

SALUD PÚBLICA, MEDICALIZACIÓN DE LA VIDA Y EDUCACIÓN

Al Dr Benito Otero, en homenaje de recuerdo

“La ruta crítica es la única que aún está abierta”
Kant, *Crítica de la Razón Pura*

Venancio Martínez Suárez
Centro de Salud El Llano. Gijón
venancio.martinez@sespa.princast.es

Salud pública

El término Salud pública se refiere al conjunto de prácticas encaminadas a la prevención de las enfermedades de los ciudadanos y a la promoción de la salud. Depende en gran medida de la Epidemiología, y como práctica asistencial la llevan a cabo mayoritariamente organizaciones estatales, como los Centros para el Control de Enfermedades y los Servicios de Salud Pública de las diferentes Administraciones.

Tradicionalmente los objetivos de la Salud Pública eran el control de las enfermedades contagiosas, la seguridad en el suministro de agua potable y de los alimentos, así como la respuesta eficaz a los desastres naturales. Más recientemente, ha ampliado sus objetivos con campañas que previenen contra los riesgos de salud, que informan sobre las pautas de vida saludable y que fomentan la atención sanitaria preventiva.

Todo esto que acabo de señalar tiene su referencia legal más elevada en la Constitución de 1978, que en su artículo 43 reconoce el derecho de los españoles a que se proteja su salud.

Entonces una relación que pudiera proponerse como hipótesis de trabajo sería: la Salud Pública –según esa idea de función protectora o preventiva- tendría a través de la educación una responsabilidad y una obligación legal de contrarrestar los efectos de la medicalización, que todavía no sabemos muy bien qué es, pero que enseguida pasaremos a estudiar. O también podría explorarse una segunda hipótesis, que sería: la Salud Pública, con esa función preventiva que la define, como elemento medicalizador de la vida y de la sociedad.

Medicalización de la vida y de la sociedad

No existe una definición que limite conceptualmente y de manera satisfactoria, según mi parecer, el término medicalización. Por lo pronto, no aparece recogido en el DRA ni en los diccionarios que yo tengo en mi biblioteca. Sí aparece en el **Diccionario de Salud Pública** de Kishore, que de forma vaga e incompleta conceptualiza la medicalización como “**la forma en que el ámbito de la medicina moderna se ha expandido hacia muchos problemas que antes no estaban considerados como entidades médicas**”.

En cualquier caso se puede proponer una definición más precisa: por medicalización de la vida yo entiendo **la presencia e influencia en la vida cotidiana de la medicina y de lo médico**, dándole, además, una **connotación crítica por los efectos negativos o indeseables** que origina este fenómeno. Presencia de “lo médico” y su denotación peyorativa son para mí las dos ideas claves del concepto.

Pero yo entiendo, además, que estas dos ideas pueden ampliarse y complementarse con dos puntos más concretos y fáciles de ver:

1-. En primer lugar: Que por la vía de la medicalización se transforman en enfermedades simples dolencias, pequeñas molestias o inquietudes de la más variada índole.

2-. Que la medicalización logra hacer de “la salud” y del sistema sanitario un artículo de consumo más. Sería una manifestación más de un modelo social consumista. Esto es: las sociedades desarrolladas puede decirse que se constituyen en consumidoras –también- de servicios médicos.

Otra cuestión que se nos presenta al acercarnos a este tema es: **¿si se trata de un fenómeno moderno y actual; de algo antiguo, o de algo que forma parte de la propia historia de la medicina y, por tanto, de la humanidad?**. Yo creo que esta cuestión podría llevarnos muy lejos...; si recordamos esos conceptos clave que os proponía –presencia e influencia de la medicina en la vida cotidiana y su percepción crítica- creo que fácilmente se puede aceptar su existencia consustancial con la propia medicina. Pero en lo que se refiere a nuestro interés de hoy podemos considerar que **la medicalización existe desde que fue analizada como un hecho social particular y se inició un planteamiento crítico general de su naturaleza, de sus condicionantes y de sus consecuencias.**

Existen en este movimiento crítico dos hitos claros. En primer lugar, la publicación en 1975 del libro del filósofo austríaco Ivan Illich *Némesis Médica* –editado en España ese mismo año por Barral y que tengo sobre la mesa-, donde se acuña definitivamente el término y que en sus primeras líneas reza:

La medicina institucionalizada ha llegado a convertirse en una grave amenaza para la salud. La dependencia respecto de los profesionales que atienden la salud influye en todas las relaciones sociales. En los países ricos, la colonización médica ha alcanzado proporciones morbosas; en los países pobres está rápidamente ocurriendo lo mismo. Hay que reconocer, sin embargo, el carácter político de este proceso, al que denominaré “medicalización de la vida”.

Y en segundo lugar, y representando desde mi punto de vista la asunción de la medicalización como un problema profesional, la aparición en el año 2.002 de un número del BMJ dedicado a este tema con el objetivo explícito de “*atraer la atención sobre la tendencia en aumento a clasificar como enfermedades los problemas de la gente*”. Dada su capacidad de influencia, este número del BMJ representa un hecho de la mayor importancia en la historia del pensamiento sanitario por su contribución a crear opinión sobre un fenómeno que está afectando de manera importante a la forma de vivir en las sociedades del primer mundo.

El libro de Illich fue un gran éxito de ventas, está presente en los anaqueles de las bibliotecas de todos los médicos cultos de cierta edad y sus ideas tuvieron gran eco en los ambientes intelectuales, siendo todavía hoy referencia dentro de los movimientos que promueven alternativas institucionales a la sociedad tecnológica. En él se advierte –casi se profetiza- que **la medicalización de la vida es omnipresente y puede ser devastadora**; y se afirma, por ejemplo, que **la iatrogenia es una fuente de sufrimiento y uno de los tantos signos de omnipotencia de la razón moderna.**

Tengo que advertir que este filósofo no analiza la medicina como tema, sino como ejemplo de las monstruosidades nacidas del sueño industrial desmesurado. De hecho, en la mitología griega la *némesis* era el castigo por los intentos de ser un dios en lugar de un ser humano.

Insisto en la primera frase del libro: “La medicina institucionalizada amenaza la salud”. Lo que pudiera interpretarse como una exageración extremista hace 30 años; y hoy puede aceptarse como algo ampliamente aceptado.

En un artículo aparecido 25 años después del libro inicial, en *Le Monde Diplomatique* de marzo del 99, –y última publicación que he podido encontrar de Illich- comienza diciendo: “En los países desarrollados la obsesión por una salud perfecta se ha convertido en el factor patógeno predominante”.

Esto nos lleva a otra cuestión que merece la pena destacar: **La distancia entre la definición normativa de salud y su percepción aumenta con el desarrollo.** De hecho, diferentes trabajos han demostrado que cuanto mayor es la oferta de salud, más gente considera que tiene problemas, necesidades y enfermedades. Y en este sentido, los datos aportados por Amartya Sen –economista indio, Premio Nobel en 1981, un teórico del desarrollo de las sociedades y la economía del bienestar; que representa dentro de la economía del siglo XX al introductor en este campo de la teoría de los valores y autor del libro *Pobreza y hambruna: un ensayo sobre el derecho y la privación*-; sus datos muestran –digo- que **cuanto más gasta una sociedad en asistencia sanitaria, mayor es la probabilidad de que sus habitantes se consideren enfermos.** Lo que pone el tema económico y de la distribución del gasto en recursos sanitarios por parte de los Estados en el punto de mira para la comprensión del problema.

Todo ello va poniendo sobre la mesa el debate sobre la **definición de enfermedad**, sobre si es un estado subjetivo u objetivo, sobre si se puede establecer nítidamente dónde termina la salud y empieza la enfermedad, sobre el papel de la técnica –de los análisis, de las pruebas de imagen, de los programas informáticos de diagnóstico- como árbitro de la situación, sobre quién decide que una persona está enferma o no. En definitiva, sobre el **poder social del médico.**

Tenemos que reconocer –los médicos tenemos que reconocer- el control e influencia que la medicina ejerce sobre la sociedad, en términos de certificar estados de salud y enfermedad de las personas, de suficiencia física y mental para la participación comunitaria, de dictar las condiciones adecuadas de vida en relación con los riesgos de enfermar y la de introducir principios de racionalización de los recursos sanitarios.

Pero los servicios de salud no son –al menos hoy en día y aquí- sistemas unidireccionales e impositivos, ni probablemente tampoco paternalistas. Son redes de servicios que satisfacen la necesidad autopercibida de salud de los beneficiarios. La apreciación de Illich de que siempre los daños clínicos superan los beneficios es equivocada, y si algunas veces lo hacen, la respuesta es mejorar los servicios y adaptarlos equitativamente a las necesidades de la mayoría de los usuarios y no eliminarlos y sustituirlos por medicinas marginales, como propone en su *Némesis médica*. Según Illich, al eliminar sistemas sociales de salud, simplificar la medicina («desmedicalización») y equiparar charlatanes, curanderos y toda suerte de marginales al mismo nivel del médico, se aleja al individuo del “poder médico” ante la más mínima desviación de la salud y se acrecienta la autorresponsabilización de su propia salud como alternativa al gasto social en el sector sanitario.

Pero la medicina –frente a las consignas nihilistas e iconoclastas- está abierta a la comprobación experimental, es aceptada por los propios médicos como manifiestamente perfectible y siempre permitirá ser revisada con criterios científicos, lo que no se puede asegurar respecto a la homeopatía, el espiritualismo, la imposición curativa de manos, los grupos de oración, los rezos místicos, los círculos de fuerza donde participan familiares, amigos y vecinos. La medicalización de la vida es un problema; es un problema reconocido desde los propios ámbitos sanitarios; y es un problema para el que las soluciones más factibles han sido propuestas desde ellos. Pero si atendemos a algunas opiniones parece que la medicina fuera un subproducto no deseado de valores industrialmente motivados, causante de mayores malestares que los que asegura erradicar. No obstante, las alternativas que se ofrecen para combatir la medicalización son, desde todo punto de vista, al menos hasta ahora, peores que lo que hay.

Además, esta “medicalización de la sociedad”, en palabras de Irving K. Zola (17) es resultado tanto del poder de la medicina como del deseo de la sociedad porque la medicina utilice dicho poder. Entonces, ¿por qué se ha centrado la atención más en el poder médico que en el deseo de la sociedad?. Para algunos sociólogos, porque los individuos de la sociedad moderna, carente de valores morales, tienen necesidad de recurrir al juicio médico como referente paternal para afinar sus decisiones respecto a situaciones amenazadoras y de riesgo para sus vidas.

Hasta ahora he querido transmitir qué se puede entender por medicalización de la vida y cuáles pienso que son hitos. Vamos un paso más allá...

En lo que se denomina medicalización de la vida creo que se pueden diferenciar, por hacer un planteamiento analítico de la cuestión, diferentes componentes: la medicalización de la salud, la hipermedicalización de la enfermedad y la medicalización de la muerte.

1-. Respecto de la primera -la medicalización de la salud-, es fácil entender que la medicina fue creada para combatir la enfermedad. Si existe salud, la medicina no debiera sentirse como necesaria. Y probablemente esto fue así hasta el nacimiento de la Salud Pública como especialidad médica –o, mejor, según el sentido que le estamos dando, como disciplina paramédica-. La Salud Pública y la Epidemiología delimitaron el concepto de riesgo y de prevención, introduciendo la enfermedad –aunque sólo sea como probabilidad- en el mundo de los sanos: “un individuo sano no está enfermo, pero es un tema médico porque puede estarlo”, parece decir la Salud Pública.

Más de medicalización de la salud: Cualquier anomalía de la capacidad de respuesta, la falta de asimilación de una exigencia normal, se llega a considerar una enfermedad. Y así va calando el pensamiento de que el que no está enfermo “no es normal”.

De aquí surgió el concepto de “no-enfermedad” (non-disease, de los anglosajones), definida como una relación amplia de “situaciones, procesos o problemas humanos definidos desde alguna instancia como una condición médica para los que se obtendrían mejores resultados si no fueran considerados y tratados como tales”. Para poder aceptar esta definición se requiere aceptar que no todo sufrimiento es una enfermedad.

Me voy a detener en algunos ejemplos que están presentes en la vida de mucha gente y de nuestras familias. Así, la orfandad es un doloroso proceso natural, aunque preferible a su única alternativa verosímil (morir antes que los progenitores); claramente, además, tributario de medicalización si se acompaña de una inadecuada elaboración del duelo.

¿Existe el “burn-out”?, ese nuevo mal que aparece en todos los ambientes laborales donde se intercambian sentimientos y emociones y que se propaga en los últimos años con carácter de verdadera epidemia. Yo tengo mis dudas, cada vez mayores, de que pueda considerarse una enfermedad. Después de pensar en ello voy viéndolo más como una etiqueta en esa tendencia general de la medicina de ponerles nombre de enfermedad a lo que no son más que situaciones normales de las personas en su relación con la vida; un estrés laboral, una mezcla de inadaptación psicológica y agotamiento suprarrenal que la persona madura debe de saber analizar y sobreponerse a ella. Aquí, además, los tratamientos no son más que normas de sentido común, propuestas de higiene mental que cualquiera debiera saber encontrar. Es otra consecuencia de la medicalización o psiquiatrización de la sociedad. La enfermedad como compensación a la falta de afecto, a la despersonalización y a la soledad.

Otros ejemplos: Se han medicalizado todos los procesos vitales, describiéndose las diferentes etapas de la vida y su atención como si fueran enfermedades. Las fases normales del ciclo reproductivo de la mujer (menstruación, embarazo, parto y menopausia); ser o no alimentado con leche materna. La vejez, la infelicidad, la soledad y el aislamiento por problemas sociales, así como la pobreza o el desempleo.

Puede entenderse que la reproducción asistida represente un desafío al orden moral, jurídico y social establecido de la paternidad, pero ¿es aceptable verlo como un problema de salud?

¿Qué tiene que ver, por ejemplo, la asistencia sanitaria con el cambio de sexo exigido por determinados colectivos de transexuales para su financiación en el sistema de recursos públicos?

Ser feo ¿es un problema de salud?; y ¿es medicina la cirugía cosmética y estética?

El “bulling”, el acoso en el trabajo, la violencia de género, que tendrían su marco de estudio, debate y de solución más adecuado fuera de las reuniones, revistas y consultas médicas son asuntos

rápidamente medicalizados y que han sido utilizados claramente para borrar el límite entre salud y enfermedad, entre sociedad y sistema sanitario.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) acaba de calificar a la osteoporosis como la epidemia del siglo XXI, basándose en un dato: cada 30 segundos se produce en Europa una fractura a consecuencia de esta enfermedad. Esta declaración convierte en pacientes a 2 millones de mujeres y 750.000 hombres, sólo en España. La osteoporosis -disminución de la masa ósea y alteración de la estructura de los huesos- es un efecto secundario natural de la vejez que amenaza especialmente a mujeres después de la menopausia. Es crónica, no se cura con medicamentos pero sí se pueden prevenir, evitar y combatir los factores de riesgo. Obliga a llevar una vida sana con ejercicio moderado, alimentación rica en lácteos, vitaminas, etc. En el mercado existen un listado de productos que intentan paliar los efectos de este proceso natural al que se le ha colgado el cartel de "enfermedad". Parches transdérmicos, píldoras, geles, inyecciones intramusculares e incluso implantes subcutáneos, son algunos de los compuestos hormonales recetados.

La estrategia es siempre la misma. Describir exhaustivamente una enfermedad social y luego proponerle el correspondiente tratamiento. En el mes de abril pasado unos neurólogos australianos describen en una prestigiosa revista (el BMJ) el **desorden de deficiencia motivacional** – caracterizado por la apatía incontrolable que impide iniciar las tareas más nimias- como una nueva enfermedad. Esto se puede corresponder con lo que el DRA entiende y define desde hace muchos años como pereza, flojera, indolencia o simplemente vagancia. Los médicos australianos proponen para su diagnóstico, además de un bajo puntaje en los índices y escalas motivacionales, la realización de una tomografía por emisión de positrones. Hacen una estimación del coste que puede suponer para la economía australiana esta enfermedad en pérdida de productividad –1,4 billones de euros/año-. Como cabría esperar, los autores proponían un grupo de fármacos derivados de cannabis que ayudarían a contrarrestar las manifestaciones de este trastorno.

Repito: el artículo 43 de la Constitución –que tendría que proteger a los ciudadanos de estos asuntos- está ahí, pero ¿dónde está la responsabilidad del Estado, las Administraciones y poderes públicos?. No podemos olvidar que los médicos –colaboradores necesarios en este estado de cosas- trabajamos casi el 80% en la sanidad pública; somos parte de un engranaje en el que se nos administra el tiempo, se fiscalizan nuestras actividades; se nos impone una forma de trabajar; se controla nuestra relación con las multinacionales de la farmacia, etc. Existe sobre nosotros –sobre la mayoría- un poder superior y una responsabilidad superior...

Dos elementos patógenos “oficiales” de primer orden, de los que dentro del ambiente sanitario resulta políticamente incorrecto dar sus nombres y apellidos. Me refiero al Programa del Niño Sano –desarrollado en los Centros de Salud por los pediatras y enfermeras de pediatría- y la Plataforma 10’.

2-. La hipermedicalización de la enfermedad; es decir, de lo que pudieran ser aceptados por la mayoría cualificada de la comunidad científica y médica como estados morbosos; en los que se reconoce un fundamento fisiopatológico, sea tratable o no.

Y dentro de ella: Prescripción de tratamientos para todo tipo de males, incluso para aquellos que no disponen de remedio probado.

Y directamente relacionado con esto: el consumo excesivo de medicamentos y la polifarmacia. La medicalización de la vida acarrea también el mayor consumo de medicamentos, indiscriminado e injustificado, con los riesgos inherentes a sus efectos secundarios y, en el caso de algunos psicofármacos, de adicción.

El prolapso leve de la válvula mitral, la hipoglucemia, el colon irritable o el síndrome premenstrual se han sugerido como ejemplos de fenómenos anatómo-fisiológicos que se

superponen ampliamente con la normalidad. Estos “**síndromes solapados**” son etiquetados muchas veces como patológicos en lo que puede entenderse como otros casos de medicalización.

Los sistemas de cribaje y la medicalización de la prevención son otros hechos que hacen patente la iatrogenia social. Las personas no enfermas han llegado a depender de la asistencia profesional en aras de su salud futura. Se habla de morbilidad potencial, de proporcionar diagnósticos precoces y tratamientos preventivos, sin que verdaderamente influyan en la expectativa de vida ni en la comodidad del paciente y que, por el contrario, a más de sobrecostos, lo que acarrearán es ansiedad y morbilidad real. El resultado último es una sociedad morbosa que exige la medicalización universal y una institución médica que certifica la morbilidad universal.

3-. La **medicalización de la muerte** y la prolongación artificial de la vida a cualquier costo, que constituye un relativo fracaso cuando las personas ven sus vidas sometidas a circunstancias bajo las que no desean vivir.

Se ha repetido muchas veces: en el mundo actual se ha instalado la cultura de la muerte, que paradójicamente no se caracteriza precisamente por su aceptación. La omnipresencia de la muerte en nuestras vidas, sobre todo a través de los medios de comunicación, la hace menos creíble, menos irremediable. La muerte no es algo natural, es puro artificio, es una película, un cuento, algo irreal que se puede evitar con métodos ordinarios o extraordinarios.

Nos acostumbramos desde niños a obviar la responsabilidad de enfrentarnos a la muerte, a la enfermedad y al dolor simplemente apretando el botón de un mando a distancia. La muerte es algo corriente y de todos los días que uno puede apartar de sus preocupaciones como aparta las series de anuncios al descanso de una película o de un culebrón sudamericano. Ni siquiera nos indigna ver en las noticias mientras comemos el cadáver tieso y lleno de moscas de un negro que se ahogó al cruzar el estrecho. Pero nuestro sufrimiento, la presencia de nuestro morir, nuestras enfermedades llegan tarde o temprano y se nos hacen presentes como algo real e inevitable, lo que nos hace buscar soluciones artificiales a toda costa, nos lleva a actitudes de evitación, a demandar responsabilidades y explicaciones fuera de nosotros.

Buscamos desesperadamente el remedio, frecuentando al médico, solicitando fármacos, pidiendo un hospital, ansiando la técnica como si pudiera ser alivio del dolor y de la realidad. Pero la medicina no es el remedio, sino la evitación.

Lo mismo podría decirse respecto de la hospitalización. Casi todo el mundo se muere en el Hospital, que representa “la última posibilidad de salvarse”; representa el mito de la técnica y de la ciencia; mito y mistagogo,...

Los cuidados que forman parte del fin de la vida no se discuten con los pacientes o sus familiares según las preferencias, inquietudes y temores que se tengan, para asegurar que el paciente tenga una muerte digna, sin dolor ni síntomas inquietantes, con clara capacidad de decisión terapéutica y comunicación entre él y sus familiares y entre todos con su médico. La decisión respecto al lugar en el cual el paciente desea morir, parece depender de la posibilidad última de poder mejorar. Ante la posibilidad eventual de una mejoría clínica, el paciente cambia la preferencia hacia una mayor proporción que quieren asistencia hospitalaria, a la vez que prefieren el hogar cuando la recuperación es improbable.

El médico tiene en todo esto un protagonismo principal; es el vector natural de cualquier contenido patógeno de la medicalización. Sin su concurso los demás actores de la medicalización no conseguirían la respuesta deseada.

¿Qué papel tiene la industria farmacéutica? Frente a las formulaciones legales, nos encontramos una llamativa paradoja: la industria farmacéutica patrocina gran parte de las actividades profesionales dentro y fuera del ámbito de la sanidad pública; financia, directamente o a

través de la administración, la mayoría de las actividades de formación de la totalidad de los profesionales, y mediante contratos de cesión o donaciones “altruistas” gran parte de los recursos técnicos y de aparataje de los hospitales públicos. Por no citar la presencia de empresas pura y exclusivamente comerciales en las actividades económicas de nuestro sistema de salud; incluso avalando, según parece, la financiación de las nóminas de sus trabajadores. Todo conforma un “convoluto” difuso y confuso de intereses que exigen –cuando menos- una gran prevención y un control ético –que en lo que yo sé, no existe-.

En definitiva, el propio sistema sanitario, que se limita a responder a la demanda y que genera demanda artificialmente, está dando lugar a una sociedad enferma. Y esto tiene manifestaciones claramente visibles:

Sobreuso y abuso del sistema sanitario: en el año 2.005 se han registrado más de 250 millones de consultas en Atención Primaria. Por término medio los ciudadanos acuden más de 6 veces al año al médico de familia. Esto es, desde cualquier punto de vista, inaceptable, además de inabarcable. Junto a esto, y con el argumento de que la Atención Primaria esta saturada en sus servicios, se reclama más tiempo y más recursos.

La medicalización de la cultura y de los medios de información social: Consumo de programas de televisión y radio, de revistas, con contenidos médicos. No hace muchos meses podía leerse en la portada de una revista de entretenimiento con contenidos médicos presente mensualmente en todos las papelerías y comercios de prensa un titular verdaderamente llamativo: “La ecografía 3D. Todo lo que debe saber”. Me imagino que esta revista se vende porque ya lleva unos años en el mercado; pero eso tiene lugar sin una comprensión de la realidad de la medicina. La información sin conocimiento es desinformación; es como una mala digestión, que produce incomodidad.

La salud, los médicos, las enfermedades, son cada vez más temas de conversación habituales –en el parque, en la carnicería, en los recesos del trabajo, en los descansos del fútbol-. Es un tema sobre el que todo el mundo opina y emite juicios, del que todo el mundo sabe...

La más pura expresión de la medicalización de la vida es el lenguaje ordinario medicalizado. La medicina medicaliza la vida a través del lenguaje y de la manera en que esta organiza la experiencia y construye el mundo. El “discurso médico” en los actuales medios masivos de comunicación tiene una notable presencia en los comentarios políticos: “El país está enfermo”, “el diagnóstico es de ruptura de las conversaciones”, “el tratamiento consiste en tales medidas”... Esta medicalización del lenguaje responde al interés de una particular organización del mundo, creación de un objeto propio o construcción social de una realidad.

Conclusiones

- La Medicina y la salud han ocupado espacios sociales que no le pertenecen: los problemas laborales, sociales, escolares, familiares y relacionales deben ser abordados desde sus propios ámbitos, no desde el ámbito de medicina.
- El conocimiento de las enfermedades y sus posibles tratamientos es limitado. Los médicos aplicamos de manera parcial e interesada muchos de los conocimientos que el desarrollo tecnológico y epidemiológico nos ofrece.
- La aplicación irreflexiva e interesada de algunos recursos nos ha llevado a poner en cuestión la seguridad de las personas en algunos casos y a perjudicarles claramente en otros.

- La Medicina puede llegar a saltarse los límites del respeto a las personas y a la naturaleza humana. Es necesario devolver la propiedad de la salud y la enfermedad a las personas, permitir, promover y ayudar a tomar decisiones sobre su vida y su salud. No hay que olvidar que existe un límite absoluto de la Medicina que es la naturaleza humana, y que esta lleva asociados la enfermedad, el padecimiento y la muerte.
- Que todas y cada una de nuestras actuaciones tiene un coste económico. Lo que gastamos en medicina lo dejamos de gastar en otras áreas. Cuando lo que estamos haciendo pone en riesgo la equidad, debemos preguntarnos si hay que seguir haciéndolo o no.
- Que los responsables de la política sanitaria y de la salud pública han facilitado el debate sólo desde el momento en que han evaluado el riesgo económico de la situación. Se buscan soluciones primeramente desde un imperativo de viabilidad económica, no desde una exigencia moral o de bien social.
- Junto a todo ello: Un sistema sanitario en el que la educación de la población y las actividades preventivas están “desaparecidas en combate”, en el combate de la financiación del exceso de demanda y del gasto desbocado.

Es evidente que los contenidos de estos comentarios se refieren a la medicina en los países desarrollados. Yo tengo la esperanza de que una conciencia crítica dentro y fuera del ámbito médico hacia su práctica y hacia la cultura que ha originado la medicalización como desviación inadmisibles y casi esperpéntica del arte de curar ayude a que este sea cada vez más científico, más humano, más justo, más útil y menos iatrógeno.

BIBLIOGRAFÍA

<p>Álvarez C. <i>Las bases de la promoción de la salud</i>. http://www.ua.es/dsp/matdocente/Carlos2.html. (12.07.03)</p>
<p>Aumia J.: <i>Economía y salud pública. Una aproximación</i>. Institut Borja de Bioética. Octubre 2001.</p>
<p>Caicedo CH.: <i>La promoción de la salud como una expresión de lo público</i>. En: Revista TRANS N° 1. Bogotá. Universidad Nacional de Colombia. 2001: 128 - 182.</p>
<p>Crawford R.: <i>Usted es un peligro para su salud: aspectos ideológicos y políticos de la práctica de culpabilizar a la víctima</i>. En: de la Cuesta C (comp). Salud y enfermedad. Lecturas básicas en sociología de la medicina. Medellín. Editorial Universidad de Antioquia. 1999: 47-77.</p>
<p>Ellershaw J, Ward C.: Care of the dying patient: the last hours or days of life. Br Med J 2003; 326:30-4.</p>
<p>Fried TR, van Doom C, O'Leary JR, Tinetti ME, Drickamer MA.: <i>Older Persons' Preferences for Site of Terminal Care</i>. Ann Intern Med 1999; 131:109-12.</p>
<p>Gérvás J, Pérez-Fernández M.: <i>El auge de las enfermedades imaginaria</i>. FMC 2006; 13:109-11.</p>
<p>Giddens A.: <i>Modernidad e identidad del yo. El yo y la sociedad en la época contemporánea</i>. Barcelona. Península. 3ª ed. 2000.</p>
<p>Huertas R.: <i>Nuevos modelos, ¿nuevos paradigmas?</i> En: Huertas R. Neoliberalismo y políticas de salud. Madrid. El viejo topo. 1998: 58 - 89.</p>
<p>Huertas R.: <i>Salud e ideología hegemónica</i>. En: Huertas R. Neoliberalismo y políticas de salud. Madrid. El viejo topo. 1998:90-129.</p>
<p>Illich I. : <i>Némesis médica. La expropiación de la salud</i>. Barcelona. Barral. 1975.</p>
<p>Koenig HG.: <i>Religion, Spirituality, and Medicine: How Are They Related and What Does It Mean?</i> Mayo Clin Proc 2001; 76: 1189-91.</p>
<p>Lo B, Quill T, Tulsky J.: <i>Discussing Palliative Care with Patients</i>. Ann Intern Med 1999; 130:744-49.</p>
<p>Lo B, Snyder L, Sox H. Care at the End of Life: <i>Guiding Practice Where There Are no Easy Answers</i>. Ann Intern Med 1999; 130: 772 - 774.</p>
<p>Lomas J, Contandriopoulos AP.: <i>Regulación de los límites de la medicina: hacia la armonía entre la regulación pública y la autorregulación</i>. En: Evans RG, Barer ML, Marmor TR. ¿Por qué alguna gente está sana y otra no? Madrid. Díaz de Santos. 1996:277-310.</p>
<p>McKeown T. <i>El papel de la medicina. ¿Sueño, espejismo o némesis?</i> México: Siglo XXI. 1982.</p>
<p>McKeown T. <i>Los orígenes de las enfermedades humanas</i>. Barcelona. Crítica. 1990.</p>
<p>Mueller PS, Plevak DJ, Rummand TA.: <i>Religious Involvement, Sirituality, and Medicine: Implications for Clinical Practice</i>. Mayo Clin Proc 2001; 76:1225-35.</p>
<p>Navarro V.: <i>La medicina bajo el capitalismo</i>. Editorial Crítica, Grupo Grijalbo. Barcelona1978.</p>
<p>Ogando B, García C.: <i>Veinticinco siglos de paternalismo, 25 años de autonomía: una aproximación histórica a los cambios en la relación clínica</i>. Rev Calidad Asistencial 2006; 21:163-8</p>
<p>Post SG, Puchalski CM, Larson DB.: <i>Physicians and Patient Spirituality: Professional Boundaries, Competency, and Ethics</i>. Ann Intern Med 2000; 132: 578-83.</p>
<p>Quill TE, Byock IR.: <i>Responding to Intractable Terminal Suffering: The Role of Terminal Sedation and Voluntary Refusal of Food and Fluids</i>. Ann Intern Med 2000; 132:408-14.</p>
<p>Rovaletti ML.: <i>La investigación biomédica actual: un cuestionamiento a la sociedad en su conjunto</i>. Acta Bioética 2003;105-11.</p>
<p>Sloan RP, Bagiella E, VandeCreek L, et al. <i>Should Physicians Prescribe Religious Activities?</i> N Engl J Med 2000; 342: 1913-16.</p>
<p>Steinhauser KE, Clipp EC, McNeilly M. et al.: <i>In Search of a Good Death: Observations of Patients, Families, and Providers</i>. Ann Intern Med 2000; 132:825- 32.</p>

Wolfson MC.: *Propiocepción social: medición, datos e información desde una perspectiva poblacional*. En: Evans RG, Barer ML, Marmor TR. ¿Por qué alguna gente está sana y otra no? Madrid. Díaz de Santos. 1996:313-45.

Yawar A. *Spirituality in medicine: what is to be done?* J Royal Soc Med 2001; 94: 529 - 533.

Zola IK. *La medicina como institución de control social*. En: de la Cuesta C (comp). Salud y enfermedad. Lecturas básicas en sociología de la medicina. Medellín. Editorial Universidad de Antioquia. 1999: 23 -46.