

Las "no enfermedades" y la medicalización

Ignacio Pérez-Ciordia
Centro de Salud de Tafalla, Navarra.

En los países desarrollados, la obsesión por una salud perfecta se ha convertido en el factor patógeno predominante. Esta frase escrita por Illich hace más de 25 años, persiste en toda su valía.

Las "no enfermedades"

El *British Medical Journal* (BMJ) publicó en el año 2002 el resultado de una votación entre sus lectores sobre las principales "no enfermedades" (tabla 1) en nuestro entorno. Este listado no es exhaustivo y diferentes autores señalan otros procesos encuadrables en él (como la fibromialgia, el estrés, el parto, la hipocondría, etc.).

La "no enfermedad" se define como un "problema humano catalogado desde alguna instancia como una condición médica para el que se obtendrían mejores resultados si no fuera considerado y tratado así". Y esto requiere aceptar que no todo sufrimiento es una enfermedad.

El clínico de atención primaria asume que, en su experiencia, muchos de los procesos señalados son motivo de consulta; no se trata de una consulta rutinaria (o quizás sí), desde luego, pero se recuerda que en el último mes varios pacientes han consultado por procesos que —a mi entender, y el de los lectores de BMJ— están muy próximos a ser considerados como "no enfermedad". Resulta evidente que para el médico no se trata de una enfermedad, aunque parece que sí lo es para el paciente, puesto que es motivo de consulta médica.

La definición de enfermedad va unida, cada vez más, al desarrollo tecnológico; aumentando la sensibilidad y disminuyendo el umbral a partir del cual se deben tratar, con el consiguiente aumento de su incidencia. El grado de desarrollo ha sido tal

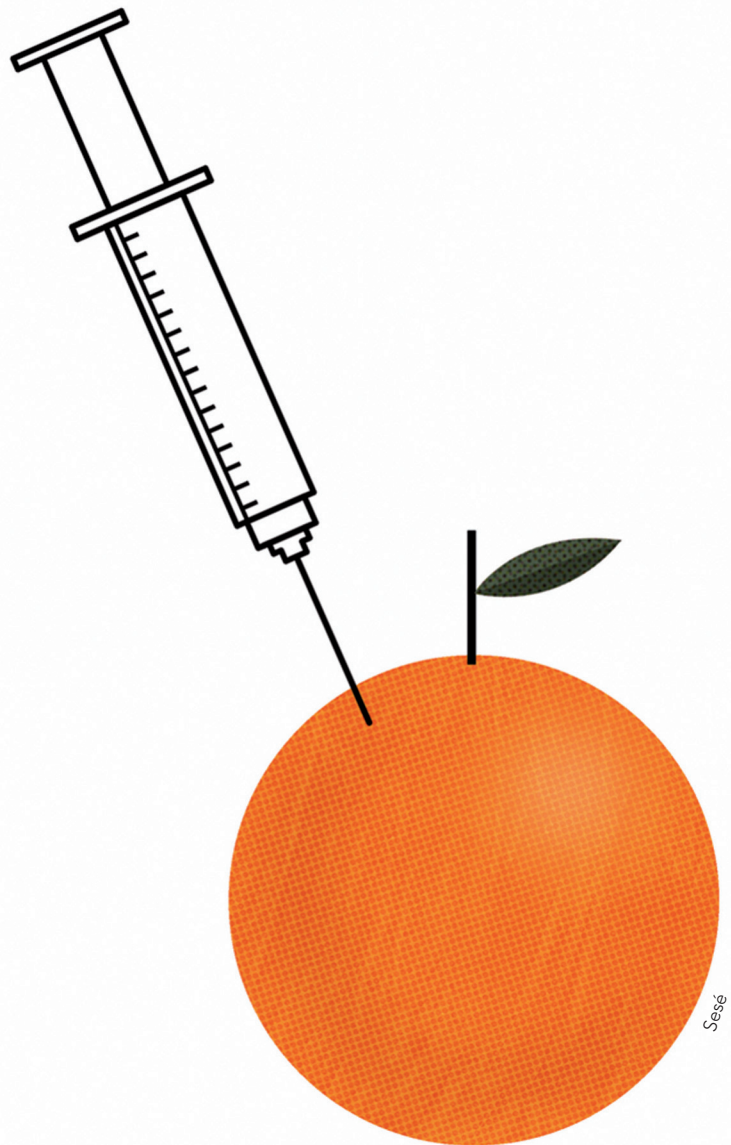


Tabla 1 Lista en orden descendente de "no enfermedades" según los lectores del *British Medical Journal*

1. Envejecimiento
2. Trabajo
3. Aburrimiento
4. Bolsas en los ojos
5. Ignorancia
6. Calvicie
7. Pecas
8. Orejas grandes
9. Canas, pelo gris
10. Fealdad
11. Parto
12. Alergia al siglo XXI
13. Jet lag
14. Infelicidad
15. Celulitis
16. Resaca
17. Ansiedad por el tamaño del pene
18. Embarazo
19. Furia al volante
20. Soledad

que el problema consiguiente reside en definir qué es y qué no es enfermedad. No siempre resulta fácil e incluso los "pre" se han socializado ya y hablamos de prediabetes, prehipertensión, preosteoporosis, etc. Todo ello no es neutro, ni aséptico: es el paso previo a la mercantilización de la enfermedad y a la medicalización de la vida.

Si a todo ello añadimos la definición de la Organización Mundial de la Salud que identifica la salud con la felicidad, el resultado final es que estar enfermo ya es lo normal y todos estamos enfermos e incluso reivindicamos nuestra condición de paciente enfermo, lo que conlleva ser sometidos a tratamiento.

La medicalización

Entramos en el proceso de medicalización de la sociedad. La medicalización de las "no enfermedades", la medicalización de los fenómenos sociales (vejez, soledad, infelicidad, etc.), la práctica medicalización de la

sociedad en su conjunto es el eslabón final de esta cadena.

La relación médico-paciente basada en una situación de confianza y respeto mutuo, con la participación del propio paciente en la toma de una decisión final, es un factor que puede conllevar la desmedicalización.

Tratar a personas sanas con medicamentos caros, que tienen efectos secundarios y que en realidad no necesitan, es uno de los efectos perversos de la medicina institucionalizada, además de un grave problema de salud pública.

La bibliografía potencia esta reflexión. Así, al introducir el término "jet-lag" en PubMed obtenemos 546 citas (en el momento de la búsqueda), que se reducen a 297 si introducimos el término "jet lag treatment". Si introducimos el término "hangover" (resaca) y "alcohol" obtenemos 206 citas. Por precaución e higiene mental, no señalo el número de citas que aparecen en un buscador científico al introducir otros procesos de "no enfermedad".

La enfermedad ha pasado de ser considerada un fenómeno social —en el sentido de que cada cultura genera dolencias y males específicos— a convertirse en un proceso industrial, en el sentido de que son las empresas farmacéuticas y algunos grupos de interés, respaldados por grupos de pacientes, quienes inventan las dolencias.

En el ser humano se han diagnosticado alrededor de 30.000 síndromes y enfermedades y, si sumamos todos los datos, cada uno de nosotros debería tener unas 20 enfermedades.

Las enfermedades se crean y se destruyen, su existencia la deciden los expertos; sirva de ejemplo la homosexualidad que dejó de ser considerada enfermedad en el año 1974.

Postulados de la medicalización

El comercio con las enfermedades y la medicalización de la vida conoce 4 postulados: los sucesos normales de la vida, la consideración de factores de riesgo como enfermedad, la con-

sideración de síntomas raros o leves como grandes epidemias o como enfermedades graves y la importancia del consumidor final.

Los sucesos normales de la vida

La caída del cabello, el luto familiar, etc. se consideran problemas médicos. Y, en consecuencia, susceptibles de ser diagnosticados y tratados. Los diagnósticos constituyen el primer eslabón en la cadena de creación de valor para la industria farmacéutica. En la consulta médica es difícil no establecer un diagnóstico, al menos de presunción, que tranquilice al paciente y que evite que nos considere unos ignorantes. Podría parecer que la función del diagnóstico es contentar al paciente y al médico. Para ello nos valemos de algunos trucos como la realización de chequeos médicos e incluso la realización de tomografías computarizadas (algunos de estos aparatos ya se encuentran en algunos centros comerciales) innecesarias. Debido a su poder de resolución, se alcanzan cifras enormes de diagnósticos (falsos e innecesarios) con resultados patológicos y con los que las personas pueden vivir en plenitud de condiciones. La situación ha llegado a tales extremos que la Asociación Americana de Radiólogos rechaza la realización de pruebas radiológicas a las personas que no sufran alteraciones de algún tipo.

La sensación de bienestar aumenta cuando la persona recibe un diagnóstico. Así, al comparar los pacientes positivos (con diagnóstico de enfermedad) con los pacientes negativos (sanos), los primeros estaban más contentos, el 64% de los pacientes se sentían mejor, frente al 39% de los que habían tenido un asesoramiento negativo.

Pero la realidad es que en la mitad de las consultas médicas no es posible comprobar que se padezca alguna enfermedad.

Las personas que presentan asesoramiento negativo crean grupos de autoayuda e informan a los medios de comunicación. Aquí ya aparece el médico laborioso, para el que es im-

prescindible —casi sinónimo de supervivencia— encontrar un diagnóstico específico y adecuado para cada paciente. Al establecer un diagnóstico (proceso clave en la medicalización), catalogamos a las personas de enfermas y combatimos su proceso mediante medicamentos (a veces también mediante el consejo sanitario).

La consideración de factores de riesgo como enfermedad

Se supone que la realización de tests genéticos a toda la población ayudará a mejorar la salud; pero, hasta en un futuro más o menos lejano, ello no aporta sino puras declaraciones estadísticas sobre riesgos. La conclusión es que personas que no presentan ningún tipo de problema son declaradas pacientes únicamente por su perfil genético. Anteriormente, la medicina preventiva mantenía a las personas alejadas del sistema sanitario. Con el diagnóstico genético nos acerca a él.

A pesar de la existencia de desacuerdos entre las guías de práctica clínica y de que el beneficio a nivel individual es pequeño incluso entre personas con mayor riesgo, los fármacos preventivos son un negocio en alza. Las empresas médico-farmacéuticas deben obtener beneficios (es su razón de ser) y tienden por naturaleza a ampliar mercados. Pero a estas empresas se les supone, se les debe suponer, un "plus ético" en su proceso de toma de decisiones.

La consideración de síntomas raros o leves como grandes epidemias o enfermedades graves

Así, en algunos estudios, la disfunción sexual se considera un proceso que afecta al 50% de los varones entre 40 y 70 años y al 43% de las mujeres. El síndrome de colon irritable alcanza magnitudes alarmantes aun cuando únicamente se considera grave en menos del 5% de los casos. De igual manera, las sociedades de psiquiatría señalan que uno de cada 6 españoles "ha padecido, padece o padecerá" un trastorno mental a lo largo de su vida; señalando como sus principales

causas las "dificultades sociales, socioeconómicas y sociolaborales". La aparición de la gripe A puede ser un paradigma de este postulado.

La importancia del consumidor final

Las empresas farmacéuticas, cada vez con mayor frecuencia, se dirigen al cliente potencial y consumidor y a las redacciones de los periódicos para potenciar la necesidad de realizar tratamientos médicos; los médicos se ven relegados cada vez más a un segundo plano. La creación de asociaciones de personas afectadas y de grupos de autoayuda para los pacientes es una estrategia que se rebela muy eficaz. Se confía en la presión que los pacientes pueden ejercer en los médicos y todo ello bajo la consideración de tener "pacientes informados". Se calcula que el 20% de los estadounidenses consultan con los médicos debido a la publicidad farmacéutica. La puesta en marcha de la "Estrategia de Salud Renal" (elaborada por expertos, farmacéuticas y pacientes) tiene previsto materializarse en cursos, estudios y publicaciones y todo ello se debe (según se señala en el documento) a que el 15% de la población española tiene problemas renales sin diagnosticar. Se destaca que unos 10 millones de españoles podrían sufrir problemas renales "ocultos". De nuevo, y sin ánimo de reiterarme, sirva de ejemplo la gripe A y el bombardeo informativo llevado a cabo durante meses.

La medicalización de la vida es un problema estructural de las sociedades económicamente desarrolladas debido a que recibir la mejor asistencia médica posible se considera un derecho básico. Ello conlleva un sinfín de pruebas diagnósticas que, con el desarrollo tecnológico, termina en una amplitud de diagnósticos de enfermedades susceptibles de tratamiento. Existe un peligro real e inminente de convertirnos en una sociedad hipocondríaca sana. La tendencia, bajo el paradigma dominante tendente a definir los trastornos de un modo amplio, con el consiguiente ex-

Criterios prácticos

- La relación médico-paciente es un factor que puede conllevar la desmedicalización.
- Resulta obvio que los síntomas poco frecuentes, siempre son poco frecuentes.
- Tratar a personas sanas con medicamentos no necesarios es un grave problema de salud pública.
- El consejo sanitario continúa teniendo un valor de primera magnitud.

ceso de diagnóstico y el consecuente desarrollo de medicamentos, parece ser la causa del problema.

No solo la medicalización afecta a las "no enfermedades", a todos aquellos procesos que al común de los mortales le pueden parecer absurdos, sino que afecta también a otros procesos o factores de riesgo que comparten como característica fundamental que "se pueden medir": el colesterol, la presión sanguínea, la osteoporosis y su amiga de la infancia, la osteopenia, etc. Los investigadores han señalado hasta 300 factores de riesgo sólo para la cardiopatía coronaria entre los que cabe destacar: "ser excesivamente puntual", "no hacer la siesta", "tener el inglés como lengua materna", etc. Sin duda se han conseguido grandes avances en la lucha contra el cáncer de mama, pero se asegura que "cerca del 50% de las mujeres que reciben radioterapia como tratamiento contra el cáncer de mama, no la necesitan".

Una de las primeras referencias a la "medicalización" apareció en 1970 en un artículo del *New England Journal of Medicine* acerca del examen al que se sometía a las adolescentes sexualmente activas que señalaba que era "una medicalización del sexo". Ser embarazada de riesgo ya es algo normal; de hecho, los propios ginecólogos son considerados un factor de riesgo, ya que se ha estudiado que la densidad de consultas existentes eleva la cifra de embarazos de riesgo.

La desmedicalización

La amplia medicalización contribuye decisivamente a que los sistemas sanitarios ya no sean sostenibles. Cuando hay personas sanas que disputan los recursos a los enfermos reales, es el propio sistema solidario lo que se pone en duda. El médico se alegra, nos alegramos, por recibir a un paciente en la consulta aquejado de enfermedades que son demostrables. Se piensa en el médico como causante de la medicalización, cuando en gran medida es su víctima.

La medicina cosmética, cada vez en mayor auge, no ayuda a los enfermos

sino que mejora a los sanos. Cabe pensar que está cerca la solicitud de cirugía de *bypass* profiláctica. Cada vez más hay una tendencia a convertir lo normal en susceptible de tratamiento.

La obsesión por la salud o *healthism* se traduce en un miedo obsesivo inspirado por la medicina ante peligros de la salud ridículos o inexistentes.

Ya va siendo hora de llevar a cabo una verdadera desmedicalización. Los objetivos de la política sanitaria corren el peligro de quedar subordinados a los objetivos de la industria farmacéutica.

No se trata de quitar importancia a las enfermedades reales. Únicamente es necesario aportar una buena dosis de serenidad y, por supuesto, también hay médicos que la recetan.]

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

A TENER EN CUENTA

- *La definición de enfermedad va unida al desarrollo tecnológico. Se ha convertido en un proceso industrial.*
- *Con gran frecuencia, la medicalización afecta a los sucesos normales de la vida.*
- *El bienestar del paciente aumenta cuando recibe un diagnóstico.*
- *El consumidor final, cada vez más, es objeto de las empresas farmacéuticas.*
- *Los medios de comunicación tienen gran predicamento en la información responsable.*

PARA SABER MÁS

Hazemeijer I, Rasker JJ. Fibromyalgia and the therapeutic domain. **A philosophical study on the origins of fibromyalgia in a specific social setting.** *Rheumatology* (Oxford). 2003;42:507-15.

Hofmann B. **The technological invention of disease.** *Med Humanit.* 2001;27:10-9.

Skrabaneck P, McCormick J. **Sofismas y desatinos en medicina.** Barcelona: Doyma; 1992.

Smith R. **In search of "non-disease".** *BMJ.* 2002;324:883-5.

Spitzer RL, Terman M, Williams JB, Terman JS, Malt UF, Singer F, et al. **Jet lag: clinical features, validation of a new syndrome-specific scale, and lack of response to melatonin in a randomized, double-blind trial.** *Am J Psychiatry.* 1999;156:1392-6.