

LA MEDICALIZACION DE LA VIDA

EN 1960 habría sido imposible que se escuchara la denuncia de que los esfuerzos médicos en marcha eran por sí mismos algo malo. El Servicio Nacional de Salud de la Gran Bretaña acababa de alcanzar un alto grado de desarrollo. Planificado por Beveridge conforme a los conceptos de salud predominantes en los años treinta, consideraba que había una "cantidad estrictamente limitada de morbilidad", que si se trataba daría por resultado una reducción de los subsiguientes índices de enfermedad. Beveridge había esperado, por tanto, que el costo anual del servicio de salud descendiera conforme la terapéutica eficaz fuese reduciendo la morbilidad. No se había previsto que la definición de mala salud ampliaría el campo de la asistencia médica ni que el umbral de tolerancia a la enfermedad descendería tan rápidamente como la competencia para la autoasistencia, ni tampoco que aparecerían nuevas enfermedades a causa del mismo proceso que hacía a la medicina por lo menos parcialmente eficaz.

La cooperación internacional había logrado sus victorias pírricas sobre algunas enfermedades tropicales. Aún no se sospechaba la parte que habría de desempeñar el desarrollo económico y tecnológico en la difusión y agravación de la encefalitis letárgica, la bilharziasis e incluso el paludismo. Todavía se hallaba oculto el espectro de nuevos tipos de hambre endémica rural y urbana en las naciones "en desarrollo". Para el público en general, los riesgos de la degradación ambiental eran invisibles aún. En los Estados Unidos de América, el público estaba preparándose para afrontar los extraordinarios aumentos del costo de la asistencia, los exorbitantes privilegios de los médicos y la falta de equidad en el acceso de sus servicios. La nacionalización o la sustitución de la empresa privilegiada por el monopolio reglamentado parecía ser todavía la solución. En todas partes continuaba incommovible la creencia en el progreso ilimitado, y el progreso en medicina quería decir el esfuerzo persistente por mejorar la salud humana, abolir el dolor, erradicar la enfermedad y extender la duración de la vida utilizando cada vez nueva intervención ingenieril. Los injertos de órganos, las diálisis, los métodos criogénicos y el control genético alentaban esperanzas y no despertaban temores. El médico estaba en el pináculo de sus funciones como héroe cultural. El empleo desprofesionalizado de la medicina moderna todavía se consideraba como una propuesta disparatada.

En 1975, mucho es lo que ha cambiado. La gente se ha enterado de que la salud depende del ambiente, de la alimentación y de las condiciones de trabajo, y que estos factores, con el desarrollo económico, fácilmente se convierten en peligros para la salud, espe-

cialmente la de los pobres. Pero la gente todavía cree que la salud mejorará conforme aumente la cantidad gastada en servicios médicos, que sería mejor que hubiera más intervenciones médicas y que los médicos son los que mejor saben qué servicios debe haber. La gente aún confía al médico la llave del botiquín y todavía cree valioso el contenido de éste, pero discrepa cada vez más acerca de la forma en que los médicos deberían estar organizados o controlados. ¿Debe pagarse a los médicos del bolsillo individual, mediante seguros o con impuestos? ¿Deben ejercer individualmente o en grupos? Las normas de los centros de salud, ¿deben

las investigaciones epidemiológicas descubren: en la mayor parte de los casos les habría ido mejor sufriendo sin recurrir a la medicina. Cuando este concepto se difunda, una súbita pérdida de confianza podría sacudir de manera irreparable a la actual empresa médica.

Durante los seis años últimos han cambiado las actitudes de los estudiantes hacia sus maestros. Esto sucedió bastante repentinamente alrededor de 1968, cuando los estudiantes admitieron abiertamente entre ellos lo que siempre habían sabido: que aprendían de los libros, los compañeros, la rápida preparación para los exámenes

Iván Illich

ser establecidas por especialistas o por la colectividad? En cada caso los partidos opuestos continúan persiguiendo el mismo objetivo de aumentar la medicalización de la salud, si bien por medios diferentes. Se culpa de las frustraciones actuales a la gran escasez y el tipo erróneo de controles públicos sobre médicos, investigaciones médicas, hospitales o seguros.

Mientras tanto, las esperanzas en total aumentan más rápidamente que los recursos de asistencia. Mientras más tratamientos se aplican, mayor es el sufrimiento total. El total de daños aumenta exponencialmente con el costo de la asistencia. Cada vez más pacientes se enteran por sus médicos de que han sido lesionados por medicaciones anteriores y de que el tratamiento que ahora se les administra está condicionado por las consecuencias de su tratamiento anterior, que en ocasiones fue aplicado con el propósito de salvar la vida y, mucho más frecuentemente, para reducir de peso o tratar la hipertensión, la influenza o una picadura de mosquito. Un alto funcionario del Departamento de Salud de los Estados Unidos de América declaró que el 80 por 100 de todos los fondos encauzados por su oficina no proporcionaban beneficios demostrables para la salud, y que gran parte del resto se gastaba para corregir daños iatrogénicos. Los economistas podrían decir que las utilidades marginales decrecientes son insignificantes en comparación con las disutilidades marginalmente en aumento producidas por las actividades médicas. Pronto el paciente típico llegará a comprender que está obligado a pagar más, no simplemente por menos asistencia, sino por peores perjuicios, por un mal del que él es víctima, por la nociva "producción de salud", aunque todo sea bien intencionado. Por ahora, cuando el sistema médico lesiona a las personas, todavía se considera que se trata de excepciones. Los ricos creen que han tenido mala suerte y los pobres que han sido tratados injustamente. Pero no pasará mucho tiempo antes que la mayoría de los pacientes advierta lo que

y algún raro momento personal con un profesor, pero no del sistema derivado del plan de estudios. Desde entonces, muchos estudiantes se han hecho conscientemente refractarios al profesor como administrador de procedimientos de enseñanza. El profesor se dio cuenta de que había perdido su carácter respetable, excepto en las raras ocasiones en que dejaba su papel de burócrata. Por tanto, no es de sorprender que por lo menos en los Estados Unidos y en Francia haya aumentado enormemente la desertión entre los profesores.

Cuando se registre la crisis de confianza en el sistema médico, tendrá efectos más profundos que la crisis en el sistema escolar. Los estudiantes saben que algún día saldrán de la escuela, y cuanto más tarde, con perspectivas más brillantes. En cambio, los pacientes pueden llegar a sentir que tal vez nunca puedan escapar de las manos de los médicos una vez iniciada su carrera de enfermos. Los estudiantes que cínicamente acumulan certificados, aumentan sus probabilidades en el mercado de trabajo, independientemente de lo poco que hayan aprendido. Los pacientes considerarán con toda razón que agregan a su aflicción inicial no sólo nuevas enfermedades, sino también nuevos certificados que atestiguan su incompetencia para trabajar.

Actualmente ya es posible predecir esa crisis súbita en la conciencia de la salud. La vaga intuición de millones de víctimas de la asistencia médica requiere conceptos claros para constituir una fuerza poderosa. Sin una sistematización intelectual, el reconocimiento público de la medicina iatrogénica podría conducir fácilmente a una ira impotente que acaso fuese encauzada por la profesión para robustecer más aún los controles médicos. Pero si la experiencia de los daños ya realizados puede expresarse en categorías tan claras, bien fundadas y expuestas sencillez que puedan ser útiles para la discusión política, podría dar a poblaciones enteras un valor renovado para recuperar aptitudes para la autoasistencia.

Las pruebas necesarias para enjuiciar a nuestro sistema médico actual no son secretas; pueden encontrarse en prestigiosas revistas médicas y en trabajos de investigación. Pero aún no se les ha dado un uso político porque no han sido reunidas debidamente, clasificadas con claridad y presentadas en términos no médicos. La primera tarea será la de indicar varias categorías de daños a la salud que se deben a formas específicas de medicalización. En cada uno de esos dominios de medicalización excesiva, la soberbia de los profesionales y la credulidad del público han alcanzado niveles negativos para la salud.

DEPENDENCIA DE LA ATENCION MEDICA

Una medida sencilla y evidente de la medicalización de la vida es la proporción creciente de los presupuestos nacionales que se gasta a instancias de los médicos. Los Estados Unidos de América gastan actualmente 90.000 millones de dólares al año en asistencia a la salud. Esta cantidad equivale al 7,4 por 100 del producto nacional bruto. Para asignar una cantidad creciente de las ganancias nacionales a la medicina, un país no tiene que ser rico. Nueva Guinea, Nigeria y Jamaica son países en los cuales la medicalización del presupuesto pasó recientemente del 10 por 100.

Durante los pasados veinte años, mientras el índice de precios de los Estados Unidos de América se elevó un 74 por 100, el costo de asistencia médica subió un 33 por 100. La mayor parte del incremento se pagó mediante una carga tributaria más alta; mientras los desembolsos para pagar servicios de salud se elevaron tres veces, los gastos públicos en sanidad se elevaron exponencialmente. En buena proporción se enriquecieron con ello no sólo los médicos, sino también los banqueros; los llamados costos administrativos en el negocio de los seguros han aumentado hasta el 70 por 100 de los pagos hechos por los asegurados.

El índice de aumento puede explicarse por los costos crecientes de la asistencia hospitalaria. El costo de mantenimiento de un paciente durante un día en un hospital público en los Estados Unidos ha aumentado el 500 por 100 desde 1950. La factura por asistencia al paciente en los grandes hospitales aumentó con mayor rapidez aún: se triplicó en ocho años. Asimismo, los gastos administrativos fueron los que más subieron, multiplicándose desde 1964 por un factor de siete; los gastos de laboratorio, por un factor de cinco. La construcción de una cama de hospital cuesta actualmente más de 85.000 dólares, de los cuales dos tercios sirven para comprar equipo mecánico que en diez años se desecha o ya es superfluo. No existe precedente de una expansión análoga de un sector importante de la economía civil. Por consiguiente, suena irónico que durante este auge singular



La gente todavía cree que la salud mejorará conforme aumenta la cantidad gastada en servicios médicos.

se haya presentado en los Estados Unidos otro hecho paralelo, también sin precedentes en ninguna sociedad industrial: la expectativa de vida para los norteamericanos adultos del sexo masculino disminuyó y se espera que se reduzca más aún.

En Inglaterra, el Servicio Nacional de Salud garantizó que la misma clase de costo inflacionario sufriría menos por fraudes conspicuos. Una firme devoción por la igualdad evitó esas impresionantes y torpes adquisiciones de artefactos prestigiosos que han facilitado un punto de partida para la crítica pública en los Estados Unidos. Como la torpeza crítica pública ha sido menos vivida. Aunque la expectativa de vida de los adultos en Inglaterra no ha disminuido aún, las enfermedades crónicas de los hombres maduros ya han mostrado un aumento semejante al observado un decenio antes al otro lado del Atlántico. En la Unión

Soviética, los médicos y los días de hospital "per cápita" también se han elevado a más del triple y los costos han aumentado un 300 por 100 en los últimos veinte años. Todos los sistemas políticos generan la misma dependencia respecto de los médicos, aunque el capitalismo imponga un costo mucho más elevado.

Únicamente en China, por lo menos a primera vista, la tendencia parece seguir la dirección opuesta: la asistencia primaria es administrada por técnicos sanitarios no profesionales, ayudados por aprendices que dejan sus trabajos habituales en la fábrica cuando se les llama para atender a un miembro de su brigada. Pero en realidad la confianza de los chinos en la ideología del progreso tecnológico se refleja ya en los dominios profesionales de la asistencia médica. China posee no sólo un sistema paramédico, sino también personal médico cuyas normas han sido

consideradas de máximo orden por sus colegas en todo el mundo. La mayoría de las inversiones durante años recientes se han aplicado a desarrollar más aún esta profesión médica extremadamente competente y muy ortodoxa; la "medicina descalza" está perdiendo cada vez más su carácter sustitutivo, semi-independiente, y se está integrando en un sistema unitario de asistencia a la salud. Tras una breve luna de miel con una desprofesionalización radical de la asistencia a la salud, el sistema de envío de casos desde el vecindario hasta diversos tipos de hospitales cada vez más complejos ha crecido a velocidad notable. Creo que este desarrollo de un aspecto técnico-profesional de la asistencia médica en China tendría que limitarse conscientemente a muy corto plazo para que pueda continuar siendo un factor complementario de equilibrio y no un obstáculo a la autoasistencia de alto nivel.

La proporción de la riqueza nacional que se encausa hacia los médicos y se gasta bajo su control varía de un país a otro y abarca de un décimo a un vigésimo de todos los fondos disponibles. Esto significa que el gasto médico "per cápita" varía por un factor hasta de 1.000: desde unos 320 dólares en los Estados Unidos hasta 9,60 dólares en Jamaica y 0,40 dólares en Nigeria. La mayor parte de ese dinero se gasta en todas partes en el mismo tipo de cosas. Pero cuanto más pobre es el país, más elevado tiende a ser el precio por unidad. Las modernas camas de hospital, las incubadoras, el equipo de laboratorio o los pulmones artificiales cuestan más en África que en Alemania o en Francia, donde se construyen; se deterioran más fácilmente en los trópicos, donde es difícil darles servicio, y tienen que dejar de usarse con más frecuencia. Lo mismo ocurre con la inversión en la formación de médicos que utilizan ese equipo obtenido con fuertes inversiones de capital. La preparación de un cardiólogo representa una inversión de capital comparable, tanto si procede de un sistema escolar socialista como si es el primo de un industrial del Brasil enviado con una beca gubernamental a estudiar en Alemania. Cuanto más pobre es el país, mayor es la concentración de gastos médicos crecientes. Pasado cierto punto, que puede variar de un país a otro, el tratamiento intensivo del paciente requiere la concentración de grandes sumas de fondos públicos para proporcionar a unos cuantos los dudosos privilegios que confieren los médicos. Esa concentración de recursos públicos es obviamente injusta cuando la capacidad para pagar una pequeña fracción del costo total del tratamiento es una condición para obtener el resto suscrito mediante fondos de tributación. Evidentemente hay una forma de explotación cuando un 80 por 100 de los costos reales de las clínicas particulares en los países pobres de América Latina se pagan mediante los impuestos recaudados para la formación de médicos, la operación de ambulancias, el costo y el mantenimiento del equipo médico. En los países socialistas, el público otorga únicamente a los médicos la facultad de decidir quién "necesita" ese tipo de tratamiento y de reservar el costoso apoyo público para aquellos en quienes experimentan o practican. El reconocimiento de la capacidad del médico para identificar necesidades únicamente amplía la base desde la cual pueden vender los médicos sus servicios.

Sin embargo, este favoritismo consagrado profesionalmente no constituye el aspecto más importante de la mala asignación de fondos. La concentración de recursos en un hospital de cancerología en São Paulo puede privar a docenas de aldeas del Mato Grosso de toda perspectiva de contar con una pequeña clínica, pero no socava la capacidad de la gente para asistir-se a sí misma. El apoyo público a una adición nacional a relaciones terapéuticas es patógeno en un nivel mucho más profundo, pero

EDICIONES PENINSULA novedades

colección
Historia/Ciencia/Sociedad

EL TEATRO DE IBSEN A BRECHT Raymond Williams

Examen y reconsideración de las intenciones y de los valores esenciales con los que enjuiciar objetivamente el teatro de nuestros días.

EL PARTIDO COMUNISTA CHINO EN EL PODER (1949-1973)

Jacques Guillermaz

El período en que la nueva China asciende al rango de potencia mundial, autorizado por uno de los más brillantes sociólogos franceses.

ESPAÑA BAJO LOS AUSTRIAS

2 volúmenes

John Lynch

Tercera edición con un extenso índice de nombres y materias en el segundo volumen.

colección
HOMO SOCIOLOGICUS

Vida urbana e identidad personal

Richard Sennett

En este último tercio del siglo XX no es el desorden sino un exceso de orden lo que amenaza a nuestra sociedad.

EDICIONES PENINSULA
Provenza 278,
BARCELONA

IVAN ILLICH

esto en general no se reconoce. Más daños a la salud causa la creencia de la gente de que no puede afrontar las enfermedades sin las medicinas modernas y sin los médicos que imponen sus atenciones a los pacientes.

Los manuales que tratan de la iatrogenesis se concentran muy primordialmente en la variedad clínica. Reconocen al médico como agente patógeno junto con cepas resistentes de bacterias de hospital, plaguicidas tóxicos y automóviles mal contruidos. Aún no se ha reconocido que la proliferación de instituciones médicas, independientemente de cuán seguras sean y bien contruidas estén, desencadena un proceso patógeno social. El exceso de medicalización cambia la capacidad de adaptarse en una disciplina pasiva de consumidores médicos.

Una analogía con el sistema de transportes tal vez aclare los peligros de la medicalización excesiva que tan claramente se reflejan en el presupuesto. Es indudable que los automóviles son peligrosos. Matan más de un cuarto de los que mueren en los Estados Unidos entre la niñez y los sesenta años de edad. Si los constructores fueran mejor adiestrados, las leyes mejor aplicadas, los vehículos mejor contruidos y las carreteras mejor planificadas, menos personas morirían en automóviles. Lo mismo podría decirse acerca de los médicos: son peligrosos. Si los médicos estuvieran organizados de manera diferente, si los pacientes fueran mejor educados por ellos, para ellos y con ellos, si el sistema hospitalario estuviera mejor planificado, los accidentes que actualmente resultan del contacto entre las personas y el sistema médico podrían reducirse.

Pero la razón por la cual los transportes de alta velocidad producen accidentes en la actualidad es más profunda que la clase de automóviles que maneja la gente e incluso más profunda que la decisión de depender para la locomoción principalmente de los au-

tomóviles y no de autobuses o trenes. No es la elección del vehículo, sino la decisión de organizar la sociedad moderna alrededor de un transporte de alta velocidad, lo que convierte a la locomoción de una actividad saludable en una forma insalubre de consumo. Por bien construido que esté el vehículo o por bien programado que esté el aterrizaje, en algún punto de la aceleración, el ritmo de la máquina destruirá el ritmo de la vida. En un punto dado de aceleración, las cosas y las personas sujetas a ellas comienzan a moverse en un continuo tiempo-espacio mecanizado que es biológicamente antitético a aquel en que ha evolucionado el animal humano. Cuanto más apresurado se vuelve un mundo apiñado, más alta tiene que ser la incidencia de traumatismos consecutivos a encuentros malsanos, separaciones violentas y restricciones enervantes. Los vehículos se vuelven insalubres cuando obligan a la gente a acelerar. No es su construcción específica ni la elección de un automóvil particular de preferencia a un autobús público que hace malsano el transporte, sino su propia velocidad y la intensidad de su uso.

Este aspecto insalubre de la aceleración del tráfico, generalmente no se toma en consideración cuando se examinan los peligros del tráfico para la salud. En una bibliografía de *Traffic Medicine* que contiene 600 títulos, no encontré uno sólo relacionado con la influencia de la aceleración sobre la salud. Lo mismo puede decirse acerca de las bibliografías sobre enfermedades iatrogénicas. Más de 1.000 títulos se incluyen cada año bajo este tema en el *Standard Index Medicus*. Las personas con inclinaciones hacia lo grotesco tal vez disfruten la lectura de los sangrientos detalles, pero no encontrarán mención alguna del efecto negativo para la salud de una dependencia cada vez mayor respecto de la asistencia médica.

La proliferación de agentes médicos es insalubre no única ni pri-

mordialmente a causa de las lesiones específicas funcionales u orgánicas producidas por los médicos, sino a causa de que producen dependencia. Y esta dependencia respecto de la intervención profesional tiende a empobrecer los aspectos no médicos —saludables y curativos— de los ambientes social y físico, y tienden a reducir la capacidad orgánica y psicológica del común de las gentes para afrontar problemas. Los apartamentos modernos son cada vez más inadecuados para los enfermos, y los miembros de la familia generalmente se asustan ante la idea de que se les pueda pedir que atiendan a sus propios enfermos.

DEPENDENCIA DE LOS MEDICAMENTOS

No se necesitan médicos para fomentar la adición a la medicina. Los países pobres que no pueden permitirse una amplia dependencia respecto de profesionales, producen no obstante enfermedades por el uso compulsivo de medicamentos recetados. Hace veinte años las farmacias mexicanas vendían la mitad de las variedades de medicamentos que había en los Estados Unidos. En 1962, la ley norteamericana ordenó que los medicamentos tenían que ser de eficacia comprobada y no sólo sometió a cierto control la proliferación de medicinas. En México hay actualmente cuatro veces más medicamentos a la venta que en los Estados Unidos: se hallan en el comercio unos 16.000 artículos diferentes y su envase carece de descripción. Hace diez años, cada medicamento venía envasado con un prospecto descriptivo escrito en el lenguaje de los médicos e inútil para la mayoría, que tenía que confiar en su intuición. Pero los medicamentos eran escasos y la gente pobre; en su mayoría todavía iban con el herbolario. Hoy en día los medicamentos son más abundantes, más eficaces y más peligrosos, y la gente que gana un poco más ha aprendido a sentirse avergonzada de su



Cada vez más pacientes se enteran por sus médicos de que han sido lesionados por medicamentos anteriores.

confianza en los herbolarios y las normas dietéticas de los aztecas. El prospecto ha desaparecido y ha sido sustituido por una frase que es idéntica en los frascos de insulina, vitaminas y pastillas para dormir o controlar la natalidad: "Usese únicamente por prescripción y bajo la vigilancia médica". Por supuesto, ese consejo es simplemente un gesto piadoso, porque no hay médicos suficientes en México para prescribir antibióticos en cada caso de salmonelosis, ni farmacias que insistan en vender bajo prescripción. Con la aparición de agentes químicos eficaces, la función del médico en los países en desarrollo se vuelve cada vez más trivial; la mayor parte del tiempo se limita a prescribir sin exámenes clínicos. El médico llega a sentirse inútil aun en su trivial función porque sabe que la gente usará cada vez más el mismo tipo de medicamento no sólo sin exámenes, sino también sin la aprobación del médico. A medida que los medicamentos pasan a ser cada vez más instrumentos legal y técnicamente reservados al médico, la gente es más propensa a dañarse médicamente con esos fármacos, con o sin prescripción. La medicalización de un fármaco en realidad la hace más peligrosa. La cloromicetina es un buen ejemplo: durante un decenio fue recetada contra la tifoidea en condiciones en las que era imposible vigilar las reacciones sanguíneas del paciente y, como consecuencia, la anemia aplásica se hizo bastante común. Al mismo tiempo, la falta de una advertencia clara sobre los peligros de los medicamentos indujo a la gente a usarlos por su propia cuenta, incluso cuando otro tratamiento pudo haber sido igualmente eficaz. De ese modo, médicos y pacientes colaboraron en la creación de cepas de bacilos tifoídicos resistentes al medicamento, que actualmente se difunden desde México al resto del mundo.

El doctor Salvador Allende, finado presidente de Chile que también era médico, ha sido hasta ahora el único hombre de Estado latinoamericano que ha tratado de limitar el abuso progresivo de los medicamentos. Propuso que se prohibiera la importación de nuevos medicamentos en Chile a menos que hubieran sido primero probados en el público norteamericano durante siete años por lo menos sin haber sido retirados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos. También propuso una reducción de la farmacopea nacional a unas cuantas docenas de productos, más o menos los mismos que lleva cada "médico descalzo" chino. La gran mayoría de médicos chilenos se opusieron a la propuesta de su presidente; muchos de la minoría que trataron de traducir sus ideas en programas prácticos fueron asesinados durante la semana que siguió al golpe de Estado de los generales de 11 de septiembre de 1973.

El consumo excesivo de **drogas** médicas no se limita a zonas donde los médicos son escasos. En los Estados Unidos, los productos que

actúan sobre el sistema nervioso central son los que se difunden con mayor rapidez en el mercado farmacéutico y comprenden un 31 por 100 del total de las ventas. La dependencia respecto de los tranquilizantes recetados se ha elevado en un 29 por 100 desde 1962, período durante el cual el consumo "per cápita" de licor sólo aumentó un 23 por 100, y el consumo calculado de opiáceos ilegales, un 50 por 100. La toxicomanía medicalizada superó a todas las formas de consumo de drogas por opción propia.

El exceso de prescripciones en las economías capitalistas es un argumento favorito de las personas que desean corregir los errores de la medicina mediante controles públicos de la industria farmacéutica sobre los médicos. Según esos críticos, la práctica de administrar fármacos sin discernimiento en los Estados Unidos o en Francia puede explicarse por la presión que ejercen las compañías farmacéuticas sobre los clínicos abrumados por el trabajo. Señalan que los médicos de los Estados Unidos reciben su adiestramiento práctico más intensivo de los agentes de la industria química. En cada uno de los 350.000 médicos en ejercicio, la industria gastó 4.500 dólares en 1972 por concepto de publicidad y promoción. Pero, de manera sorprendente, el uso "per cápita" de tranquilizantes recetados por médicos está en correlación con la renta "per cápita" en todo el mundo, incluso en países socialistas, donde la actualización de la enseñanza médica o puede atribuirse a la "publicidad" de la industria privada. El médico trabaja cada vez más con dos grupos de toxicómanos: en uno receta medicamentos que forman hábito, y en el otro se encarga de atender personas que sufren las consecuencias de haberse drogado. Cuanto más rica es la colectividad, mayor es el porcentaje de sus pacientes que pertenecen simultáneamente a los dos grupos.

MEDICALIZACION DE LA VIDA

La medicalización de la vida se manifiesta como la intrusión de la asistencia a la salud en el presupuesto, la dependencia respecto de la atención profesional y como el hábito de consumir medicamentos; también se manifiesta en la clasificación iatrogénica de las edades del hombre. Esta clasificación llega a formar parte de una cultura cuando la gente acepta como verdad trivial que las personas necesitan atenciones médicas sistemáticas por el simple hecho de que van a nacer, están recién nacidas, en la infancia, en su climaterio o en edad avanzada. Cuando esto ocurre, la vida se convierte de una sucesión de diferentes etapas de salud en una serie de períodos, cada uno de los cuales requiere distintos tratamientos. Entonces cada edad demanda su propio ambiente salubroso: de la cuna al sitio de trabajo, al asilo de jubilados y a la sala de casos terminales. En cada lugar la gente tiene que seguir una rutina



médica-especial. Esta especialización degrada la calidad del hogar, de la escuela, de la calle y de la plaza del mercado. El médico comienza a apoderarse de la vida con el examen prenatal mensual, cuando decide cuándo y cómo habrá de nacer el feto: termina con su decisión de suspender las actividades de resurrección. El ambiente llega a considerarse como un útero mecánico y el profesional de la salud como el burócrata que asigna a cada quien su lugar adecuado.

La carga principal de padecimientos humanos, por lo menos desde el punto de vista numérico, está constituida por enfermedades agudas y benignas, que por sí solas siguen un curso definido que tiene su propio límite o que se limiten por unas cuantas docenas de intervenciones rutinarias. Toda enfermedad tiene en gran medida su propia evolución definida y limitada. En cuanto a gran número de afecciones, probablemente las que reciben menos tratamiento sean las que evolucionen mejor. Con gran frecuencia, lo mejor que puede hacer un médico escrupuloso es dar a su paciente el consuelo de que puede vivir con su impedimento, tal vez tranquilizarlo con la idea de que acabará por recuperarse, hacer lo que su abuela habría hecho por él y, por lo demás, dejar que la naturaleza siga su curso. El hecho de que la medicina moderna haya adquirido gran eficacia para síntomas específicos no significa que haya llegado a ser más beneficiosa para la salud del enfermo.

Esto, que es cierto respecto de estados identificados hace mucho tiempo como enfermedades, por ejemplo, la influenza, el reumatismo y muchas enfermedades tropicales, es más cierto aún respecto de estados que apenas recientemente han sido puestos bajo el control médico. La vejez, por ejemplo, no es una enfermedad en el sentido indicado, pero recientemente ha sido medicalizada. El promedio de duración de la vida ha aumentado. Sobreviven muchos más niños, aunque en gran proporción enfermizos y necesitados de asistencia institucional especial. Ha aumentado la expectativa de la vida de los adultos jóvenes, no obstante el alto índice de accidentes mortales, porque sobreviven a neumonías y otras infecciones. Pero la duración máxima de la vida no ha cambiado en absoluto. Los viejos se hacen cada vez más propensos a enfermedad. Por muchas medicinas que consuman, cualquiera que sea la asistencia que se les preste, la expectativa de vida a los sesenta y cinco años ha permanecido prácticamente sin modificación durante los últimos cien años. La medicina no puede hacer mucho por las enfermedades asociadas a la vejez, y menos aún actuar sobre el proceso mismo del envejecimiento. No puede curar las enfermedades

cardiovasculares, la mayoría de los cánceres, la artritis, la cirrosis avanzada ni el catarro común. Es verdad que a veces puede atenuarse algo del dolor que sufren los viejos. Pero, desgraciadamente, la mayoría de los tratamientos para los ancianos que necesitan atención profesional no sólo suele aumentar sus dolores, sino que, cuando son eficaces, también los prolongan. Con frecuencia el apoyo a un sistema vital hace destacar una afección más delicada o dolorosa.

El 10 por 100 de la población de los Estados Unidos tiene más de sesenta y cinco años. En esa minoría se gasta el 28 por 100 de la asistencia sanitaria. Lo que es más, esa minoría supera en crecimiento al resto de la población con un índice anual del 3 por 100, mientras que el costo "per cápita" de su atención se eleva a razón de 5 a 7 por 100 más rápidamente que la asistencia general "per cápita". A causa de esta medicalización de las edades y en paralelo con ella hay una disminución de oportunidades para envejecer con independencia. La reinterpretación de la vejez como "problema" geriátrico ha colocado al anciano en calidad de minoría que debe sentirse penosamente privado de los elementos indispensables en cualquier plano de privilegio relativo. Lo que ha hecho la medicalización a la edad avanzada lo hace también con igual eficacia a las embarazadas, las personas dependientes de la heroína o la metadona, las menopáusicas o los alcohólicos. Todos ellos forman una clientela especial y a menudo pasan de un especialista a otro. La aceptación pública de la clasificación iatrogénica multiplica pacientes con mayor rapidez que la que los médicos o las drogas emplean en medicalizarlos.

En los países pobres, la medicalización de las edades del hombre suele llamarse eufemísticamente el "proceso de modernización". En 1960, el 96 por 100 de las madres chilenas daban el pecho a sus niños hasta después del primer año. En 1970, sólo el 6 por 100 procedía de esa manera y únicamente el 20 por 100 amamantaba a sus hijos hasta dos meses completos. Las chilenas pasaron por un período de intenso adoctrinamiento político de los partidos, tanto de los socialistas cristianos de derechas como de los izquierdistas. Esta modernización ha dado como resultado que el 84 por 100 del potencial de leche humana quede sin producirse. Se necesitaría la leche de unas 32.000 vacas chilenas para compensar esa pérdida, que fue el resultado de un nuevo interés para la salud de la madre y por el acceso del niño a una fórmula completa aprobada por el médico. Al convertirse el biberón en un símbolo de prestigio, se hizo necesaria una nueva atención médica, porque aparecieron nuevas enfermedades en los niños privados del pecho y las madres carecían de competencia para atender niños que no se comportaban como los alimentados al pecho. ■ © IVAN ILLICH, "La némesis médica". Barral Editores.