



La medicina como institución de control social

Irving Kenneth Zola

La tesis de este escrito es que la medicina se está convirtiendo, en gran medida, en una institución de control social, desplazando, cuando no incorporando, el rol ejercido por las más conservadoras instituciones, como son la religión y el derecho. Se está convirtiendo en la nueva depositaria de la verdad, donde los dictámenes, absolutos y categóricos, son establecidos, por supuestos expertos, técnicos de moral neutral y aséptica. Y estos dictámenes se establecen no en nombre de la moral y/o legitimidad jurídica, sino en el de la salud. Además, este proceso no está ocurriendo a través de médicos que ostenten cargos políticos, sino que es, principalmente, un fenómeno insidioso, a la vez que discreto, realizado a partir de la sujeción a control médico de gran parte de la vida cotidiana, extendiendo la medicina y las etiquetas “sano” “enfermo” a una parte cada vez mayor de la existencia humana.

Aunque son muchos quienes se han dado cuenta de ciertos aspectos de este proceso, restringiéndolos a la psiquiatría, no lo han enfocado bien. Pues la psiquiatría, de ningún modo, ha sesgado el mandato de la medicina; de hecho, incluso, quizás, a un paso más rápido que en otras especialidades médicas, está siguiendo varias de las directrices y principios básicos de la profesión. Tampoco es resultado de algún “imperialismo” profesional, lo que nos lleva a pensar que el fenómeno es fruto de procesos o motivaciones erráticas. Si buscamos el porqué de este fenómeno, vemos que está arraigado en nuestra creciente fiebre tecnológica y en el sistema burocrático, un sistema que nos ha llevado por la senda de una dependencia no deseada hacia los expertos.

Francamente, la tesis que presentamos en las siguientes páginas, no es un argumentario definitivo, sino en construcción. Así, se basa, en gran medida, en críticas efectuadas en EEUU, aunque comentarios similares, se han dado en otras latitudes.

Perspectiva histórica

La participación activa de la Medicina en el dirigismo social no es algo nuevo; no ha aparecido, a gran escala, de manera repentina un buen día de mediados del S.XX. Como acertadamente ha señalado Sigerist, la Medicina desde sus comienzos no fue sólo una ciencia social, también un trabajo cuya práctica se vincula inextricablemente con la sociedad sobre la que opera. Esta interdependencia, quizá, se ve mejor en dos ramas que han tenido, desde su inicio, un componente social intrínseco: la psiquiatría y la sanidad pública/medicina preventiva. La sanidad pública siempre se ha dirigido al progreso social: cobertura sanitaria, vivienda, condiciones laborales, y ha usado, a menudo, el aparato estatal (legislación y poder político) para lograr sus fines: vacunas, cuarentenas. El rol de la psiquiatría es de más difícil valoración, pero si tomamos la historia de la psiquiatría como fuente analítica, entonces advertimos la casi universal remisión a uno de sus pioneros, Johann Weyer. La participación inicial y posterior de la psiquiatría en problemáticas sociales se basa en la objeción de que “las brujas no deberían ser quemadas”; para Weyer y sus discípulos, las brujas no estaban poseídas por el diablo, sino que habían quedado poseídas por sus propios problemas, es decir: estaban locas.

Desde su primer contacto con “la locura”, como una eximente en procesos penales, la psiquiatría ha ido expandiéndose hasta convertirse en la principal opción rehabilitadora de los “desviados” inimputables. La psiquiatría, al igual que la sanidad pública,

también se ha prevalido del aparato del Estado para lograr sus fines, a través de trámites legales, forzando ingresos obligatorios, con la subsiguiente privación de derechos y libertades. Sin embargo, esto no significa que las otras ramas de la medicina no participen en el dirigismo social. El tema merece una relectura. La medicina, por mucho tiempo, ha tenido una relación, de hecho y de derecho, con instituciones de control social. La relación, de derecho, se aprecia, con claridad, en el concepto “enfermedades de declaración obligatoria”: así, si un médico observa ciertos fenómenos en su consulta, está obligado a informar a la autoridad competente. Aunque ésta parece una práctica honrada y funcional, por informar de ciertas enfermedades muy contagiosas, no está tan claro en situaciones en que no hay posible propagación de infecciones (heridas por bala, intentos de suicidio, consumo de drogas, abuso infantil).

La relación de facto con el control social puede argüirse con sólo ver las polémicas habidas en los últimos dos o tres congresos de la American Medical Association. Entonces, los miembros de la AMA y demás profesionales sanitarios fueron acusados de prácticas de control social (se les acusó, literalmente, de “genocidio”): primero, por venir tratando peor a las clases menos pudientes (y proporcionando mejores tratamientos a clientes de las clases altas); en segundo lugar, de manera más sutil, dados unos recursos limitados, se están atendiendo más ciertas enfermedades, en detrimento de otras. La acusación se basaba en que la medicina se había centrado en enfermedades propias de las clases altas (cáncer, infartos cerebrales y cardíacos), ignorando las enfermedades propias de las bajas (malnutrición y mortalidad infantil).

El Mito de la Responsabilidad

No obstante, reconociendo una extensión médica que va en aumento, es fácil ver que tiene aspectos positivos, como la definitiva desestigmación de muchos problemas sociales y humanos. Así, Barbara Wootton ha afirmado: “Sin duda, dada la actitud actual hacia los comportamientos antisociales, la psiquiatría y el humanitarismo han ido de la mano. Simplemente, por ir en armonía con la “atmósfera mental” de un tiempo, como el actual, en el que la mente es el principal objeto de estudio de la ciencia, el tratamiento médico de los “desviados sociales” ha sido el principal apoyo de las acciones humanitaristas; actualmente, el trabajo social se ha prestigiado enormemente

por haber hecho uso del lenguaje de la ciencia médica”.

La aseveración supone que la participación médica en problemas sociales conduce a que dejen de estar sujetos a supervisión religiosa y penal, evitando la represión moral y punitiva, pasando esta problemática al escrutinio de la ciencia, bajo criterios terapéuticos objetivos. El hecho de que nos aferremos a esta esperanza se debe, en parte, al bagaje histórico-cultural que arrastramos —la noción “castigo” y “responsabilidad moral”—, suponen auténticos ángulos muertos. En relación a la primera, si hay una percepción de la condición humana que se haya implantado en el S.XX, es que el castigo no debe contemplarse sólo en términos físicos, ni sólo desde la perspectiva de quien lo imparte. Los delitos muy graves van descendiendo cuantitativamente, y las flagelaciones y torturas van desapareciendo, así como el uso de grilletes y cadenas. Sin embargo, nuestra capacidad, no ya deseo, de infligir dolor en los otros no parece que decline. Las formas más eficaces de lavado de cerebro no emplean contacto físico y el concepto relativismo nos dice mucho sobre los daños psicológicos de, incluso, la privación parcial de deseos, tangibles e intangibles. Así, cuando un individuo, por su “enfermedad” y tratamiento es excluido del trato con otros hombres/mujeres, y es confinado hasta que “se cure”, es forzado a someterse a ciertos protocolos médicos “por su propio bien”, quedando, en muchos casos, privado para siempre de su capacidad sexual y de su fertilidad para la procreación, con lo que no es difícil que ese paciente perciba tal tratamiento como una pena punitiva. Esto no significa que la medicina sea la última forma de tortura, sino que el dolor y el sufrimiento humano adoptan múltiples formas y que la supresión de viles mecanismos punitivos que hoy, la sociedad no admite, no necesariamente significa que su reemplazo sea del todo satisfactorio. En parte, la satisfacción que nos produjo ver apartadas las cadenas, por Pinel, pudo haber conllevado que nos olvidásemos, durante demasiado tiempo, de examinar su reemplazo.

Es el segundo aspecto, el de la responsabilidad, el que es más complejo, pues se arguye que el paradigma médico ha tenido su mayor repercusión al suprimir las condenas morales. Mientras algunos escépticos advierten que el individuo ya no es rechazado en sí, y sí lo es en cambio la enfermedad, la advertencia, empero, no va más allá. La mayor parte de analistas ha tratado de distinguir entre enfermedad y delito, en relación a la responsabilidad per-

sonal. Al delincuente se le supone responsable y, por tanto, imputable por sus actos, mientras que al enfermo no. Si bien la distinción es observada, parece, más bien, que tiene un fundamento cuantitativo, en vez de cualitativo, con juicios morales. Por ejemplo, si bien es probable que ya no se condene directamente a individuos por estar enfermos, parece que gran parte de la condena se haya desplazado. Aunque el carácter inmoral no se haya probado por la mera enfermedad, es evidente, que por sus actos lo es. Sin que resulte absurdo, si uno se fija en los rasgos de la gente que no acude a sus citas, que no sigue el tratamiento que le es prescrito o que se retrasan en buscar ayuda médica, uno encuentra una larga lista de posibles “defectos personales”.

Tales personas parecen ignorar las consecuencias de ciertas enfermedades, de sintomatología imprecisa, y son incapaces de planificar o de gestionar su tiempo, avergonzados, con sentimiento de culpa, propensos a la neurosis, traumatizados por sus vivencias en el hospital, o bien pertenecen a clases bajas/minorías étnicas/religiosas. En resumen, parece que serán un grupo social lleno de problemas, si no desahuciado. El debate no se va a zanjar con estos análisis, dado que no está claro que la moral y la responsabilidad individual hayan sido del todo desterradas de la etiología. Al mismo tiempo, dado que la etiqueta “enfermedad” se está usando para denotar “responsabilidad disminuida”, aludiendo al fenómeno en su totalidad, el concepto “responsabilidad personal” parece que vuelve a emerger en medicina. Al margen del rigor y de la luz que aporte un concepto como “stress”, y de la perspectiva psicosomática, se pone al hombre y no a las bacterias en el foco de atención, lo que conduce, por tanto, a reexaminar el papel del individuo en su propia muerte, discapacidad o incluso recuperación. Sin embargo, el asunto no debe quedar confinado a conceptos profesionales ni a su grado de aceptación popular. Como la mayoría de encuestas señalan, cuando a un individuo se le pregunta acerca de qué causa su diabetes, ataque cardíaco, infección respiratoria alta, etc., la terminología médica nos sirve de apoyo cuando sus respuestas no son del todo precisas.

Así, continuando con las encuestas, preguntamos, a modo de sondeo: “¿Cómo te contagiaste de X?” o “De tu núcleo más próximo, quiénes estuvieron expuestos a la infección X?”, entonces la pátina de racionalidad hace agua, emergiendo abruptamente la moral y la responsa-

bilidad personal del sujeto. De hecho, la pregunta “¿por qué me tiene que tocar a mí?”, supone angustia y, generalmente, es expresada en términos, más bien, morales: “¿qué he hecho yo para merecer esto?”. Se puede argüir que esto es un residuo que desaparecerá en la siguiente generación. Un estudio reciente que he efectuado, arroja cierta incertidumbre al respecto. Pedí a un grupo de cuarenta estudiantes, la mayoría entre los 17 y los 19 años, que recordasen la última vez que estuvieron enfermos, incapacitados o heridos y que anotasen cómo habrían transmitido esa experiencia a un crío de menos de cinco años. El objetivo del experimento no tenía nada que ver con la responsabilidad personal y vale la pena subrayar que no había diferencia alguna en el tipo de respuesta de aquéllos que habían tenido contacto con algún crío durante su convalecencia de los que no. Las respuestas hablan por sí mismas. Empezaron diciendo: “Me siento mal”, “siento malestar en todo el cuerpo”, “me duele una pierna”, “tengo un ojo irritado”, “me duele mucho el estómago”, “tengo un dolor terrible”, “tengo un resfriado”. La respuesta de los críos era siempre: “¿Qué hiciste mal?”. “El enfermo”, en ningún caso, corrigió la perspectiva del niño, por el contrario, en cierto modo, la compartía. Sobre bacterias: “hay buenos gérmenes y malos gérmenes, y a veces los malos...”

Sobre coger un resfriado: “Bueno, ya sabes que, a veces, cuando tu madre te dice: “abrigate bien o ten cuidado, si no cogerás un resfriado”.

Irritación ocular: “cuando usas cierto tipo de cosméticos, como el rímel, cerca del ojo, debes tener mucho cuidado, y yo no lo tuve”. Sobre una lesión en una pierna: “siempre tienes que fijarte por dónde vas y yo...”

En relación con el tratamiento, sobre cómo actúan los fármacos: “tomas esta medicina y te quita lo malo”. Sobre cómo se curan las heridas: “en tu cuerpo hay fuerzas buenas y malas y cuando hay una lesión, las buenas...” Sobre el pus: “esa es la manera en que el cuerpo se deshace de lo malo”. Sobre la recuperación, en general: “si eres un buen chico, y haces lo que el médico y mamá te dicen, sanarás”.

En resumen, en casi todos estos conceptos, desde enfermar a recuperarse, se libra una batalla moral. Esto parece más que una mera antropomorfización de un fenómeno de comunicación naif para niños. Resulta difí-

cil creer que la lengua inglesa sea tan pobre como para que se necesite un ejercicio retórico de moral para describir un fenómeno, supuestamente amoral, como es una enfermedad. En resumen, a pesar de que nos gustaría decir lo contrario, la retórica de la enfermedad no parece que conlleve una exoneración de la responsabilidad individual, la imputabilidad y los juicios morales.

La Medicalización de la sociedad

Quizá la medicina, como tal, no esté exenta de un potencial de control social y moral. La primera pregunta que surge es: ¿de qué medios dispone para ejercer tal control? Freidson ha destacado un aspecto crucial de este proceso, de una manera muy precisa: “la profesión médica, primero, ha reclamado su potestad sobre el concepto enfermedad y sobre todos sus derivados, al margen de su capacidad para abordarlas eficazmente”. Este proceso se ha ido efectuando de cuatro maneras: a través de la expansión de lo que se considera relevante para la buena práctica médica; en segundo lugar, reteniendo control absoluto sobre ciertos protocolos técnicos; tercero, teniendo acceso casi absoluto a ciertas áreas “tabú” y cuarto, a través de la expansión del concepto “hábitos saludables”.

La expansión de lo que es relevante para la buena práctica médica.

El cambio de paradigma de la medicina, desde un modelo centrado en una etiología concreta de la enfermedad a otro basado en causas múltiples, así como la mayor aceptación de nociones como medicina general, somatización, etc. ha supuesto una expansión enorme, hasta el punto de que pueden ser relevantes para la comprensión, tratamiento e incluso prevención de la enfermedad. Así, al paciente ya no le basta con comunicar sus síntomas somáticos, tiene además que comunicar los “síntomas” de su vida cotidiana, sus hábitos y sus preocupaciones. Gran parte de este fenómeno, se debe a la revolución informática: lo que hubiese sido demasiado embarazoso o engorroso en una cita vis-a-vis, ahora puede ser solicitado y analizado de forma anónima, a través de un programa informático, y, además, antes de la consulta. Al irrumpir el software, cierta garantía de privacidad se ha perdido, pues mientras muchos médicos podrían haber investigado cuestiones similares, el único depositario de tales datos era la memoria del propio médico, y sólo en pocos

casos el historial clínico. Por el contrario, el archivo informático es recuperable, transmisible y casi infinito. Pero, no sólo es el tipo de información necesaria para dar diagnósticos y tratamientos más precisos, sino su correlativa perspectiva lo que lleva al médico a situarse más allá de su consulta y de su práctica profesional.

Para rehabilitar o, al menos, paliar muchos de los estragos de las enfermedades crónicas, cada vez es más necesario intervenir para cambiar de forma permanente los hábitos de vida de un paciente- ya sea de trabajo, horas de sueño, ocio, comidas. Entonces, “para prevenir”, se profundiza la extensión de la medicina a la vida cotidiana, dado que la prevención primaria supone anticiparse al comienzo de la enfermedad. El médico no sólo debe salir a la búsqueda de su clientela, sino a menudo convencerles de que deben hacer algo ya, quizá en un momento en que el potencial paciente se siente bien o sin mayores malestares. Si, con esto, el médico no logra del paciente la prevención recomendada, entonces el mecanismo “efectivo” de intervención, sin duda, lo hará, como señaló, certero, cierto médico que trataba de hacer frente a los problemas sanitarios de un ghetto: “Cualquier esfuerzo para mejorar las condiciones de los residentes de este ghetto, no puede separarse de las acciones simultáneas que se llevan a cabo para acabar con las múltiples penurias sociopolíticas y económicas que sufren”.

Ciertas formas de intervencionismo y control social emergen, incluso, cuando la medicina viene a paliar alguno de sus tradicionales problemas, como ataques cardíacos y cáncer. Un número creciente de médicos creen que un cambio en la alimentación puede lograr el mayor efecto preventivo para un buen número de complicaciones cardiovasculares. Sin embargo, también los hay escépticos en relación a cómo hacer que la población siga las recomendaciones dadas por cierto artículo publicado en una revista de gran tirada, que llevaba por título: “Salvar el corazón: ¿Hay que seguir una dieta por decreto?”. Es evidente que cada vez hay mayor presión para que se apliquen sanciones a las empresas tabaqueras, y para que se obligue a los fumadores crónicos a dejar el tabaco. Las consecuencias que tendría tener pruebas aún mayores de las que tenemos, que vinculasen la edad a la que se da a luz, la frecuencia de práctica sexual o la ausencia de circuncisión en los varones con el cáncer cervical nos las podemos imaginar.

2.) A través de la retención de control total sobre ciertos protocolos técnicos

En especial, en relación a ciertas prácticas, consideradas por distintas instituciones como la definición funcional y jurídica de la praxis médica: la potestad para efectuar cirugía y prescribir fármacos, más allá de los límites de la enfermedad somática común. En cirugía, esto se aprecia en varias sub-especialidades. El cirujano plástico, al menos, participa de ciertos patrones estéticos (si es que no ha contribuido a perpetuarlos). Lo que era una práctica propia de esteticistas, se encuentra hoy extendida al ámbito médico, más allá del tratamiento de deformidades traumáticas o congénitas, y se han creado nuevas magnitudes anatómicas: tamaño de la nariz, tamaño del pecho, y también está tratando arrugas, flacidez, que se asociaban hasta hace no mucho con el proceso natural de la vejez.

Las alteraciones en las funciones reproductivas o sexuales habían sido durante mucho tiempo motivo de estudio para la medicina. Sin embargo, en la actualidad, las histerectomías que se practican no son demasiadas, al menos en comparación con el volumen de las enfermedades orgánicas (lo que supongan las operaciones de cambio de sexo es una incógnita). Los trasplantes, a pesar de su todavía poca frecuencia, han tenido un efecto enorme en nuestras nociones de muerte y agonía. Y en el otro extremo del continuo vital, dado que el aborto sigue siendo, principalmente, un procedimiento quirúrgico, es al médico-cirujano a quien la sociedad se dirige (y el médico-cirujano lo acepta) en busca de consejo e información.

Dada la potestad exclusiva de prescripción y valoración de fármacos, el poder del médico es aún más abrumador. Dejando a un lado nuestra obsesión con el consumo de drogas por los jóvenes, cualquier observador puede constatar, a juzgar sólo por las ventas, que el mayor incremento en la toma de drogas/fármacos en los últimos diez años no ha sido en el campo de las enfermedades somáticas, sino en el tratamiento de un buen número de patologías psicosociales. Así, tenemos fármacos para cada estado emocional: para ayudarnos a dormir o para mantenernos despiertos, para aumentar nuestro apetito o para que comamos menos, para reducir nuestro tono energético o para aumentarlo, antidepresivos o estimulantes.

Recientemente, la prensa, incluidas las revistas médicas, ha publicado artículos sobre fármacos que pueden ser eficaces ansiolíticos, que evitan agresiones, nootrópicos o pastillas que agudizan nuestra percepción, inteligencia, visión. Esto conduce a la siguiente predicción: “Veremos nuevos fármacos, mejor dirigidos, más precisos y más potentes... y muchos irán destinados a gente que consideramos sana”. Esta afirmación no fue hecha por ningún visionario escritor de ciencia ficción, sino por un antiguo miembro comisariado de la FDA.

A través de la retención de un acceso casi absoluto a ciertas áreas tabú

Se refiere a la casi exclusiva autorización de la medicina a examinar y tratar la más personal de las posesiones individuales: la operativa interna de nuestra mente y cuerpo. Sostengo que si, de alguna manera, todo puede ser mostrado, para así poder ver la operativa interna del cuerpo y en menor medida de la mente, entonces también puede etiquetarse como “enfermo” y, jurídicamente, puede padecer un “trastorno”. Estadísticamente, la implantación de esto es especialmente relevante si atendemos a sólo cuatro problemáticas: envejecimiento, adicción a las drogas, alcoholismo y embarazos. El primero y el cuarto eran considerados procesos naturales normales, y las otras dos, debilidades humanas. En la actualidad, esta percepción ha cambiado, hasta cierto punto. Así, han surgido algunas especializaciones para atender a estas nuevas demandas. Cuantitativamente, esto expande el radio de acción de la medicina a un ámbito mayor de la existencia humana, y además abre la posibilidad de dar cobertura a cientos o miles de millones de personas. En EEUU, al menos, las consecuencias de declarar al alcoholismo como enfermedad (la posible trascendencia de una sentencia pendiente del Tribunal Supremo, así como el derecho en vigor de varios Estados) reducirían las detenciones, en muchas jurisdicciones, de un 50 a un 10% y supondría el envío directo de esos “delincuentes” a instituciones sanitarias.

Sin embargo, son los embarazos, los que aportan mayor luz. En EEUU, hace apenas setenta años, prácticamente, todos los partos ocurrían fuera de las instalaciones hospitalarias y sin supervisión médica. Carezco de documentación histórica, pero así como esta extensión médica ha quedado consolidada, también lo fue la reivindicación médica de acoger en su seno una serie de pro-

cesos relacionados con dar a luz: el periodo prenatal, postnatal y el cuidado pediátrico; no sólo la concepción, sino también la infertilidad; no sólo el proceso reproductivo, sino también el proceso y los problemas de la práctica sexual; no sólo en relación a cuándo comienza la vida humana (el problema del aborto), sino también si debería permitirse (eugenesia). En parte, mediante este punto de apoyo en temas tabú, y en parte mediante la simple reducción a otros recursos, el médico se está convirtiendo, cada vez más, en el apoyo elegido por muchos que padecen problemas personales y sociales. Así, un reciente estudio elaborado en el Reino Unido, mostró que en un periodo de cinco años, había habido un notable crecimiento (de 25% a 41%) de población deseosa de consultar a un médico en relación con sus problemas personales.

A través de la extensión de lo que en medicina se consideran “hábitos saludables de vida”

Aunque, en algunos aspectos, ésta sea la principal tendencia del proceso de “medicalización de la sociedad”, se puede sintetizar fácilmente. Nos vamos a apoyar en la retórica médica y en los hechos a la hora de sustentar cualquier tesis. Lo que Wootton atribuía a la psiquiatría no lo es menos en relación con la medicina en su conjunto. Parfraseándola, actualmente, la credibilidad de toda tesis está muy reforzada, si no justificada, si se expresa el lenguaje científico- médico. Decir que muchos que usan tales etiquetas no son profesionales de la medicina es una petición de principio, pues el público sólo está atendiendo a profesionales que, cada vez más, han extendido su área de actuación a la esfera social o han reclamado tal extensión.

En política, uno escucha que la economía o el país, en general, gozan de buena o mala salud. Más concretamente, la salud física y mental de los candidatos a la Casa Blanca ha sido objeto de debate en las últimas cuatro elecciones y un libro de reciente aparición ha relacionado decisiones erráticas en política con salud enferma. Sabemos, desde hace años, que el medio ambiente está contaminado; sabemos de la contaminación acústica, y que el entorno se está degradando hasta la consunción; ahora, descubrimos que su muerte puede no estar desvinculada de nuestra propia extinción. Voy a acabar con un ejemplo mundano, si no deprimente: siempre ha habido una batalla constante entre las autoridades escolares

y sus órdenes sobre el uso de uniformes, la prohibición de fumar, etc pero recientemente la problemática fue resuelta por una administración local en EEUU al afirmar que tal prohibición era necesaria por razones de salud.

Las posibilidades y las consecuencias del control médico

La relación de actividades diarias en las que la salud puede verse afectada va en aumento y la dinámica actual parece que va a seguir aumentando sin límites. Las razones son múltiples. No sólo es que la medicina haya extendido su ámbito de aplicación para cubrir nuevas dolencias, o que los médicos se hayan comprometido profesionalmente a descubrir enfermedades, ni incluso que la sociedad siga generando enfermedad. Porque si no se hubiesen dado estos factores, aún ejercería la medicina una enorme influencia sobre la sociedad. El más poderoso estímulo empírico, a este efecto, es la toma de conciencia de, en qué medida, cada uno ha creído o cree que tiene algo orgánicamente mal, o siendo más positivos, qué se puede hacer para sentirse bien, tener buen aspecto o funcionar adecuadamente.

Los tipos de “entidades clínicas” halladas en estudios o en exámenes periódicos van del 50 al 80% de la población analizada. El estudio Peckham mostró que sólo el 9% de la población analizada estaba libre de algún trastorno clínico. Además, recelaban de esta figura y en una nota a pie de página, se señala que, primero, de ese 9% varios habían, posteriormente, fallecido de ataque cardíaco, y en segundo lugar, que la mayoría de los que estaban libres de trastorno tenían menos de cinco años. Solíamos racionalizar estos datos diciendo que este porcentaje no se traducía en hechos, dado que sólo eran estadísticas de uso médico, no muy sorprendentes, y que además no han subido mucho en los últimos tiempos. Algunos estudios recientes indican que podríamos haber enfocado mal estos análisis. En EEUU y en el Reino Unido se ha señalado que en el plazo de 24 a 36 horas, de un 50 a un 80% de adultos ha tomado uno o más fármacos.

La creencia en la omnipresencia del trastorno se refuerza leyendo la literatura médica, científica y farmacológica, donde uno encuentra una letanía creciente de acusaciones de actividades “insanas”. Del sexo a la comida, de la aspirina a la ropa, desde la conducción del coche a la práctica del surf; parece que bajo ciertas con-

diciones o en combinación con otras sustancias o actividades, si practicas demasiado o demasiado poco, supuestamente, todo te puede llevar a la enfermedad. En resumen, me he terminado de convencer de que vivir perjudica la salud. Esta observación no la hago con sorna como podría parecer, sino, más bien, que cada faceta de nuestra vida cotidiana conlleva riesgos para la salud. Estos hechos toman especial importancia no sólo al haberse convertido la salud en un valor primordial de nuestra sociedad, sino también al quedar los diagnósticos y tratamientos restringidos a unos determinados profesionales, quienes quizá de manera no deseada, están en una posición que les permite ejercer gran control e influencia sobre lo que deberíamos y no deberíamos hacer para lograr ese “valor primordial”. Freidson, en su reciente obra *Profession of Medicine* ha sido muy convincente en su análisis de por qué los expertos, en general, y en especial los médicos deben disponer de cierta autonomía en sus investigaciones, diagnosis y prescripciones. Por otro lado, cuando resulta que se limita o dirige la conducta humana por los resultados de investigaciones, diagnósticos y tratamientos, se llega a otra situación. En este tipo de decisiones, parece que, muy a menudo, el médico es guiado, no por su conocimiento técnico, sino por sus valores, explícitos o implícitos. Quizás, el asunto de los valores pueda clarificarse tomando como referencia, no por casualidad, algunos temas controvertidos para la medicina: seguridad de los medicamentos, eugenesia o el test multifase automatizado. La seguridad de los medicamentos es, aparentemente, un asunto diáfano; sin embargo, la ambigüedad de qué es medicamento y qué es seguro hace que el asunto sea más complejo.

En EEUU, durante la Prohibición, el alcohol era considerado droga y, a menudo, fue prescrito como medicina. En años más recientes, cuando se debatía en círculos médicos sobre sustancias peligrosas y drogas, el alcohol había quedado excluido del debate. Al igual que en relación a la seguridad, muchos habían aplaudido la posición juiciosa de la American Medical Association cuando afirmó la necesidad de mucha más investigación, intensa y en profundidad, sobre la marihuana y su falta de voluntad de apoyar su legalización hasta que no se recaben muchos más datos sobre sus efectos. Tal aplauso pudo haberse silenciado si el gran público hubiese conocido el informe de 1970 de la comisión de la FDA “Blue Ribbon (cinta azul)” sobre seguridad, calidad y efectos de

todos los fármacos comercializados en el mercado y legales desde 1938. Aunque horrorizados por la falta de fundamentos de cualquier tipo, pocas recomendaciones se dieron para la retirada de fármacos del mercado. Además, no hay casos registrados de ningún paciente falleciendo por sobredosis o por los efectos adversos de la marihuana, sino escritos sobre efectos adversos. En cambio, toda una serie de “drogas medicinales” son legión en el mercado actual.

En relación con el aborto, parece que las posiciones paladinas, tanto de partidarios como de detractores, necesitan de poca documentación, pero detengámonos un momento en un área donde los científicos más brillantes se están volcando: la genética. El asesoramiento genético, la cuestión sobre si la vida debe permitirse en todos los casos o no, es un campo que cada vez cobra mayor protagonismo. Dado que, cada vez, sabemos más sobre trastornos congénitos y heredados o predispuestos, y dado que el tamaño de la población, al margen de su causa, no crece tanto, propiciará ineludiblemente un intento de mejora de la calidad de vida, que se producirá. En una conferencia que debatía el interés menor que se tiene acerca de qué hacer cuando hay una probabilidad fundada de que la descendencia de ciertas parejas sea nula, hubo quien sostuvo que no era necesario promulgar leyes o promover que las mujeres abandonen su perspectiva profesional para volcarse en la maternidad. Considerando el poder e influencia de la medicina y del médico, uno de los presentes argumentó: “No hay motivo para pensar que la gente sensata no pueda ser disuadida del matrimonio si supiesen que uno de cada cuatro de sus hijos, probablemente, fuese a contraer una enfermedad hereditaria”. En este aserto, subyacen ciertos valores sobre el matrimonio y lo que es o podría ser, mientras pueda ser socialmente aceptable, aunque no compartido por todos los miembros de la comunidad. Así, hay que añadir a este argumento, contrario al matrimonio, que parecería que el médico —si fuera a comprometerse en la cuestión— debiera presentar, al mismo tiempo, otras alternativas: “Algunos padres podrían estar deseosos de dar vida, dado que de cuatro hijos, tres nacerían sanos. Dependiendo del diagnóstico, podrían asumir el riesgo y si las indicaciones fuesen negativas, abortar. Si el riesgo fuese demasiado alto, pero el deseo de ser padres siguiese latente, y dependiendo del tipo de tara, la inseminación artificial podría ser una solución. Omitiendo todos

estos argumentos, y sin querer asumir ningún riesgo, podrían adoptar a algún niño. Finalmente, queda la opción de casarse sin procrear.

Quizá sea oportuno concluir haciendo una alusión a un invento médico aparentemente inocuo, el test multi-fase automatizado. Ha sido alabado, como de gran ayuda para el médico, cuando no su reemplazo. Mientras algunos han cuestionado la validez de este test y otros temen que pueda conducir a una medicina de segunda clase para la población menos privilegiada, es evidente que su principal uso, actual y futuro, puede no ser la promoción de la salud o la detección de la enfermedad para prevenirla. Así, tres instituciones destacadas están utilizando este test o prevén hacerlo, no para tratar pacientes, sino para descartarlos. Las fuerzas armadas lo usan para desechiar a los candidatos no aptos, física o mentalmente; las aseguradoras, para rechazar a los no asegurables y las grandes corporaciones industriales para señalar “riesgos altos”. En una reciente conferencia, a representantes de estas mismas instituciones, se les preguntó qué responsabilidad tendrían o reconocerían a aquéllos a quienes habrían informado que habían sido rechazados por padecer alguna anomalía física o mental. Serenamente y de manera unánime, afirmaron: “ninguna, ni compromiso de proporcionarles alguna ayuda ni seguimiento posterior”.

Conclusión:

C.S Lewis nos advirtió, hace más de un cuarto de siglo, que el poder del hombre sobre la naturaleza es, en realidad, el poder de algunos hombres sobre otros, siendo la naturaleza su instrumento. Lo mismo puede decirse, de la medicina, considerando el poder del hombre sobre la salud y la enfermedad, dado que las etiquetas “salud” y “enfermedad” no están politizadas. Situando la fuente y el tratamiento de dolencias en el individuo, intervenciones de otro tipo, alternativas, están descartadas. Por la mera aceptación de un comportamiento específico como enfermedad y dada su definición: estado no deseable, la cuestión no es tratar una determinada dolencia/problema, sino cómo y cuándo. Así, el debate sobre homosexualidad, drogas o el aborto se centra en el grado de enfermedad aparejada sobre el fenómeno en cuestión o el riesgo que conlleva para la propia salud. Y las cuestiones de principios, las desconcertantes o morales, que plantean qué grado de libertad debería tener un indivi-

duo sobre su cuerpo, se dejan a un lado. Como hemos dicho al comienzo, esta “sociedad medicalizada” es, tanto resultado del potencial expansivo de la medicina como de la demanda de la población de usar tal potencial. ¿Por qué entonces se ha puesto el foco más sobre la expansión médica que sobre la demanda de la población? En parte, por una cuestión de espacio funcional, pero también por interés político. Puede ser que se esté acercando el momento en que ya no se puedan satisfacer las demandas de la población. Permítanme ilustrar esto con las declaraciones de dos científicos que, si leyesen este escrito, probablemente disiparían todos mis temores, calificándolos de infundados. La primera, comentando ciertas cuestiones morales, éticas y jurídicas relativas a operaciones de cambio de sexo: “Los médicos, generalmente, consideran que no es ético destruir o alterar tejidos, salvo ante enfermedad o deformidad. Interferir en las funciones reproductivas de un ser humano, plantea cuestiones morales, no sólo a los médicos, sino también al conjunto de la sociedad. La administración de una violencia física como tratamiento de desórdenes mentales (castigos corporales, lobotomía para psicóticos incontrolables y la esterilización de delincuentes) resultan deplorables para la sociedad actual”.

Afirma, como si fuese casi una constante humana, lo que no deja de ser un fenómeno reciente. Parece olvidar que había leyes en vigor que regulaban tales procedimientos durante gran parte del S.XX; que hace pocos años, un juez de California ordenó la esterilización de una madre soltera para concederle la libertad condicional, y que tales prácticas se efectuaban por científicos y médicos de la Alemania nazi. Más recientemente, diversos investigadores oncológicos contratados por el Departamento de Defensa de los EEUU, aduciendo un falso patriotismo, exponían a dosis masivas de radiación a sus pacientes moribundos, para analizar las consecuencias físicas y psicológicas en un simulacro de explosión nuclear. Ciertamente, los experimentos se detuvieron, pero tuvieron que pasar once años.

El segundo aserto es de Francis Crick, en una conferencia sobre las consecuencias de ciertos hallazgos genéticos: “Algunas de las propuestas más radicales de la genética nunca se adoptarán porque, sencillamente, la gente no las tolerará”. Advuértase que su énfasis se focaliza en la opinión pública y no en el parecer de los científicos. Sin embargo, la población, para movilizarse y contestar,

primero tiene que saber qué implicaciones tendrán tales medidas. Así, desde la consulta privada, junto con el énfasis en que ciertos dictámenes de expertos deben quedar al margen de la opinión pública, se señala que, para ciertos procesos, se evitará el parecer de la población, que no tendrá conocimiento de lo acontecido y no tendrá margen de actuación.

Voy a citar dos ejemplos: Recientemente, en un país europeo, escuché por casualidad la siguiente conversación en una unidad de diálisis de riñón. Al jefe de la unidad le estaban preguntando si había o no grupos de auto-ayuda entre sus pacientes. ¡Noo!!, dijo casi a gritos, “es lo último que quiero”. Los pacientes ya están compartiendo demasiada información mientras están en la sala de espera, haciendo que nuestro trabajo cada vez sea más difícil. Actualmente, estamos preparando un protocolo para evitar que se conozcan y hablen entre ellos.

El segundo ejemplo aporta aún más información, que el gran público desconoce.

El asunto de la fluoración en EEUU ha estado durante muchos años en el candelero político. Era un asunto político porque fluorizar el suministro local de agua, en muchas jurisdicciones, debía someterse a referéndum. Y cuando se sometía, muchas veces era rechazado. Se encontró una solución y se aprobaron leyes en distintos Estados para convertir la fluorización en una decisión de interés sanitario, que debía ser tratado, como las demás decisiones que afectan a la salud pública, por los médicos más competentes, capaces de pronunciarse en cuestiones técnicas.

Así, la clave de bóveda, aquí, es determinar qué factores son propiamente científicos y técnicos. Retornando a nuestra cautela del principio, este escrito no arremete contra la medicina tanto como hacia la situación en la que nos encontramos a finales del S.XX; para el área médica, el ejemplo por excelencia de la crisis identitaria actual se traduce en qué es el hombre o qué puede llegar a ser. Es el campo de batalla, no porque haya amenazas visibles y opresoras, sino porque son casi invisibles; no por la perspectiva y las herramientas ni porque los médicos ejercientes y demás profesionales sanitarios sean malvados, sino porque no lo son. Asusta, porque se dan elementos propios de la banalidad del mal, citando a Hannah Arendt. Y aquí el peligro es mayor, no sólo por

el proceso enmascarado como técnico, científico y objetivo, sino porque se nos vende diciendo que es por nuestro bien. Hace pocos años, un médico especuló acerca de lo que sería, con el conocimiento disponible hasta la fecha, la imagen compuesta de un individuo con bajo riesgo de desarrollar arterioesclerosis o una enfermedad arterial-coronaria. “Sería un afeminado funcionario local o un embalsamador completamente desprovisto de vigor físico y mental, sin ambición, empuje ni espíritu competitivo, que nunca se ha fijado unos objetivos; un hombre de escaso apetito, que subsiste con frutas y verduras, combinadas con maíz y aceite de ballena, que detesta el tabaco, que rechaza la televisión, la radio y los coches, sin alopecia, pero flacucho y nada atlético, eso sí, forzando constantemente sus enclenques músculos. De pobres ingresos, tensión baja, bajo azúcar en sangre, poco colesterol y ácido úrico, ha estado tomando ácido nicotínico, piridoxina y está recibiendo terapia anti-coagulante de larga duración dada su castración profiláctica”.

Así las cosas, temo, al igual que Friedson que: “una profesión y una sociedad que están tan preocupados con el propio bienestar físico y funcional, como para sacrificar la libertad civil y la integridad moral, inevitablemente va a demandar con insistencia un entorno científico similar al de las gallinas ponedoras de las granjas de alto rendimiento- gallinas que ponen huevos en gran serie y que no tienen enfermedades ni otros achaques. Ni realmente importa si, de consuno con este cuadro deprimente, nos garantizan que fuésemos a ser seis pulgadas más altos, con una esperanza de vida de 30 años más y a disponer de unos fármacos con los que aumentar nuestro rendimiento y potencialidades. Aun así, podríamos preguntar: de qué sirven seis pulgadas más de altura, en qué clase de sociedad pasaríamos esos 30 años más de vida, o quién decidirá qué potenciales se expandirán y cuáles se contendrán. Debo confesar que dado el camino andado, y con la experiencia acumulada, deseo vivir con algunas de las frustraciones e incluso errores que se cometen cuando las decisiones que afectan a individuos se toman junto con aquellos a quienes afectan. Por eso, estoy convencido de que los pacientes tienen mucho que enseñar a los médicos, así como los estudiantes a los profesores y los niños a sus padres.

Brandeis University

Traducido para CAS por Abraham Antuña