

Salud y enfermedad y adopción de innovaciones sanitarias desde el punto de vista del clínico¹

Juan Gérvas

Médico general, Equipo CESCO, Madrid. Profesor Honorario Departamento de Salud Pública, Universidad Autónoma de Madrid. Profesor Invitado Departamento de Salud Internacional, Escuela Nacional de Sanidad, Madrid.

jgervasc@meditex.es www.equipocesca.org

Salud y enfermedad son conceptos culturales, acuerdos que forman parte de las “instituciones” que gobiernan nuestras vidas como animales “sociales” que somos. De hecho, no es la enfermedad (*disease*) sino el enfermar (*illness*) lo que vive el paciente y lo que expresa según usos y cultura. Así, no se vive el parto lo mismo en Mauritania que en Suecia, ni la fiebre en el Congo como en Nueva Zelanda, ni el cáncer de pulmón en la India que en Canadá, y las diferencias tienen que ver con el acceso a cuidados médicos muy diferentes pero también con interpretaciones distintas de la salud y del enfermar. El enfermo se expresa en un contexto que limita o expande sus vivencias. No hay mejor ejemplo que la homosexualidad, que fue enfermedad y hoy sólo es vivencia en los países desarrollados, por más que en la mayoría tenga todavía limitados los derechos civiles. En ese sentido no es todavía una opción sexual “normal”, por más que ya no sea enfermedad.

La enfermedad es categoría en cuya definición intervienen los médicos, que tienen el poder delegado de “etiquetar” las dolencias, el enfermar. Muy recientemente, desde mediados del siglo XX, los médicos han invadido el campo de definición de la salud (“la expropiación de la salud”, en expresión de Iván Illich). Por ejemplo, la salud del recién nacido y del bebé ya no la define la matrona o la madre experimentada (la abuela, en el caso de la madre primeriza) sino que la definen el neonatólogo y el pediatra.

Este cambio, de definir enfermedad a definir enfermedad y salud, tiene mucho que ver con la medicalización de la sociedad. En el corazón del cambio está el confuso concepto de factor de riesgo, y las consecuentes transformaciones del mismo, desde “causa” de enfermedad a enfermedad misma. Por ejemplo, la hipertensión, que de elevación de la tensión arterial asociada a mayor incidencia de ictus e insuficiencia cardiaca ha pasado a

1 Texto de la presentación el 25 de noviembre de 2010 en la Jornada sobre “La adopción de las innovaciones sanitarias: análisis crítico y recomendaciones”, organizadas por la Fundación para la Formación de la Organización Médica Colegial y la Fundación Kovacs, en Madrid. En la mesa sobre “Quién y cómo se define salud, enfermedad y los objetivos de las tecnologías sanitarias”. Este texto se encuentra bajo licencia [Creative Commons by-nc-sa 3.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/), por lo tanto se puede distribuir y reelaborar libremente a condición de citar al autor, no utilizarlo para fines comerciales y mantener el producto subsiguiente bajo este mismo tipo de licencia ([licencia completa](#)).

enfermedad, con incluso “descendientes”, como el “síndrome metabólico”. Es decir, el factor de riesgo pasa de asociación estadística a causa de enfermedad, y de aquí a ser considerado como enfermedad en sí mismo.

El cambio no es baladí, pues la atención curativa (a la enfermedad) tiene bases conceptuales y éticas muy distintas de la atención preventiva (al factor de riesgo). La atención preventiva se hace sobre sanos, y debería tener mayor certeza que la atención curativa acerca de que los beneficios superan en mucho a los daños.

La medicalización de la sociedad (*disease mongering*) amplía el campo del enfermar y de la enfermedad al tiempo que estrecha el campo de la salud. Cada vez hay menos sanos en medio de una población afectada por una epidemia de salud que está logrando expectativas de vida y ancianidad nunca vistas. En la consulta clínica el cambio supone dedicar cada vez más esfuerzo (tiempo y otros recursos diagnósticos, preventivos y curativos) a los factores de riesgo, con un coste marginal o incluso negativo (causamos más daño que beneficio). Cada vez nuestro trabajo es menos eficiente, en el sentido del mejor empleo de los recursos puestos a nuestra disposición como médicos clínicos.

El poder de “etiquetar” corresponde a comités de expertos en clasificaciones de enfermedades, que no son ajenos a las influencias comerciales, como bien demuestra la DSM (manual diagnóstico y estadístico de las enfermedades mentales). El comité de la DSM más parece ejercer en nombre de la industria farmacéutica que de la ciencia.

La búsqueda del diagnóstico conlleva el uso de tecnologías diagnósticas a las que le siguen casi “por obligación” las tecnologías terapéuticas (un diagnóstico determinado se ve seguida de unas actividades terapéuticas en cascada), y con todas estas tecnologías se “gobierna” mucho de la cultura popular y de la actividad médica. Por ejemplo, la osteoporosis es factor de riesgo devenido enfermedad que se intenta evitar primero a través de su diagnóstico (densitómetro, ahora incluso “de mano”) y después con su tratamiento. Por supuesto, el beneficio es marginal y en muchos casos negativo (por las graves complicaciones que pueden tener los bifosfonatos), pero “la prevención de la osteoporosis” se ha convertido en actividad médica diaria, y en preocupación de la población, sobre todo femenina.

Así pues, la capacidad de definir salud y enfermedad ha pasado casi en exclusiva a manos médicas, y ello da un enorme poder a los profesionales, que no siempre son honrados en su uso (“malicia sanitaria”). El médico se siente científico, no sanador, y de científico pasa a “mago”, con sus promesas “imposibles” (parece que hubiera remedio para todo, generalmente en forma de píldora o de intervención médica). Hay sólo un paso para

transformar al mago en negociante, y en darlo ayudan mucho las industrias interesadas (no sólo la farmacéutica, también la del diagnóstico, la alimentaria, la de las tecnologías de la información, la de organización de servicios y otras).

Los gestores, dirigentes y accionistas de esas industrias se alían con los líderes clínicos para producir “estados de opinión”, que logran “poner en la agenda” de los políticos las cuestiones que cumplen sus intereses y expectativas, cumplan o no con las necesidades de la población. Es buen ejemplo el manejo de la pandemia de gripe A en 2009-10, como lo fue el de la vacuna contra el virus del papiloma en 2007-8, y antes la introducción de la terapia hormonal en la menopausia. Los políticos se mueven en un círculo cerrado que va del Hotel Ritz (Madrid) a los campos de golf malagueños, pasando por el Círculo (de Barcelona) y poco se sientan a escuchar a los pensionistas de Vallecas o la asociación de vecinos de El Saler (Valencia). Ese entorno tóxico es el que pone en la agenda de los políticos y de la sociedad las cuestiones relevantes en salud, bien generales estilo “enfermedades crónicas”, bien concretas estilo “colonoscopia virtual”.

No cabe el recurso a “la maldad de los intereses industriales, de los accionistas y el capital”, pues en muchas ocasiones somos sus aliados y “palanganeros”, cuando no estamos directamente interesados para acrecentar nuestro poder. Sirva de ejemplo la epidemia de minusválidos por consecuencia de las intervenciones quirúrgicas de la espalda (justificadas y promovidas por una tecnología de la imagen cada vez con menos fundamento científico en su implantación). Ahí prima el interés mismo de los profesionales médicos que ven acrecentarse su poder social (y económico) al tiempo que ceden ante “el brillo de la tecnología”.

Los médicos clínicos de base no estamos inermes, y menos en “los tiempos de Internet”. Lo prueba, por ejemplo, la vigorosa respuesta profesional contra la gestión de la pandemia de gripe A, que logró rectificar la alarma y directrices de la OMS, las autoridades sanitarias y los medios de comunicación. Lamentablemente, son raras las reacciones ejemplares de este estilo. Lo más frecuente es la aceptación a regañadientes de la medicalización de la sociedad y de la malicia sanitaria que conlleva el uso abusivo de tecnologías preventivas, diagnósticas y curativas. Pero el ejemplo señalado es un poco como subir por primera vez el Everest, pues crea “senda”.

En esa senda estamos.