

Implicaciones culturales y sociales de la medicina

Social and cultural implications of medicine

Ilario Rossi*

RESUMEN

Hoy en día el ser humano se enfrenta al mundo médico y a los cuidados desde la concepción, a lo largo de su trayectoria biográfica y hasta la muerte. Deseada y necesaria, impuesta o rechazada, se trata de una interacción compleja y paradójica. De este modo se constituye la base social y cultural de un nuevo suceso, nos referimos a la medicalización de la vida y a la preocupación creciente por la búsqueda de la salud. Sin embargo, en nuestras sociedades los problemas contemporáneos que redefinen a la persona han transformado la estructura general de nuestra experiencia existencial, moral y corporal así como nuestros juicios y nuestras acciones. En una lógica dominada por la oferta y la demanda, la salud se ha elevado hoy día al rango de ideal supremo, de moral unánime. Es una sociedad donde la aprehensión del cuerpo ha generado paulatinamente dinámicas de relación con uno mismo, con los demás y con el mundo. Este estado es de hecho innovador y se inscribe evidentemente en un proceso histórico. ¿Cómo es que llegamos allí?

Palabras clave: Medicalización, prevención de riesgos, cuidados paliativos, medicina globalizada, antropología en salud.

ABSTRACT

Nowadays, from conception to death, by the way of their whole biographical trajectories, human beings are confronted to the world of medical care. Desired, imposed or rejected, this complex and paradoxical interaction constitute the social and cultural base on which emerge the medicalization of life and the growing preoccupation about health. However, the contemporary issues that it contained redefine the human being, through the transformation of our whole experiential, existential, moral and bodily structure as such as our judgments and actions. In a logic dominated by supply and demand, health is today improved to the rank of supreme ideal, of unanimous morality, in a society where the dynamics of developing a relationship with oneself, with others and the world, they are built more and more in the apprehension of the body. This state of fact is not new and evidently inscribes itself in a historical process. How did they get there?

Key words: Medicalization, risk prevention, palliative care, globalized medicine, anthropology in health.

* Laboratoire THEMA
(Théorie sociale,
Enquêtes critiques,
Médiations, Actions
publiques) Institut
des Sciences Sociales
Université de Lausanne,
Suiza.

Correspondencia:

IR, ilario.rossi@unil.ch

Conflicto de intereses:

El autor declara
que no tiene.

Citar como: Rossi I.

*Implicaciones culturales
y sociales de la medicina.*
Rev CONAMED 2018;
23(supl. 1): s19-s24.

Recibido: 22/10/2018.

Aceptado: 29/10/2018.

IDEAS SOBRE EL PROGRESO Y CONOCIMIENTOS MÉDICOS

En la medicina la principal fuente de progreso radica en el rigor del razonamiento científico que funciona a la vez como modelo y guía.¹ Este vínculo indisoluble le ha permitido construir su legitimidad y autoridad profesional. Esta tendencia se afirmó particularmente en el curso del siglo XX con los descubrimientos terapéuticos y farmacéuticos que se sucedieron así como con la eficacia de las estrategias clínicas que se impusieron. No obstante, la cirugía, la endocrinología, la hematología, la farmacología, la quimioterapia, la genética y la inmunoterapia han abierto nuevas perspectivas. Estos cambios constituyen progresos innegables en el conocimiento del cuerpo y el dominio de la patología, pero sus implicaciones tienen también efectos paradójicos.

El arte de sanar fundado sobre el saber empírico ancestral y sin base científica se deja de lado por el beneficio de una concepción puramente médico-técnica de la salud y la enfermedad. El papel e influencia de la lógica biomédica se ha consolidado hasta convertirse en un monopolio que se inscribe en el ámbito jurídico; mientras que otros cuidadores –parteras, homeópatas y curanderos– han visto marginado su poder de intervención. Sin embargo, en un contexto sociocultural caracterizado por la globalización, el pluralismo terapéutico es una de sus manifestaciones. Se trata de una frontera entre lo que es una práctica médica científicamente fundada y las que no lo son.²

En el curso de los años 60 participamos del apogeo del positivismo médico, pero dicha concepción culminó cuando el hospital y la clínica se convirtieron en espacios donde se expresa el detrimento de la salud. Fue así que surgieron fenómenos como la iatrogenia, los cuidados médicos domiciliarios y la expansión de la automedicación. Fue también durante esos años que el consumo de la asistencia sanitaria y de medicamentos se expandió³ y paralelamente las intervenciones médicas se diversificaron. Ejemplo de ello es el surgimiento de especialidades como la atención primaria, medicina interna, cirugía, psiquiatría,

ginecología, pediatría y gerontología. Cada una construye una mirada particular sobre lo humano, el ambiente, el cuerpo, la salud, la enfermedad y las prioridades que derivan de ello. La segmentación de la actividad médica testifica que dentro de una misma profesión se manifiesta una pluralidad de puntos de referencia teóricos y prácticos.

Los avances de la medicina científica son evidentes. El conocimiento de los procesos bioquímicos del cuerpo, los aportes tecnológicos y teóricos han dado pasos gigantescos en los campos de la inmunología y biología molecular. Se afirman los conocimientos sobre las patologías y nos demuestran que las enfermedades no sólo se vinculan a los mecanismos fisiopatológicos, sino también a la genética. La endoscopia y más recientemente las imágenes por resonancia magnética han impulsado la investigación clínica, en cuanto que proporcionan una nueva representación visual de la enfermedad. Sin olvidar el padecimiento mental, el cual ha afectado a nuestras sociedades, cada vez hablamos menos de las afecciones físicas y surgen discursos sobre el cerebro, los neurotransmisores, neuroreceptores y los niveles de serotonina. La ciencia confirma que la salud física depende de nuestra selva cerebral, compuesta de millones de neuronas conectadas a su vez por una centena de sustancias químicas que crean millones de conexiones; la ausencia de una sustancia, el desarreglo de una interacción provoca el padecimiento mental y el estrés. Ésta es la valoración del paradigma neurocerebral y su plasticidad.

Dichos conocimientos se acompañan de la capacidad de intervención de la biología del cuerpo sin precedentes en la historia de la humanidad: trasplantes de órganos, manipulaciones genéticas, células madre y clonación terapéutica. Del mismo modo, en el ámbito de los medicamentos observamos lo que debe calificarse como una sobreinversión material y simbólica producción, consumo e instrumentalización. La «farmaceutización»,^{3,4} que acompaña la prescripción de medicamentos, no apunta solamente a ser eficaz contra las enfermedades, sino que se transforma en un operador indispensable en la gestión de fenómenos tales como la fecundidad, muerte, nutrición, anemia, emociones y fragilidad física.

El uso del medicamento sin duda no sólo hace desaparecer o atenúa estas situaciones existenciales, sino que al mismo tiempo contribuye a que su consumidor asuma una identidad específica. Es así que todo parece contribuir a la consolidación de una ideología sobre el progreso médico y de su corolario, la medicalización de nuestras sociedades.

**DE LO CURATIVO
AL ENFOQUE PREVENTIVO;
SIN OLVIDAR LO PALIATIVO**

Las dinámicas relacionadas con la expansión de la medicina es lo que conocemos bajo el nombre de «medicalización».^{5,6} Por un lado están vinculadas a la progresión de los conocimientos científicos y a las competencias profesionales. En ese sentido, el conjunto de especializaciones somáticas y psiquiátricas en su intento por controlar el cuerpo, sus expresiones mentales y emocionales, también ha repercutido en las formas de organizar la vida social de los seres humanos. Se trata de un abordaje biomédico que secciona la vida en categorías de edad, segmenta el cuerpo en diversas zonas y sus manifestaciones patológicas en múltiples tipologías. Se trata de diversos «objetos científicos» que corresponden a las especialidades médicas; es decir, el enfoque biomédico tiende gradualmente a someter la complejidad de lo humano a su lógica.

Por otro lado, la medicalización es también un fenómeno social y político. El peso del «saber médico» se expresa en los debates sobre el aborto inducido, la fecundación artificial, las manipulaciones genéticas, el momento de la muerte y la eutanasia, la responsabilidad o la irresponsabilidad de un criminal, la incapacidad laboral, las obligaciones militares y hasta las facultades de los jefes de gobierno al ejercer su función. Todos estos fenómenos nos demuestran que la sociedad entera se medicaliza. No obstante, no se trata de un problema de fronteras entre la medicina y la sociedad, más bien es una cuestión de interfaces y articulaciones.

En este contexto el concepto de salud también se modifica, inscrito durante largo tiempo en una visión biológica y en una idea sobre el funcionamiento

óptimo del cuerpo. En la actualidad se abre a las consideraciones de orden sistémico que ponen en juego las interrelaciones entre el cuerpo, el perfil genético, la psique, el ambiente social, cultural, económico y ecológico, los hábitos, los comportamientos de vida y los derechos de los cuidados. De tal modo que después de los años 80, a las competencias sobre el aspecto curativo se ha agregado poco a poco el enfoque preventivo, por lo que el paradigma biomédico ha abarcado la anticipación del aspecto patológico.

Los enfoques preventivos, lejos de reducirse a las campañas de vacunación, se concretizan en estrategias que tratan de evitar riesgos potenciales para la salud. Abren el conocimiento biomédico a los comportamientos sociales que consideran potenciadores que ponen en peligro la seguridad de la vida. En consecuencia, la lógica del riesgo sanitario a nivel individual y colectivo deja de ser un privilegio exclusivo del ámbito de la salud, actualmente abarcan los dominios de la vida en sociedad, ecología, política, ámbito social, educación, interacciones y emociones. Es la llamada «sociedad de riesgo»⁷ la que difumina todas las fronteras entre los países, los géneros, las instituciones y los símbolos. Se reconfiguran los peligros y las prioridades contemporáneas. En este sentido, el corolario inmediato ha sido la proliferación de los riesgos, entendidos como el aumento de las necesidades –insaciables– a fin de alcanzar la seguridad. Pero el riesgo, en cuanto que noción proliferante, persiste no necesariamente porque puede abordar la incertidumbre y dar una lectura clara, sino por su capacidad de anticipar el porvenir para integrarlo plenamente al presente.

Las competencias médicas se inscriben en esta nueva cultura planetaria y la alimentan. De tal modo que la prevención y los riesgos de las enfermedades están en progresión continua y se integran a un proceso definido por las certezas de la biomedicina y la epidemiología. De esta convergencia, la salud pública da origen a un conjunto de normas, valores y saberes que intentan gestionar el cuerpo.⁸ Esta gestión, producto de una larga maduración, encuentra su enraizamiento en un reformismo de visión universal, a partir del cual los poderes

políticos y saberes científicos pretenden influir en todos los dominios del progreso de la humanidad, especialmente en el ámbito de la promoción de la salud y la lucha contra la enfermedad. Así, la salud pública funda sus estrategias sobre el principio de la responsabilidad individual, invocando en cada uno la prevención de los riesgos identificados. Si los individuos tienen derechos como la salud, están igualmente sujetos a los deberes. Una buena alimentación, hacer ejercicio, evitar el abuso de alcohol y cigarrillos, controlar sus emociones y el estrés son los secretos bien conocidos y aparentemente simples de una buena salud. Por tanto, cambiar los modos de vida es una tarea ardua: si el potencial emancipador de los principios de la salud pública es indiscutible, su discurso no es menos moral, ya que tiende a promover las condiciones ambientales e influir en los comportamientos individuales con el fin de propiciar un estado de salud favorable, pero al mismo tiempo puede restringir la libertad individual.

La construcción de categorías relacionadas con la prevención no sólo da cuenta de valores ideales y normas que involucran la salud del individuo, también le permiten justificar su poder de intervención en el ámbito social. De este modo, en el accionar de la salud pública radica la intersección del bienestar individual y un proyecto sanitario colectivo, pero en el centro de esta polaridad los profesionales de la salud son el enlace ineludible, pues participan en la regulación social que se traduce en una empresa de dominio cultural, ya que se trata de un proceso en el cual una cultura dominante trata de imponer su sistema de valores y accionar a varias culturas dominadas. Es desde esta perspectiva que necesitamos comprender los planteamientos de la promoción de la salud, que tiene por objeto sensibilizar a todo actor social sobre el proceso de salutogénesis y la gestión óptima de su capital de salud personal.⁹

Con la institucionalización de los cuidados paliativos vemos nacer una aspiración social que involucra la muerte sin dolor y sin sufrimiento.¹⁰ Esta búsqueda es legítima, pero no puede pensarse sin el soporte y los conocimientos especializados de la medicina. Las consideraciones que han guiado su génesis pueden verse como una respuesta

colectiva ante el miedo a la muerte, lo que se pretende es garantizar la dignidad de la persona moribunda. Es un ámbito que involucra la lucha contra el dolor y el sufrimiento engendrados, en muchos casos, por las situaciones durante el fin de la vida como el rechazo hacia «el encarnizamiento terapéutico», los límites y la pertinencia de la medicina curativa. Los cuidados paliativos encarnan así la voluntad de rechazar lo arbitrario sin dejar nada al azar, apuntan a garantizar una clínica que pueda englobar los tratamientos médicos, los cuidados de soporte, el acompañamiento del cuidador, el sostén psicológico, social y espiritual con el objetivo de mejorar la calidad de vida de las personas gravemente enfermas y apoyar a sus seres queridos. El enfoque de los cuidados paliativos no difiere en mucho del curativo, pues se aspira a la creación de una cultura profesional compartida, de carácter transversal e interdisciplinario así como al fortalecimiento y la renovación de habilidades dentro de cada profesión.

Los cuidados paliativos se apoyan en fundamentos científicos, en una cultura de la relación y la pericia clínica desde el punto de vista de su estatus profesional y de su organización institucional. Tal respuesta está llamada a coordinar múltiples registros: los derechos y las decisiones del enfermo y su familia, el rigor de las metodologías y del lenguaje científico, los aspectos clínicos y terapéuticos, las dimensiones relacionales y comunicacionales, las limitaciones ejercidas por la economía de mercado sobre las políticas de salud. Frente a la certitud biológica, al inevitable fenómeno natural que es la muerte, los cuidados paliativos se distinguen radicalmente del suicidio asistido, no solamente por los valores que transmiten, sino también por la preocupación de la profesionalización que los impulsa.

Esta reivindicación de pericia profesional se atribuye a los aspectos biológicos y psicológicos relacionales de la enfermedad, valorizan una visión singular y subjetiva de la finitud que aprehende del proceso de morir como un cumplimiento individual. Reducida a sus premisas temporales tales como la degradación biológica y la autonomía del individuo, la muerte se define por defecto como un acontecimiento precedido por una serie de problemas a

solucionar. Su resolución sólo puede ser médica y a través de cuidados.

SUJETO, SOCIEDAD Y MEDICINA

Las perspectivas médicas curativas, preventivas y paliativas –que constituyen al mismo tiempo los tres sectores sanitarios de la salud pública– interfieren a lo largo de la vida en el camino individual, pero sabemos que se inscriben en el centro de un contexto colectivo.¹¹ De esta manera el individuo, la comunidad, la medicina y la sociedad se encuentran interconectados. Al mismo tiempo, el umbral de tolerancia a la enfermedad no disminuye, por lo que la demanda de cuidados aumenta: la proliferación terapéutica y preventiva pone en tela de juicio la medicalización y farmacéuticalización.

Esta tendencia es general, define una serie de problemáticas transnacionales en cuyo núcleo actúan las estrategias de salud, especialmente la movilidad de saberes científicos, el surgimiento de una medicina globalizada, la eficacia de sistemas de salud, la globalización de actividades de las empresas farmacéuticas y la circulación de los profesionales de la salud. Sin embargo, esta misma tendencia sólo puede comprenderse en un contexto local o de múltiples elementos sociológicos, culturales, políticos e institucionales específicos que se suman a las particularidades epidemiológicas.^{12,13}

Las apuestas son altas: la globalización, la ideología humanitaria y el derecho a la salud transforman la voluntad de controlar y anticipar la enfermedad y sus efectos, pero también los costos asumidos por la colectividad en una norma política colectiva. Estos retos políticos de la salud son tan importantes como la historia del pensamiento y de las acciones médicas, por lo que pueden disociarse de las mentalidades y de la época en las que se inscriben. Estamos al parecer al final de un ciclo en el que se enfrenta la sensación de fragilidad inducida por las transformaciones contemporáneas, se mezclan conflictos de interés, tensiones de identidades y exigencias normativas. Según esta perspectiva alentar la adecuación de los

pacientes y de los usuarios al proyecto biomédico contemporáneo induce a la reformulación del estatus y del lugar del ser humano –mujeres y hombres– al encarar la salud y la enfermedad.¹⁴ En ese sentido, un sujeto racionalizado se vuelve normalizado: se somete a la optimización.¹⁵ De tal manera, la enfermedad depende de lo individual, mientras que la salud participa del colectivo y se define como una construcción social y políticamente elaborada cuyos límites constantemente se discuten.

Al parecer es necesaria una nueva mirada educativa: se trata de evitar que en la búsqueda desesperada del bienestar y de la seguridad se culmine en la implosión y la amargura. Estamos lejos de aceptar los planteamientos provocativos y lapidarios que ven en la empresa médica una amenaza para la salud, donde la medicina y sus corolarios son considerados como el factor patógeno predominante: la aceptación social del diagnóstico objetivo se convierte en un elemento patógeno en el sentido subjetivo.¹⁵ Ya no es posible ocultar la relación entre la salud supuestamente objetiva y la salud subjetiva, lo que conduce a tener que reapropiarse de su propia persona en un cambio de paradigma: las relaciones de cada individuo con los demás son igualmente importantes que las relaciones de la ciencia con su objeto. La antropología en salud está en el centro de este debate.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lock M, Nguyen VK. *An anthropology of biomedicine*. London: Wiley-Blackwell; 2010.
2. Cohen P, Rossi I. *Le pluralisme thérapeutique en mouvement. Anthropologie et santé*. 2011; 2. Available in: <https://journals.openedition.org/anthropologiesante/606>
3. Bell SE, Figert AE. Medicalization and pharmaceuticalization at the intersections: looking backward, sideways and forward. *Soc Sci Med*. 2012; 75 (5): 775-783.
4. Desclaux A, Ergrot M. *Anthropologie du médicament au Sud. La pharmaceuticalisation à ses marges*. Paris: L'Harmattan, 2015.
5. Aïach P, Delanöe D. *L'ère de la médicalisation. Ecce homo sanitas*. Paris: Anthropos; 1998.
6. Saillant F, Genest S. *Medical anthropology: regional perspectives and shared concerns*. London: Wiley-Blackwell, 2006.
7. Beck U. *World risk society. Toward a new modernity*. Cambridge: Polity Press, 1999.

8. Fassin D, Houvray B. Santé publique : l'état des savoirs. Paris: La Découverte, 2010.
9. Massé R. Culture et santé publique. Les contributions de l'anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé. Montréal: G Morin Editions 1995.
10. Rossi I. (Edit). Sciences sociales et soins palliatifs. Revue internationale de soins palliatifs. Genève: Editions Médecine et Hygiène; 2010.
11. Good BJ. Medicine, rationality and experience. An Anthropological Perspective. Cambridge: University Press, 1994.
12. Baer HA, Singer M, Susser I, Medical anthropology and the world system. Westport: Greenwood Publishing Group, 2003.
13. Farmer P, Kleinman A, Kim J, Basilio M. Reimagining Global Health, An Introduction, Berkeley: University of California Press, California Series in Public Anthropology, 2013.
14. Hours B. Systèmes et politiques de santé: de la santé publique à l'anthropologie. Paris: Karthala, 2001.
15. Illitch I. Oeuvres complètes. Paris: Fayard, 2004.