

Medicalización y conflictos de intereses (Por Abel Novoa)



Se ha definido medicalización como:



Se pueden establecer **tres etapas en el proceso de medicalización**:

(1) la que se correspondería con el inicio de la medicina científica o **biomedicina** (XVIII- hasta el final de la II Guerra Mundial);

(2) la que se llamaría propiamente **medicalización** (finales II Guerra Mundial hasta años 80);

(3) la **bio-medicalización**, a partir de los 80 hasta nuestros días

La **primera etapa, biomedicina**:



La **segunda etapa, medicalización**, tras la II Guerra Mundial hasta los años 80. En los 70 se acuña el término por el sociólogo de la medicina Zola



La necesidad de conceptualizar este fenómeno en esta década obedece a **tres motivos**:

(1) los asombrosos **avances tecnológicos** (respiradores artificiales, diálisis, antibióticos, mejoras en las

técnicas quirúrgicas, etc...) e incremento de intervenciones sanitarias efectivas;

✘ (2) el **incremento del poder del médico**, ya no solo por el prestigio moral con el que ha contado desde la antigüedad, sino también, ahora, el científico («el médico se viene arriba»)

✘

(3) los **movimientos de liberación de la década de los 60 y 70** (de la mujer, de las personas de color, de los ciudadanos contra el gobierno o sexual)

✘ Estos tres factores influyen en un **movimiento cultural de liberación de los pacientes** contra el poder emergente cada vez más invasivo: la medicina

✘ A partir de los años 80 comienza **la tercera etapa de la medicalización** que es llamada **bio-medicalización** ya que tiene diferencias respecto a la previa.

La más importante es que ya no está dirigida por los médicos sino por otras dinámicas más poderosas; el médico pasa a ser un engranaje más.

Sus causas tienen mucho que ver con el avance de la ciencia y la democracia

✘

El **progreso tecnológico** alcanzado hasta entonces y las **excesivas expectativas futuras** generan la idea de es posible que el progreso en medicina no tenga límites; Callahan lo llama «**Modelo infinito de progreso médico**» que define:

✘

Si el progreso tecnológico médico puede ser infinito, también **la mejora de la salud y expectativa de vida** puede serlo



Los objetivos tradicionales del progreso médico comienzan a vislumbrar que la **utopía de perfeccionar al ser humano**, no solo aliviar o curar, es factible



En este contexto de **ciencia promisoria**, los deseos de los ciudadanos se convierten en necesidades que al tener una respuesta científica son avaladas como verdaderas necesidades y llevan a alimentar nuevos deseos, empujando la innovación biomédica «hacia el infinito y más allá»



La pérdida de importancia de las religiones tradicionales en el occidente laico y las expectativas de bienestar y felicidad de la medicina promisoria son el contexto para que aparezca la **medicina como nueva religión y la salud como el camino para la redención.**

La salud pasa, de ser un medio para alcanzar una vida satisfactoria, a constituir un fin en sí misma



Una fe que cuenta con todos los **ingredientes de las religiones tradicionales**



Pero además del desarrollo tecnológico, la **profundización en los derechos individuales** pone las bases de la biomedicalización. En los años 80 comienza la revolución neoliberal y aparece el **ciudadano/mercader**, cuya **forma de expresión es el consumo**



La medicina pasa de ser opresora de los individuos a estar al servicio de los deseos de las personas



Pero ¿Qué desean las personas en relación con su salud?



¿Qué se considera buena vida? No hay respuesta.



Las **concepciones sobre qué es una buena vida, como los deseos, son infinitos e individuales**: un asunto privado



Pero ni el **modelo de desarrollo tecnológico infinito** ni el **individualismo desencarnado** son causa suficiente para la emergencia de la biomedicalización (una **medicalización sin médicos**, casi, una externalidad del sistema).

Los **factores económicos** son los que echan gasolina a todo el proceso



El **cambio en las reglas de la economía mundial** afecta profundamente a la industria farmacéutica y tecnológica



Las nuevas circunstancias incentivan que **la industria farmacéutica se transforme en la empresa de publicidad más sofisticada y poderosa del mundo**



Poco antes, el desastre de la talidomida convence a las autoridades norteamericanas de que es necesario contar con más garantías antes de introducir nuevos medicamentos al mercado, regulando la necesidad de que estén avalados por **ensayos clínicos aleatorizados**



El ensayo clínico, inicialmente un mero requisito administrativo, pronto se convierte en el Caballo de Troya de la industria para dominar la medicina a través de **tres alianzas** que se afianzarán desde los años 80:

(1) **alianza con el poder médico/académico y científico:** conflictos de interés

(2) **alianza con el poder económico:** fusiones, entrada en bolsa, globalización

(3) **alianza con el poder político:** patentes, OMC, Conferencia de Armonización, debilitamiento de los procesos para introducir medicamentos en el mercado (captura del regulador)



y junto con otras **estrategias de marketing** transforman la medicina en un Pharmageddon



gracias a los ingentes recursos económicos invertidos en publicidad, más del doble que en investigación: **22.000**

euros al año/médico en España



Las **estrategias de marketing multicanal** ponen en **crisis la Medicina Basada en la Evidencia**, al incidir en todas las fases de la gestión del conocimiento clínico (generación, síntesis, difusión y aplicación) debido a los **conflictos de interés** de investigadores, académicos, sociedades científicas, revistas y clínicos



Y la propia **investigación científica pierde su conexión con la academia y los clínicos**, aliándose con emprendedores y fondos de capital riesgo, utilizando tecnologías que permiten «**industrializar**» **la innovación**»



Todo el **sistema de I+D+i biomédico** gravita alrededor de un agujero negro que amenaza con engullirlo llamado **conflicto de intereses** (no confundir con conflicto de interés; el primero hace referencia a intereses legítimos que entran en conflicto; el segundo a intereses secundarios que pueden alterar el primario o principal)



Por tanto, **la BIO-medicalización es un proceso complejo** (con condicionantes culturales, económicos y relacionados con la propia organización de los agentes productores de la tecnociencia), auto-alimentado por factores casi todos ajenos a la medicina



De las 7 razones que Ezequiel y Fuchs presentaban como causantes de la «tormenta perfecta de la sobre-utilización» (la sobreutilización es un fenómeno paralelo a la medicalización) dos tenían que ver con el **desempeño profesional**: cultura médica y medicina defensiva



Dos estaban relacionadas con los **sistemas sanitarios públicos**: el pago por hacer y la protocolización, y la insensibilidad al costo de médicos y pacientes



Cualquiera de estos factores por sí solos bastarían para explicar la epidemia de sobreutilización de la medicina; pero cuando interactúan el efecto es devastador



Los **conflictos de intereses** que están en la base de la biomedicalización han conseguido que **la medicina tenga unos fines irracionales**



Los **pacientes** unas **creencias irracionales**



Y los **sistemas de salud públicos** unos **comportamientos irracionales**



Con toda esta complejidad **no parece justo cargar todas las responsabilidades de la bio-medicalización sobre los pacientes**

(nadie se auto-bio-medicaliza; todos hemos sido bio-medicalizados)



Ni tampoco sobre los médicos



Se trata de un problema sistémico y complejo: es una deriva institucional



Para enfrentarnos a la deriva institucional hemos de pasar a otra fase de desarrollo de los sistema de salud: la social



Proponemos unos principios para guiar la reflexión sobre la innovación biomédica



Principios para guiar la reflexión sobre la interacción individuo/salud/sistemas sanitarios: hay esperanza



¿Y los profesionales? ¿Pueden seguir siendo elementos ajenos al proceso biomedicalizador?



Los profesionales serían la tercera lógica, entre la del mercado y la de las estrategias de gestión y racionalización de las organizaciones, necesaria para equilibrar sus excesos



CONCLUSIONES:

Abel Novoa (@Abelnovoa)

Médico de Familia y presidente de NoGracias

Para saber más:

