



ARTICULO ESPECIAL

Medicalización de la vida. «Etiquetas de enfermedad: todo un negocio.»

María Jesús Cerecedo Pérez*, Margarita Tovar Bobo y Aurora Rozadilla Arias

Centro de Saúde Culleredo, A Coruña, Servicio Galego de Saúde, A Coruña, España

Recibido el 27 de febrero de 2013; aceptado el 21 de abril de 2013

Disponible en Internet el 20 de septiembre de 2013

PALABRAS CLAVE

Medicalización;
Etiquetas de
enfermedad;
Inventación de
enfermedades;
iatrogenia sanitaria

KEYWORDS

Medicalization;
Illness labeling;
Fake illness;
iatrogenesis

Resumen En los países desarrollados, la sociedad ha desplazado al campo médico problemas de la realidad subjetiva y social de las personas, y la obsesión por una salud perfecta se ha convertido en un factor patógeno predominante. De manera paradójica, a la vez que mejora el nivel de salud de la población, existe un aumento del número de enfermedades y enfermos.

En la práctica clínica diaria, y por diferentes motivos, ponemos «etiquetas de enfermedad» a comportamientos o acontecimientos que no son más que elementos que integran el carácter o forma de ser de las personas, o bien se trata de reacciones saludables ante situaciones vitales acontecidas como conflictos laborales, familiares, escolares o duelos.

En este artículo se analizan los agentes responsables del proceso de medicalizar y las consecuencias que ello conlleva, deteniéndonos en el efecto iatrogénico de las intervenciones innecesarias.

© 2013 Elsevier España, S.L. Open access under [CC BY-NC-ND license](http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/).

Medicalization i. 'Disease labeling: All business.'

Abstract Western societies have displaced problems from the subjective and social fields over to medicine, and the search for the perfect health has become an obsession and a pathogenic predominant factor. Paradoxically, the number of illnesses and sick people arises proportionally with health levels.

We now tend to add «disease labels» in daily clinical practice to behaviors and events that are nothing but elements of character or even healthy reactions to laboral and familial conflicts or mourning.

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: maria.jesus.cerecedo.perez@sergas.es, cerechus@mundo-r.com (M.J. Cerecedo Pérez), Margarita.Tovar.Bobo@sergas.es (M. Tovar Bobo), arozadilla57@hotmail.com (A. Rozadilla Arias).

In this article, we analyze the factors that determine this «medicalization» process and its consequences, with a particular emphasis in the iatrogenesis of unnecessary medical interventions. © 2013 Elsevier España, S.L. Open access under [CC BY-NC-ND license](#).

La medicina ha avanzado tanto que ya nadie está sano.
Aldous Huxley

Introducción

El inmenso poder de la medicina ha hecho atractiva la idea de «medicalizar» aspectos de la vida que se pueden percibir como problemas médicos sin serlo. La medicina, como reflejo de la cultura del bienestar, genera en ocasiones falsas necesidades, y aspectos de la vida cotidiana son medicalizados con el pretexto de tratar falsas enfermedades. Vivir conlleva momentos de infelicidad y de angustia, pero ¿deberíamos tratar dichos momentos? En la práctica clínica diaria se ponen «etiquetas de enfermedad» a comportamientos o acontecimientos que no son más que elementos que integran el carácter o la forma de ser de las personas o bien se trata de saludables reacciones ante situaciones vitales, como conflictos laborales, familiares, escolares o duelos. Es *la cultura sanitaria del «todo, aquí y ahora»*.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como algo más que la ausencia de enfermedad y la eleva al estado de bienestar absoluto, contribuyendo a la incorporación al ámbito médico de nuevas situaciones y problemas. Estamos asistiendo a la generación de una dependencia de la medicina que incapacita a las personas para cuidarse a sí mismas y conlleva una disminución de la tolerancia al sufrimiento y al malestar.

Fue Foucault quien propuso el término «iatrogenia positiva» para referirse no a los efectos nocivos derivados de errores o de secundarismos previsibles, sino a los efectos nocivos de las intervenciones médicas¹. Medicalizar la vida es convertir un conflicto personal o social en un problema médico que necesita ser abordado por los profesionales de la salud. Cada vez más aspectos de la vida cotidiana son medicalizados con el pretexto de tratar falsas enfermedades, como astenia primaveral, baja autoestima, timidez o procesos biológicos naturales como la menopausia. *Medicalizar la vida nos expropia la salud y nos incapacita como individuos*.

El negocio de «la enfermedad»

Desde una perspectiva comunitaria dirigida a la función de bienestar, la política de la salud ha de pretender que la «producción de salud» no sea más costosa de lo necesario, y que la salud originada no se valore menos de lo que cuesta²; sería inmoral caer en el despilfarro³. Un gasto sanitario inadecuado tiene costes, bien por consumo excesivo, bien por consumo insuficiente de servicios sanitarios necesarios⁴.

Hacer creer a la gente que tiene una enfermedad puede ser una sustanciosa fuente de ingresos. La medicina moderna ha ido haciéndonos creer que van apareciendo nuevas enfermedades a las que solo la técnica puede dar respuesta; son

5 las formas de comerciar con enfermedades, que se explican en la [tabla 1](#)⁵.

En la [tabla 2](#) se esquematizan algunos de los síndromes de nueva creación que podrían terminar en la consulta de atención primaria consumiendo recursos de forma innecesaria.

Responsables de la medicalización

La responsabilidad de la medicalización es compartida por la sociedad, los profesionales, los medios de comunicación, los políticos y la industria farmacéutica.

Tabla 1 Creación de enfermedades

- Venta de procesos normales de la vida como procesos médicos, como la vejez o el embarazo
- Venta de problemas personales y sociales como problemas médicos: el desempleo, la fobia social
- Venta de riesgos como enfermedades: osteoporosis o hipercolesterolemia
- Venta de síntomas ocasionales como epidemias de extraordinaria propagación, como la disfunción sexual femenina
- Venta de síntomas leves como indicios de enfermedades más graves: colon irritable

Fuente: Modificado de Blech⁵.

Tabla 2 Síndromes que tienen buenas perspectivas como negocio

Síndrome de Sissi	Depresivos que se disfrazan de felices
Síndrome del tigre enjaulado	Padres excesivamente fatigados por sus hijos
Depresión del Paraíso	Incapacidad de gozar del ocio, típico de los turistas del Norte de Europa que viven en España
Síndrome posvacacional	Dificultad de adaptación al trabajo tras la finalización de las vacaciones, lujo solo al alcance de quienes tienen trabajo y pueden sufrir por ello
Astenia primaveral	Con la llegada del buen tiempo se presenta falta de energía para realizar la actividad habitual
Trastorno de alegría generalizada	Síntomas de despreocupación y pérdida de contacto con la realidad

Fuente: Elaboración propia.

Sociedad

Salud y enfermedad son construcciones dinámicas vinculadas con la realidad histórica, social y cultural del momento en que se definen; solo entendiendo la realidad y los condicionantes del momento pueden construirse respuestas sanitarias adecuadas⁶. Lewis Thomas, en los setenta, señalaba que nada había cambiado tanto en el sistema sanitario como la percepción de la sociedad sobre su propia salud⁷, concediendo a la medicina moderna la capacidad de resolver más de lo que en realidad es posible. En el momento actual se está produciendo una redefinición de fenómenos que antes eran propios de otras esferas para incluirlos en la sanitaria.

Sin poder negar el valor de la salud, este no puede llevarse a un nivel en el que la sociedad haga negación del sufrimiento y de la enfermedad, y como dice una frase célebre, «La sociedad está enfermando por no enfermar». Ian Morrison decía: «Cuando nací, en Escocia la muerte era vista como inminente; mientras me formé en Canadá, comprobé que se vivía como inevitable, pero en mi residencia actual, California, parece que se percibe como opcional»⁸.

Existe el sentimiento creciente de que cualquier prueba es mejor que la simple valoración médica, o de que la técnica última en aparecer es mejor que las ya existentes, y esto conlleva la pérdida de valores como la relación médico-paciente. La tecnificación y los avances de la medicina han creado expectativas irreales, llegándose a la idea de que la ciencia encontrará la solución a todas las enfermedades y problemas, rechazándose la enfermedad y la muerte como partes inevitables de la vida. Por otro lado, el declive de la función religiosa en el consuelo y el afrontamiento de los problemas ha originado que la búsqueda de soluciones se realice en otros lugares, y los servicios sanitarios ocupan un lugar destacado en esta búsqueda.

La tolerancia al sufrimiento ha disminuido de forma que se requiere de la atención sanitaria para situaciones que antes eran aceptadas y resueltas sin recurrir a los profesionales. Algunos autores lo denominan «tolerancia cero»⁹. El paciente acude a consulta nada más aparecer los síntomas, exigiendo pruebas para un diagnóstico inmediato y solicitando tratamientos que resuelvan rápidamente el cuadro. Ante procesos en sus fases más precoces (con síntomas inespecíficos y variables), por la presión de la población, se prescriben tratamientos que van a resultar ineficaces y supondrán nuevas consultas y nuevos tratamientos, con el correspondiente aumento del coste.

Se tiende a considerar que el sistema sanitario debe garantizar todo tipo de cuidados, perdiéndose la capacidad de contención de problemas, disminuyendo los autocuidados y aumentando el consumo de servicios. Además, los cambios sociales de las últimas décadas —la reducción del tamaño familiar, la incorporación de la mujer al mercado laboral o la cultura del consumo— han ocasionado que los recursos familiares se hayan visto reducidos y que su lugar sea ocupado por los cuidados formales.

Profesionales

Son los principales agentes de la medicalización, ya que tienen la capacidad/poder de determinar qué diagnósticos se

establecen y qué actuación terapéutica se realiza. La sociedad, los medios de comunicación, los políticos, etc., pueden fomentar la medicalización, pero son los profesionales quienes finalmente la llevan a cabo.

La percepción médica es el proceso a través del cual categorías de enfermedad cobran su existencia¹⁰ de modo que los profesionales, como comunidad científica, contribuyen desde su conocimiento a construir qué es enfermedad y qué se debe tratar¹¹. Cada vez que una persona acude a la consulta se tiende a realizar una intervención y, por tanto, a convertir en enfermedad todo aquello que nos comenta; la no enfermedad y la no intervención escapan a nuestro campo de visión y de acción, ya que no nos han formado para ello.

Así mismo, el tiempo disponible en la consulta para cada paciente es escaso, siendo difícil clarificar la verdadera demanda del paciente, qué información tiene sobre qué le sucede y la posibilidad de participación en su autocuidado. El profesional, trabajando en la incertidumbre, no siempre puede establecer con absoluta certeza qué persona está sana y cuál enferma, qué acontecimientos son normales y cuáles no, y ello determina dudas que conducen a «pruebas por si acaso» y a la instauración de tratamientos innecesarios. Además, se apoyan en recomendaciones y consensos de los que en muchas ocasiones no existen estudios que demuestren la validez de las medidas que se recomiendan¹².

Es más cómodo recomendar una prueba diagnóstica inútil para estar seguros que descartarla, realizar pruebas de laboratorio rutinarias no necesarias llamadas de «chequeo», hacer pruebas radiológicas en dolores inespecíficos o prescribir antibióticos en situaciones de dudoso beneficio. La medicina defensiva es una de las mayores causas de solicitud de pruebas innecesarias.

Medios de comunicación

Representan otra importante fuente de información sanitaria modulando las creencias y las expectativas de la sociedad. Se ha evidenciado la relación directa entre la aparición de una noticia médica en los medios y el uso de los servicios sanitarios por dicho motivo. El concepto de noticia de interés se relaciona con la novedad, con lo excepcional; de ahí la abundancia de noticias sobre soluciones mágicas o diagnósticos revolucionarios; este sesgo en la información genera expectativas irreales.

La sensación de que la medicina es una ciencia exacta es alimentada por los medios, haciéndose necesario que estos asuman e incorporen a sus contenidos términos como «incertidumbre» o «limitaciones»¹³. En ocasiones lo que es mera publicidad aparece camuflada bajo la fórmula de publicirreportaje, y a los lectores no siempre les resulta sencillo identificar que aquello es un mensaje publicitario pagado por una empresa con interés en su venta.

Los medios tienen una labor importante promoviendo el uso de intervenciones efectivas y desincentivando aquellas de cuestionada efectividad, aunque esto sea menos interesante para ellos¹¹.

Instituciones político-sanitarias

Políticos y gestores son los responsables de definir la cartera de servicios que se presta a la población. En la macrogestión

se tiende a evitar la toma de decisiones conflictivas que puedan hacer disminuir su popularidad, poniéndose en marcha actuaciones de gran aceptación popular con independencia de su efectividad. Se han creado servicios en función de demandas de la población fomentadas por sectores con intereses específicos que no siempre guardan relación con las necesidades reales de la sociedad.

El propio sistema crea servicios que compiten entre sí para la atención de enfermedades, como las unidades de lípidos o hipertensión arterial a nivel hospitalario, que también son gestionadas en atención primaria, e incluso para no-enfermedades, como la consulta de atención al adolescente. Ello genera, además de una pérdida de eficiencia de los recursos, pérdida de visión integral de la persona y mensajes discordantes que aumentan la incertidumbre y la angustia.

La incorporación al campo sanitario de burocracia externa, como justificantes de ausencias escolares o impresos para vacaciones de la tercera edad, contribuye a fomentar la creencia de que dichas situaciones son dependientes del sistema sanitario.

Industria farmacéutica

El objetivo de cualquier empresa es la obtención de máximos beneficios, por ello es de esperar que la industria se vuelque en ampliar el mercado de sus productos, lo que la convierte en pieza importante en la creación de nuevas enfermedades. El aumento de consumo de un fármaco puede conseguirse de forma más fácil en aquellos casos en que la población esté más sensibilizada.

Fue Ray Moynihan quien en 2006 acuñó la definición de «Disease Mongering» (mercantilización de enfermedades), como «la venta de una dolencia que ensancha los límites de lo que es enfermedad con el fin de ampliar los mercados para aquellos que venden y aplican los tratamientos. Es un proceso que convierte a personas sanas en pacientes, produce daño iatrogénico y desperdicia recursos valiosos»¹⁴. Dicho autor cuestiona a la industria farmacéutica por considerar que subvenciona la creación de múltiples enfermedades que no lo son y comenta que empleados de la industria farmacéutica habían trabajado con empresas de sondeos de opinión pagadas para ayudar a «desarrollar» la enfermedad; es decir, se habrían llevado a cabo encuestas en las que se reflejaba que dicha enfermedad se había extendido¹⁵.

Existen muchas vías para transformar un problema en enfermedad y convencer a la población de que síntomas menores necesitan un tratamiento farmacológico para curarse. Se trata de dónde colocar los límites para considerar y tratar como enfermedad una condición normal de la vida, sin perjuicio de que haya personas que sufren enfermedades reales o formas graves de esos problemas que son los que sí se podrían beneficiar de un tratamiento farmacológico.

En el momento del lanzamiento de un nuevo fármaco se pone en marcha una maquinaria de promoción que tiene la capacidad de involucrar necesarios actores. En primer lugar están los ensayos clínicos, publicados en revistas médicas que cuentan con el prestigio de los investigadores que los realizaron, sus instituciones y el aval de la publicación¹⁶. Después están las presentaciones en congresos, donde

hablan investigadores involucrados en el estudio o líderes de opinión de la comunidad a la que se quiere impactar. A esa reunión asisten médicos y periodistas científicos, con gastos pagados por los laboratorios¹⁷.

Simultáneamente, se moviliza a las asociaciones de pacientes que, con el apoyo de las empresas farmacéuticas, pueden lanzar una campaña para crear conciencia sobre la importancia de la enfermedad en cuestión¹⁸. Los periodistas pueden acceder a la publicación, ir al congreso, entrevistar a los líderes de opinión y comunicar este mensaje a las asociaciones de pacientes y a más médicos, pues se ha demostrado que el periodismo científico no solo influye en el público lego, sino también en los expertos, dado que la cobertura de una investigación en medios masivos aumenta el índice de citación de un artículo¹⁹.

El uso racional de los recursos públicos se encuentra con problemas que dificultan su aplicación. Por una parte, no se estudia todo, máxime si los productos no son económicamente rentables; tampoco se publica todo, ocultando resultados negativos, y otras veces los estudios no son lo suficientemente amplios o los enfermos seleccionados no son representativos del conjunto³. Especialmente difícil es encontrar estudios rigurosos que comparen los resultados de un fármaco tradicional, barato, de eficacia y seguridad probadas con los de otro nuevo y caro. Además, la difusión por parte de profesionales de renombre en congresos de estudios poco rigurosos, muchas veces no es inocente. Richard Smith, ex editor del *British Medical Journal*, comentaba: «Las revistas médicas no son más que una prolongación de la rama comercial de las empresas farmacéuticas porque una gran proporción de sus ingresos proviene de sus anuncios y de las separatas de ensayos financiados por las mismas»²⁰.

Etiquetas de enfermedad

No es posible ni ahora ni nunca que la medicina aporte un bienestar completo; los malestares forman parte de la vida de las personas en un momento u otro. La medicina se ocupa de la salud de las personas, pero ¿qué es la salud exactamente? Si una de las razones por las que se pierde la salud es la enfermedad, ¿qué es la enfermedad exactamente?

Un buen modo de abordar estas preguntas es hacerlo por donde suele comenzar la buena medicina, la persona, ese ser humano que se encuentra enfermo y que desea recuperar la salud. *Con frecuencia la salud tiene algo de paradójico: es un bien preciado, pero cuando se posee pasa desapercibido.* La salud se caracteriza por la ausencia de males de consideración, y por la capacidad que tiene una persona para perseguir sus metas vitales y desenvolverse adecuadamente en contextos sociales y laborales habituales.

El poder de la medicina ha hecho atractiva la idea de «medicalizar» todos los aspectos de la vida que se pueden percibir como problemas médicos. Vivir conlleva momentos de infelicidad y de angustia, pero ¿se deberían tratar?

No todas las necesidades de salud de la población se transforman en demandas, ni todas las demandas implican verdaderas necesidades sanitarias. Debe ser una prioridad de cualquier sistema sanitario facilitar los servicios adecuados a los pacientes que más lo necesitan y evitar dedicar recursos a demandas superfluas. Una correcta utilización de servicios es la que obtiene una cantidad proporcional a las

necesidades de salud, se soluciona en el nivel adecuado por los profesionales pertinentes, con la mejor relación coste-beneficio y coste-efectividad²¹.

Inmersos en esta progresiva medicalización, es frecuente etiquetar como enfermedad problemas como calvicie, timidez, niños inquietos... o considerar patológicos períodos evolutivos fisiológicos como embarazo o menopausia. Ello genera una angustia desmedida ante síntomas banales, a la vez que una percepción cada vez mayor de vulnerabilidad ante la enfermedad²².

Cada día acuden a las consultas de atención primaria pacientes con molestias o malestares inespecíficos que no se corresponden con una enfermedad orgánica o mental, comunican síntomas tanto somáticos como psíquicos de intensidad leve derivados de problemas personales o de relación y desencadenados por estresantes psicosociales como conflictos laborales, familiares, escolares o duelos.

En la práctica clínica diaria el médico de familia, a veces por falta de tiempo, otras por falta de formación en determinadas áreas, resuelve la consulta con la derivación del paciente al nivel secundario (salud mental u otra especialidad si presenta algún síntoma somático), o bien prescribe un fármaco que con el paso del tiempo será difícil su retirada. Ante estos casos con mucha frecuencia se ponen «etiquetas de enfermedad» a comportamientos o acontecimientos que no son más que elementos que integran el carácter o forma de ser de las personas, o bien simples reacciones ante situaciones vitales.

Ya en 2002 Smith²³ define en una de sus publicaciones la «no enfermedad» como un problema humano catalogado desde la perspectiva médica, para el que se obtendrían mejores resultados si no fuera considerado y tratado como tal, y esto conlleva que «no todo sufrimiento es enfermedad».

«Las etiquetas» quitan responsabilidad a quien la padece, pasando esta a ser del sistema sanitario²⁴. La etiqueta genera seguridad diagnóstica con la que el paciente y el profesional se sienten cómodos; al ser enfermedad lo que le ocurre al paciente, existe una etiología, y por tanto este no se siente responsable de lo que le pasa, pues el culpable es externo, no depende de él. Con todo ello, se convierte en enfermo a un individuo sano, lo que puede ser un lastre para toda su vida.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Foucoult M. *La vida de los hombres infames*. Madrid: La Piqueta; 1990.
2. López G, Ortún V. *Economía y salud. Fundamentos y políticas*. Madrid: De Encuentro; 1998.
3. Reverte Cejudo D. «El negocio de la sanidad y la medicalización de la vida» *Política Sanitaria. Salud*. 2007;112:8-16, 2000.
4. Hicks NR. Some observations on attempts to measure appropriateness of care. *Br Med J*. 1994;309:730-3.
5. Blech RJ. *Los inventores de enfermedades. Cómo nos convierten en pacientes*. Barcelona: Destino; 2005.
6. Fernández de Sanmamed MJ, Marquet R, Reguant M, Zapater F, Grupo de Calidad de CAMFiC. ¿Enfermos de salud? Reflexiones acerca de las nuevas demandas y las respuestas del sistema sanitario. Barcelona 2005-2006 [consultado 19 Abr 2013]. Disponible en: <http://www.camfic.cat/CAMFiC/Seccions/GrupsTrebball/Docs/qualitat/enfermos.salud.cast.pdf>
7. Thomas L. *On the science and technology of medicine*. Daedalus. 1977;106:35-46.
8. Morrison I. *Health care in the new millennium: Vision, values, and leadership*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers; 2000.
9. Orueta R, Santos C, González E, Fagundo EM, Alejandro G, Carmona J, et al. Medicalización de la vida (I). *Rev Clin Med Fam*. 2011;4:150-61.
10. Armstrong D. *Political Anatomy of the Body: Medical Knowledge in Britain in the Twentieth Century*. Cambridge: Cambridge University Press; 1983.
11. Márquez S, Meneu R. La medicalización de la vida y sus protagonistas. *Ges Clin Sanit*. 2003;5:47-53.
12. Expósito J. Los costes sociales de nuestras prácticas. *Actores o espectadores*. *Gest Clin San*. 2000;2:39-40.
13. Leibovici L, Lièvre M. Medicalisation: Peering from inside medicine: Professionals and lay people should work together to a common purpose. *BMJ*. 2002;324:866.
14. Moynihan R, Henry D. The fight against disease mongering: Generating knowledge for action. *PLoS Medicine*. 2006;3:425-8.
15. Moynihan R. Merging of marketing and medical science: Female sexual dysfunction. *BMJ*. 2010;341:c5050.
16. Collier J, Iheanacho I. The pharmaceutical industry as an informant. *Lancet*. 2002;360:1405-9.
17. Moynihan R, Health I, Henry D. Selling sickness: The pharmaceutical industry and disease mongering. *BMJ*. 2002;321:886-90.
18. Vara AM. Cómo medicalizar la vida diaria: la creación de enfermedades o disease mongering. Evidencia Actualización en la Práctica Ambulatoria. 2008;11:130-2 [consultado 19 Abr 2013]. Disponible en: <http://www.foroaps.org/files/ygjytkggyt.pdf>
19. Philips DP, Kanter EJ, Bednarczyk B, Tastad PL. Importance of the lay press in the transmission of medical knowledge to the scientific community. *N Eng J Med*. 1991;325:1180-3.
20. Kmietowicz Z. Medical journals are corrupted by dependence on drugs companies. *BMJ*. 2005;330:1169.
21. Tamborero G, Fonseca M. ¿Quién debe educar a la población sobre una correcta utilización de los servicios sanitarios? *FMC*. 2008;15:553-5.
22. Morell Sixto ME, Martínez González C, Quintana Gómez JL. *Disease mongering*, el lucrativo negocio de la promoción de enfermedades. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2009;11:491-512.
23. Smith R. In search of non-disease. *BMJ*. 2002;324:883-5.
24. Comité Editorial. Las «etiquetas» de enfermedad: luces y sombras. *AMF* 2012;8(1):2-3 [consultado 19 Abr 2013]. Disponible en: http://www.amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=928