



## EL PROCESO DE MEDICALIZACIÓN Y SUS CONSECUENCIAS. ENTRE LA MORAL, EL PODER Y EL NEGOCIO

**Susana Rodríguez Díaz**

Universidad Nacional de Educación a Distancia

### Introducción

Vivimos en una época en la que la medicina nos ofrece continuamente nuevas posibilidades fruto de sus avances en investigación. Sin embargo, también se están haciendo cada vez más audibles las voces de desconfianza hacia una ciencia que, en virtud de los principios en los que se fundamenta -como la especialización o la aplicación de protocolos estandarizados-, tiende a olvidar que ni cada porción de nuestro cuerpo se puede entender sin tener en cuenta el conjunto del que forma parte, ni se puede comprender la enfermedad de un ser humano sin detenerse en su contexto cultural y personal, lo que precisaría de un enfoque más global. Se parte, además, de una visión del cuerpo humano mecanicista y materialista, que no sólo no nos califica como seres dotados de emociones, sino que tampoco nos considera como parte de la naturaleza, en armonía con ella, pues esta constantemente parece golpearnos con nuevas enfermedades que sólo pueden ser curadas por los médicos. Según esta manera de pensar, existen límites nítidos entre salud y enfermedad, siendo la enfermedad desorden e invasión, algo anómalo que hay que combatir, en virtud de una concepción idealizada de salud, que no sólo es normativa, sino también inexistente.

Asistimos, pues, al dominio de un reduccionismo biologicista que se ejerce en investigaciones sobre enfermedad, conducta e inteligencia, y que oscurece la idea de que el concepto de enfermedad se construye socialmente a partir de variadas percepciones que un fenómeno juzgado anómalo desde una determinada idea de salud suscita en grupos sociales en el marco de un contexto sociocultural específico. Esta situación se refleja tanto en las líneas de investigación sobre las enfermedades humanas dominantes como en su eco mediático. Aumenta el apoyo a opciones reduccionistas y tecnocráticas, y los resultados de tales investigaciones se difunden en los medios de comunicación de masas que nos hablan de descubrimientos aparentemente definitivos sobre la base genética de realidades sociales como la esquizofrenia, la homosexualidad, o los comportamientos antisociales (Arrizabalaga , 2000:75-76).

La biomedicina se caracteriza, además, por el énfasis que pone en el paradigma científico (positivista) como método unitario de conocimiento de pretensiones universales y ortodoxas, intolerante con otros saberes de carácter holístico, vitalistas, plurales o dialécticos. Este paradigma parte de una concepción materialista-física de la realidad en la cual lo psicológico y lo social son epifenómenos que cubren la “verdadera” realidad. Se centra además en una oposición dual (normal/patológico, mente/cuerpo, masculino/femenino, ciencias du-

ras/blandas) que se traduce en una visión unicausal y reduccionista de la patogénesis de los fenómenos sanitarios (Kleiman, 1995).

Además, la neutralidad ética/ideológica de la ciencia médica es falsa, pues rechaza el papel epistemológico de la subjetividad y las emociones, tendiendo a atomizar y homogeneizar a los individuos y a apreciar la enfermedad de forma ontológica y descontextualizada, negando la idea de que no existen enfermedades, sino enfermos (Haro Encinas, 2000: 107-108).

A lo largo de las líneas que siguen exploraremos, con ojos críticos, algunas de las características de la medicina moderna, intentando demostrar que el continuo proceso de medicalización que tiene lugar en nuestra sociedad la ha convertido en herramienta de poder y forma de control social, en una cultura en la que triunfa el "culto" al cuerpo, es decir, el ideal de la salvación del cuerpo a través de lo que podríamos llamar una religión de la salud cuyo objetivo último es una utopía de juventud y vida eternas.

Intentaremos, asimismo, desarrollar algunas de las consecuencias que, para nuestras vidas, tiene tal proceso, como la pérdida de autonomía, la dependencia de los medicamentos y del modelo hospitalario, o la invención constante de nuevas enfermedades, pues curarlas se ha convertido en un negocio formidable. También nos detendremos en algunas ideas alternativas a las de la medicina más ortodoxa, que implican otras maneras de concebir la salud y la enfermedad y, por tanto, al propio ser humano.

### **Saber y poder: la ciencia médica**

Como punto de partida, puede ser de interés extraer algunos de los conceptos desarrollados por Michel Foucault (1992:33-34) cuando sostiene que las relaciones de poder no se pueden establecer ni funcionar sin una producción, acumulación y circulación de saberes. El poder, pues, produce y transmite efectos de verdad que, a su vez, lo reproducen. En nuestra sociedad, el poder se caracteriza por vigilar, controlar y corregir (Foucault, 1998:117). Se controla el tiempo de los individuos mediante distintas instituciones (pedagógicas, médicas, penales, industriales). Se controlan los cuerpos para generar una disciplina general de la existencia, con el objetivo de fijar a los individuos a aparatos de normalización (por ejemplo, la fábrica liga al aparato de producción, la escuela fija a un aparato de transmisión del saber y el hospital psiquiátrico, al igual que prisión y reformatorio, vincula a un aparato de corrección).

La medicina, para Foucault, puede ser considerada como un poder-saber. Un saber al servicio del poder, un poder que se vale de saberes concebidos como verdaderos e incuestionables. Sin embargo, tanto la medicina occidental como la ciencia en general son tan sólo sistemas de pensamiento y representaciones de la realidad, y no la realidad misma. La medicina está vinculada con el conjunto de la cultura, y la transformación de las concepciones médicas está condicionada por las transformaciones de las ideas de cada época.

Conviene insistir en este punto, pues la postura que, frecuentemente, se toma hacia la ciencia es la de tratarla como algo sagrado que se mantiene a distancia respetuosa porque se piensa que sus atributos están por encima de creencias, prejuicios o hábitos. Mary Douglas (1991:xv-xx) invita a reflexionar acerca de cómo la actual visión de nosotros mismos como cultura nos ha llevado a creer que la ciencia respalda la veracidad de teorías empíricamente validadas, sin reparar en que todos los procesos cognitivos están politizados, y que nuestro conocimiento del mundo siempre es fragmentario.

También David Bloor (2003:90-96) considera que a la ciencia y al conocimiento se les puede dar el mismo tratamiento que los creyentes dan a lo sagrado. En las sociedades avanzadas, se asume que el trabajo de la ciencia procede de principios diferentes de los que operan en el mundo profano, lo que hace que se la mantenga aparte para protegerla de la contaminación que destruiría su eficacia, su autoridad y su poder como

fuerza de conocimiento. Esto, para autores como Turner (1984), guarda relación con el hecho de que, en la sociedad occidental moderna ha tenido lugar un proceso de secularización que no ha implicado declive, sino mutación, de las funciones religiosas, que han sido transferidas, con un nuevo ropaje, a instituciones seculares, perspectiva implícita en la obra de Max Weber (1989). Como veremos más adelante, se puede decir que con el proceso de medicalización, el médico se ha convertido, en nuestra sociedad, en una nueva figura sacerdotal.

Para Lizcano (1999), ideología científica es la forma más potente de ideología que existe en nuestros tiempos, pues su pretensión de constituirse en metadiscurso verdadero por encima de saberes y opiniones particulares, la convierte, precisamente, en ideología dominante. Además, su función ideológica queda oculta por su eficacia a la hora de presentar lo particular y construido como universal y necesario. Para este autor, el mito de la ciencia es el más intransigente de todos los mitos de que se han dotado las diferentes culturas.

Sin embargo, la percepción de los logros científicos y médicos ha conducido a muchos occidentales a asumir que sus representaciones de la enfermedad son más verdaderas, y que constituyen la culminación de un proceso histórico progresivo y gradual. Ocurre así, por ejemplo, cuando la medicina científica de finales del siglo XIX y principios del XX se apoya en la idea del laboratorio como escenario donde se ha conseguido un método fiable y riguroso para objetivar la realidad de la salud y enfermedad humanas (la investigación experimental). Asimismo, la teoría bacteriológica, que a partir de 1870 permitió impulsar las investigaciones médicas sobre causas, prevención y tratamiento de enfermedades infecciosas, fue considerada como la clave para la comprensión de enfermedades terribles como la peste permitiendo, asimismo, presentar la historia de la medicina como lucha de la evidencia y el sentido común contra la estupidez (Arrizabalaga, 2000:72-74).

### **Medicina, moral y control social**

Como ya se ha comentado, hay quien sostiene que el ejercicio de la medicina ha ido desplazando a la organización moral del individuo mediante las prácticas religiosas. Es el caso de Ivan Illich (1975, 1981) y Michel Foucault (1968, 1999).

Según este último, tras la revolución francesa, nacieron dos grandes mitos: por un lado, la existencia de una profesión médica nacionalizada e investida -en el nivel de la salud y del cuerpo- de poderes parecidos a los que el clero ejercía sobre las almas, lo que se traduce en una medicalización rigurosa, militante y dogmática de la sociedad que implica que la asistencia a los enfermos se convierta en servicio de carácter gratuito, obligatorio, público y controlado. Por otra parte, surge el mito de la desaparición de la enfermedad, que significa "volatilización de una enfermedad en un medio corregido, organizado y vigilado sin cesar, en el cual la medicina desaparecería al fin con su objeto y su razón de ser" (Foucault, 1999:57).

La medicina no se preocupa, por tanto, solamente de las técnicas de la curación, sino también de obtener un conocimiento del hombre saludable que es tanto una experiencia del hombre no enfermo como una definición del hombre modelo. Al adoptar una postura normativa, no sólo da consejos de vida saludable, sino que se considera con derecho a regir las relaciones físicas y morales del individuo y de la sociedad. Esto significa tanto la bipolaridad entre lo normal y lo patológico<sup>1</sup> como la convergencia entre ideología política e ideología médica (Foucault, 1999:49-65).

---

<sup>1</sup> La aportación de Canguilhem ha sido fundamental a la hora de conceptualizar la relación entre estos dos términos. Su obra, titulada precisamente *Lo normal y lo patológico*, fue publicada por primera vez en 1943. Según este autor, la norma no es natural y preexistente, sino algo que se propone como modo de unificación de una diversidad, de reabsorción de una diferencia. Toda referencia a un orden posible viene acompañada por la aversión del orden posible inverso, normalmente de forma implícita. Así, se puede observar cómo en distintos medios y culturas, el mismo hombre se puede concebir como normal o anormal, aunque sus características sean las mismas.

Así, escudándose en la objetividad que tiene como ciencia, la medicina acaba por dar recetas de vida buena que se presentan como ciertas e indiscutibles, utilizando categorías que no son neutrales sino, más bien, expresión de cuestiones de carácter moral, político y social. Esto permite hacer de esta ciencia una herramienta para el control social, lo que acaba por socavar la autonomía de ciudadanos que dependen cada vez más de medios institucionales a la hora de decidir acerca de sus hábitos, pues son instancias exteriores a ellos las que les proporcionan criterios de comportamiento y normalidad.

Por ejemplo, hasta hace relativamente poco tiempo, se nos invitaba a la restricción y moderación en materia de sexo. En la actualidad, se nos invita a más y mejor gratificación sexual, hasta el punto de que el celibato se ha convertido en una desviación, utilizándose cirugía y medicamentos para aumentar el placer sexual, y moviéndonos hacia una uniformidad en la que se anima a las mujeres a parecer portada de Playboy y a los hombres a buscar la perfección priápica. Parece que vamos hacia una tiranía de la genitalidad sexual que establece una asociación entre la experiencia sexual y la calidad de vida, ignorando las dinámicas sociales e interpersonales (Hart y Wellings, 2002).

La autoridad médica en este campo tiene una larga historia, pues ya en el siglo XIX había etiquetas que distinguían “perversiones” de “comportamientos aceptables”. La tradición que considera a la enfermedad como un castigo por pecar continuó cuando la sexualidad se medicalizó. La psiquiatría, como arma moral de la medicina, desempeñó un papel central a la hora de desarrollar la idea de que algunos comportamientos sexuales son expresiones de enfermedad. El *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, publicado por primera vez por la Asociación Americana de Psiquiatría en 1952, describía comportamientos susceptibles de tratamiento. Este manual tuvo gran influencia a la hora de sostener juicios acerca de los comportamientos sexuales que requerían intervención médica. Por ejemplo, los homosexuales, antaño considerados como pecadores, eran etiquetados como enfermos mentales. Se les podía tratar en instituciones mentales, con tratamientos hormonales e, incluso, se les castraba. Hasta 1973, la Asociación Americana de Psiquiatría no afirmaría que la homosexualidad no es patológica curándose, de la noche a la mañana, millones de personas (Blech, 2005).

Otro autor para quien es innegable la analogía entre religión y medicina es Thomas Szasz (1996:49-50), ya que las intervenciones médicas terapéuticas privan a la persona de su libertad y los pacientes son penitentes de sus médicos-sacerdotes, siendo la iglesia de la medicina la que define las reglas del juego. La coacción estatal hace que, donde ha fracasado la religión, haya triunfado la medicina, pues viola nuestro vocabulario, nuestras categorías conceptuales, llamando al encarcelamiento *hospitalización*; a la intervención, *tratamiento*; a las personas, *pacientes*; a la tortura, *terapia*; a los individuos que no se quejan, *sufrientes*; a médicos y personas que infringen la libertad y la dignidad, *terapeutas*. Además, existe un desplazamiento del poder de las instituciones dedicadas a protegernos al de quienes nos ayudarán, querámoslo o no.

### **El proceso de medicalización**

Como estamos viendo, medicalización significa que buena parte de nuestro comportamiento pueda ser sujeto a controles médicos. Lo son los distintos ciclos de la vida, lo son las pequeñas molestias y ansiedades, lo son lo que antes eran pecados y muchos crímenes.

En esta línea, Oriol Romani (1999:39) afirma que, como consecuencia del proceso de medicalización, aspectos cada vez más amplios de la vida personal y social de la gente se convierten en objeto de preocupación, estudio, orientación y, en definitiva, control, por parte de la corporación médica. Esto incluye tanto esos “mil dolores pequeños”, es decir, tanto de las pequeñas cosas de cada día (dolores de cabeza, de barriga, de huesos o pequeñas heridas) como otra categoría de dolencias, como las denominadas enfermedades, hasta

todas aquellas actividades ligadas al estilo de vida y que, de un modo u otro, se han relacionado con la posible aparición de distintas morbilidades: desde el embarazo y el parto, hasta la obesidad o los pies planos.

La medicalización de la vida cotidiana ha convertido, por tanto, a la medicina y a las etiquetas de “enfermo” y “sano” en algo para una parte cada vez mayor de la existencia humana. Así, problemas como alcoholismo, pobreza, problemas emocionales, delincuencia, toxicomanías, embarazos no deseados, abortos, minusvalías, cambios de sexo, depresión, no dormir bien, no comer bien, comer demasiado o no tener suficiente energía acaban por ser susceptibles de intervención médica (Zola, 1981:35-60).

Para Illich (1975:53-54), la medicalización de la vida se manifiesta en hechos como la dependencia respecto de la atención profesional y el hábito de consumir medicamentos, así como en la existencia de una clasificación iatrogénica de las edades del hombre, clasificación que forma 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, o están en su infancia, 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.

En la actualidad, el Estado tiene interés en la medicina preventiva para la promoción de la salud en poblaciones que envejecen con rapidez, lo que hace que intervenga cada vez más en la regulación de las conductas que afectan a la salud. La adopción de hábitos saludables -ejercicio, dieta y evitamiento de drogas- reducen la intervención médica curativa. Esto convierte al que se cuida en ciudadano responsable y al que tiene hábitos inadecuados -falta de ejercicio, mala alimentación y adicción a las drogas- en desviado y antisocial; la enfermedad es el castigo que se recibe por no llevar una vida saludable, además de una carga para el Estado (Turner, 1984:271).

Esto es así porque, desde finales del siglo XVIII<sup>2</sup> los representantes de la economía política clásica establecieron una relación entre trabajo, población y riqueza que permite que la felicidad de las naciones se asocie a la salud. A principios del siglo XIX, la salud se había convertido en un asunto público; la medicina moderna nacería dentro de un proyecto político que pretende construir una nueva sociedad basada en salud, trabajo y riqueza para todos. Para evitar contagios y enfermedades, se adoptaron medidas higiénicas que exigen policía y limpieza, elaboración de tipologías médicas e inspecciones sistemáticas. La medicina reparaba los efectos del mercado autorregulador, restaurando la fuerza de trabajo y contribuyendo al restablecimiento del orden social.

Este proceso culminaría con la creación del Estado del Bienestar, encargado de reglamentar las relaciones sociales, de redistribuir beneficios, así como de intervenir en la economía. La política de seguridad social está relacionada con el nuevo concepto de salud que propone la OMS en 1947: "estado completo de bienestar físico, mental y social". Vemos así como, de un concepto reparador de salud se va pasando a la salud como bienestar total.

A partir de este momento, las demandas e inversiones en salud se ven aceleradas ya que, de la curación y prevención, se pasa a la promoción de la salud. La medicina tiene que facilitar un bienestar para todos, lo que posibilita que entren en el mercado de la salud sin límites un ejército de expertos en cuerpos y almas que aplican diversas técnicas relacionadas con la autoestima y los modos de presentación. En medicina, desde los años sesenta, surgen nuevos saberes y prácticas, sistemas de diagnóstico y tratamientos; en nombre de la prevención de la enfermedad se realizan chequeos, análisis y autoexploraciones, que tienen como resultado último la creación de maneras de vivir que llevan aparejadas cánones éticos y estéticos. Las técnicas de salud desempeñan, por tanto, una función de control social blando que se orienta a optimizar las capacidades

---

<sup>2</sup> Estos apuntes históricos proceden, principalmente de Varela y Alvarez-Uría, 1989.

individuales, a estimular la creatividad soterrada en cada sujeto en nombre de una racionalidad técnico-científica que desplaza los asuntos públicos, los problemas políticos, del ámbito de las expectativas y de las preocupaciones personales.

Progresivamente va perdiendo atractivo el concepto de Bienestar y surge el de Bienestar Total, que se relaciona con experiencias concretas, hábitos y estilos de vida (influencia del conductismo). Hoy se habla de calidad de vida, de satisfacer necesidades, de ser felices. Se diseña un ciudadano inmaduro, infantilizado, consumidor inerme ante contrariedades, incapaz de manejar sus frustraciones (Casco Solís, 1996:37).

La época del bienestar finaliza con la crisis económica de los años setenta -con el aumento del desempleo, flexibilización de las relaciones laborales, polarización creciente y aumento de riesgos a escala mundial- y el surgimiento de lo que denominan el Estado de la Crisis. Los servicios de salud entran en la era del *management* científico; el Estado define las grandes líneas de política sanitaria y social, coordina y planifica prestaciones pero, al tiempo que define una política general y asegura unos servicios mínimos, delega en poderes locales, comunitarios y privados la gestión de la salud, que ocupa cada vez a más profesionales que multiplican ofertas y hacen crecer demandas en formas flexibles de asistencia. La salud social se resiente y, como contrapartida, se promocionan la salud individual y psicológica. Así, la consigna de la salud para todos se hace compatible con una sociedad de riesgos, insatisfacción e insolidaridad y la igualdad es sustituida por un individualismo narcisista.

## **Algunas consecuencias del proceso de medicalización**

### ***Enfermedad y negocio: la “invención” de enfermedades***

La idea es que toda persona sana es un enfermo que ignora que lo es fue desarrollada, de forma magistral, en la obra de teatro escrita por Jules Romains y titulada *Knock o el triunfo de la medicina*, estrenada en 1923 y que tuvo gran éxito. Progresivamente se ha ido medicalizando la vida, convirtiendo procesos normales de la existencia en problemas médicos.

En efecto, la medicina moderna nos ha hecho creer que la naturaleza nos golpea con nuevas enfermedades que sólo pueden ser curadas por los médicos. Las empresas farmacéuticas y los grupos de interés médico inventan dolencias, pues la enfermedad se ha convertido en un producto industrial que alimenta y utiliza el deseo de estar sano<sup>3</sup>.

Hacer creer a la gente que está enferma puede ser una sustanciosa fuente de dinero. Una de las maneras de conseguir esto es ampliar los límites de las enfermedades tratables. Son, principalmente, las compañías farmacéuticas las implicadas activamente en la definición de enfermedades convirtiendo, por ejemplo, dolencias ordinarias en problemas médicos, leves síntomas en graves, problemas personales en problemas médicos, o convirtiendo riesgos en enfermedades. Una estrategia que se suele utilizar es que aparezcan en los medios de comunicación historias diseñadas para crear miedos acerca de la condición o enfermedad y llamar la atención sobre el último tratamiento. Esto conlleva peligros como etiquetamientos innecesarios, malas decisiones acerca de los tratamientos, enfermedades iatrogénicas y despilfarro económico, así como el surgimiento de una insana obsesión por la salud (Moynihan et al., 2002).

Cada vez hay más personas susceptibles de recibir atención médica. Algunas de las nuevas dolencias son la fobia social, la adicción a internet, el nivel de colesterol alto, la depresión enmascarada, el sobrepeso, la menopausia, la disfunción eréctil o el “síndrome de Sissi” -que consiste es que los pacientes son depresivos, pero su abatimiento queda encubierto por un comportamiento activo y positivo ante la vida. Otra enfermedad

---

<sup>3</sup> Sobre este tema, puede consultarse la obra de Jörg Blech (2005), que hemos tomado como referencia para desarrollar este apartado.

es el “síndrome del tigre enjaulado”, que lo padecen padres de familia que se enfadan constantemente como un tigre en una jaula. Incluso características físicas como ojos saltones, narices aguileñas, orejas de soplillo o cartucheras con consideradas como patológicas, pues hay médicos que afirman que un exterior poco favorecedor posee en sí mismo un valor patológico. Otra dolencia es la “depresión del paraíso”, que la padecen jubilados alemanes que viven en la soleada España. También está el “trastorno de alegría generalizada”, que se manifiesta mediante síntomas como despreocupación y pérdida de contacto con la realidad. Y no hay que olvidar la “fobia a la sangre y a los médicos” (Blech, 2005:18-21).

Para Blech, el comercio con enfermedades presenta cinco variantes. La primera de ellas es la venta de procesos normales de la vida como problemas médicos. Por ejemplo, la vejez, el trabajo, el aburrimiento, las bolsas bajo los ojos, la calvicie, pecas, las orejas de soplillo, el cabello gris o blanco, la fealdad, el parto, el *jet lag*, la infelicidad, la piel de naranja, la resaca, el miedo al tamaño del pene, el embarazo, los accesos de rabia en la circulación viaria, o la soledad. Este autor menciona un estudio realizado por el *British Medical Journal* entre sus lectores, que suscitó un debate en el que quedó claro lo resbaladizo que resulta el concepto de enfermedad.

Un caso paradigmático en nuestra cultura es, a nuestro entender, la intervención médica durante el parto, práctica habitual en los países occidentales. Hasta el siglo XVII, el parto se restringía al ámbito doméstico femenino, y los nacimientos en hospitales no fueron comunes hasta el siglo XX. En los siglos XIX y XX, la influencia médica se extendió cada vez más gracias al desarrollo de nuevas formas de analgesia, anestesia, cesárea y transfusión de sangre. La introducción de técnicas de antisepsia y asepsia y de sulfamidas redujo la mortalidad maternal que había hecho de los hospitales lugares peligrosos para dar a luz.

Si la intervención de los obstetras es, sin duda, importante a la hora de complicaciones en el embarazo o parto, en los países desarrollados, su intervención ha devenido en rutinaria, sin evidencia alguna de efectividad y, sobre todo, sin permitir a las mujeres participar en las decisiones acerca de su maternidad. Así, lo que se pretende a toda costa es conseguir partos rápidos. La intervención médica no respeta los ritmos naturales y recurre a prácticas, como la administración de oxitocina, que provoca contracciones uterinas tan dolorosas que hace imprescindible la administración de anestesia epidural, con lo que se entra en una cadena de intervencionismo que muchas veces acaba de manera trágica, pues se quiere convertir al cuerpo de la mujer en una máquina que “expulse” lo antes posible al bebé (Johanson y Newburn, 2002). Sin embargo, en muchos casos estas prácticas lo que provocan es una parálisis del proceso de parto, que necesita, entre otras cosas una ambiente relajado<sup>4</sup>

De hecho, la vida humana se ha medicalizado de tal modo que incluso antes de nacer nuestra primera identidad será la de pacientes. Desde el útero se nos somete a todo tipo de pruebas, que tienen más que ver con los intereses de la industria médica y farmacéutica que con nuestro bienestar. La crianza con “nidos” rompe la comunicación primaria del bebé con la madre; a eso se añaden pezones de plástico, leches artificiales, cunas en las que duerme separado de la madre, cochecitos para transportarlo, sillas en las que se le ata para ir en automóviles, etc. Todo parece diseñado para que no exista contacto físico. Los médicos dictan normas que las mujeres deben cumplir para responder al ideal de madre que fabrican las multinacionales, cumpliendo horarios e hirviendo biberones (Rodríguez y Cachaceiro, 1996:77-81).

Así pues, desde que nacemos la medicalización se superpone, claramente, con la moral. Los niños no sólo son sometidos a un estricto control médico, sino que en ese propio control están inscritas normas de comportamiento, con tópicos tan extendidos como considerar que el colecho, la lactancia prolongada o atender sus

---

<sup>4</sup> Un punto de vista interesante sobre el tema es el de Michel Odent (2005), que explica cómo las mujeres, para poder alumbrar, necesitan estar en un ambiente tranquilo e íntimo. Una reflexión interesante acerca de la construcción cultural de la experiencia del dolor con una descripción del planteamiento médico del parto puede encontrarse en Rosario Otegui Pascual (1990).

lloros son síntomas de malcrianza. En realidad, lo que nuestra cultura quiere es convertir tempranamente a los niños en máquinas que obedezcan a órdenes externas y que aprendan desde muy pronto que sus deseos no importan<sup>5</sup>. ¿No será esta la verdadera malcrianza?

La medicalización de la calvicie es otro caso en el que se puede comprobar claramente la transformación de procesos ordinarios de la vida en problemas médicos. Al tiempo que Merck lanzaba un producto para la caída del cabello en Australia, en los periódicos más importantes aparecían reportajes acerca de los problemas emocionales ocasionados por la “caída del cabello”. Por ejemplo, en una publicación aparecía un novedoso estudio que sugería que un tercio de todos los hombres experimentaban algún grado de pérdida capilar, junto con comentarios de expertos de un Instituto internacional de estudio del cabello. Sugerían que la caída del cabellos podía ocasionar pánico y otras dificultades emocionales, teniendo incluso impacto en las perspectivas de trabajo y el bienestar mental. Lo que no se mencionaba era que el estudio y el instituto estaban siendo financiados por Merck (Moynihan et al, 2002).

La segunda variante a la que nos referiremos es a la venta de problemas personales y sociales como problemas médicos. En Estados Unidos, el número de enfermedades anímicas aumentó de 26 a 396 a partir de la Segunda Guerra Mundial (Blech, 2005:26-27). Un ejemplo es la “fobia social”, bautizada por la empresa Roche, que a finales de los años noventa planeó lanzar al mercado australiano un antidepresivo llamado Aurorix. Un comunicado de prensa financiado por Roche afirmaba que más de un millón de australianos sufrían de un desorden psiquiátrico que destruía el alma y que se llamaba fobia social, que podía ser tratado con terapia conductual y fármacos. El mismísimo director de la compañía en Australia, Fred Nadjarian, reconoció que se exageraron estos datos, y que detrás de cada estadística hay algún interés encubierto, y que es natural en el ser humano la tendencia a exagerar (Moynihan, 2002).

En tercer lugar estaría la venta de los riesgos como enfermedades. Por ejemplo, la “osteoporosis” o atrofia ósea de la vejez fue declarada como enfermedad en encuentros patrocinados por empresas farmacéuticas.

Los análisis basados en factores de riesgo hacen que cualquiera pueda ser susceptible de padecer alguna enfermedad. Con el objetivo de cazar pacientes para que la medicina llegue a abarcar toda la sociedad, proliferan chequeos y reconocimientos médicos, muchas veces innecesarios. Algunos factores de riesgo se fijan de tal modo que, de golpe, se ven afectados estratos enteros de población, como ha ocurrido con el colesterol, donde se fijaron los límites de manera que las personas con valores normales eran una minoría (Blech, 2005:57-60).

La cuarta variante es la venta de síntomas poco frecuentes como epidemias de extraordinaria propagación. Un ejemplo es la “disfunción eréctil”. Desde que se inventó la Viagra, la impotencia se extiende en el mundo masculino de un modo pasmoso. Por ejemplo, Pfizer dice que los problemas de exterior afectan a un 50% de los hombres entre 40 y 70 años. También la falta de deseo de la mujer o “disfunción sexual femenina” afecta al 43% de las mujeres (Blech, 2005:28).

Como ya se ha mencionado en un apartado anterior, la medicalización del comportamiento sexual se ha extendido al dominio del placer sexual. El sexo se encuentra en el centro de un modo de vida saludable. Se anima a mujeres y hombres a tener activas vidas sexuales, independientemente del deseo. El Viagra, el primer medicamento para tratar la impotencia, o disfunción eréctil, ha sido uno de los grandes éxitos de la historia farmacéutica. Cuando se lanzó en 1998, se convirtió en el medicamento más popular de la historia, superando incluso a la fluoxetina (Prozac). La cirugía ginecológica se está utilizando para aumentar el placer sexual femenino y mejorar la estética. En América, se afirma que la disfunción eréctil afecta al 50% de los varones

---

<sup>5</sup> Para obtener una visión distinta de la convencional acerca de la crianza, consultar: Gutman, 2003. Acerca de la lactancia, un artículo interesante es el de Nuria Puig Comas (2005).

entre 40 y 70 años y al 70% de los mayores de 70 años. El 30% de hombres y el 43% de mujeres han tenido algún tipo de disfunción en algún momento de sus vidas. La alta prevalencia de la disfunción sexual refleja la importancia de nuestra obsesión cultural por la gratificación sexual que ha aumentado las expectativas de la gente y su sentimiento de no estar a la altura.

La disfunción sexual femenina es uno de las enfermedades más recientes que se han creado. Para poder crear un mercado similar al que se ha creado con el Viagra y otros productos similares, es necesario un diagnóstico médico con características medibles. Así, en mayo de 1997, médicos, investigadores y representantes de la industria farmacéutica se reunieron en Cape Cod para llegar a un acuerdo en esta cuestión. En octubre de 1998 se realizó en Boston a puerta cerrada una conferencia sobre la disfunción sexual femenina y se creó una nueva definición y clasificación de desórdenes de deseo, excitación, orgasmo y dolor para emplearse en el contexto médico. La mayoría de los autores que publicaron estos procedimientos tenían intereses financieros y otra relación con compañías farmacéuticas. En sucesivas conferencias ha ocurrido algo similar (Moynihan, 2003).

La última variante del comercio con enfermedades consiste en vender síntomas leves como indicios de enfermedades más graves. Por ejemplo, el “síndrome del colon irritable”, ha sido durante mucho tiempo considerado como un desorden común que va acompañado de un montón de síntomas que todo el mundo ha experimentado alguna vez. Más tarde, se llevó a cabo un programa de educación médica para presentar el colon irritable como enfermedad creíble, frecuente y real, que formaba parte de un plan de marketing del grupo GlaxoSmithKline dirigido a médicos y pacientes (Moynihan et al., 2002)

Como consecuencia de todo esto, la independencia de los médicos se ha visto enormemente afectada. Por ejemplo, se ha comprobado que muchos de los autores que escriben de forma positiva sobre un medicamento reciben dinero de la industria, pues el mejor arma de los comerciantes de enfermedades son los estudios publicados en las revistas médicas que parecen acreditar los efectos beneficiosos de sus medicamentos. Es más: los médicos dependen más que nunca de los fondos de la industria y sus patrocinadores en sus investigaciones. Existe un auge de las investigaciones privadas por encargo. Los grupos farmacéuticos contratan a empresas especializadas en hacer ensayos que colaboran con miles de médicos que reclutan a las personas y reciben primas a cambio. Algunos estudios de medicamentos no se llevan a cabo para aclarar cuestiones científicas, sino para colocar un medicamento en el mercado. El médico recluta entre su clientela objetos de ensayo para el estudio y les receta el medicamento en cuestión, por lo cual recibe una suma de la empresa. De este modo, las empresas farmacéuticas familiarizan a los médicos y sus pacientes con el nuevo medicamento, para que luego sigan recetándolo y tomándolo mucho tiempo después de que el supuesto estudio haya terminado (Blech, 2005:44-49).

Se ha demostrado la asociación entre intereses comerciales y conclusiones de ensayos clínicos (Kjaergar y Nielsen, 2002). En un estudio de los ensayos clínicos publicados en el *British Medical Journal* entre enero de 1997 y junio de 2001 se vio que las conclusiones de los autores eran más favorables en estudios financiados por organizaciones lucrativas que aquellos en los que no había intereses económicos. Algunos ejemplos son las pruebas de medicamentos para la esquizofrenia.

Además, las farmacéuticas no sólo influyen en médicos e investigadores médicos. El marketing también incluye a los periodistas, a los que se obsequia (Blech, 2005:53-56). También se dirigen directamente a los clientes potenciales despertando su necesidad de un tratamiento médico.

Según un estudio publicado en el *British Medical Journal*, un quinto de los americanos visitaron a su médico por indicación de un anuncio de un medicamento (por ejemplo, el 98% de los que compraron Viagra recuerdan haber visto un anuncio del producto) (Gottlieb, 2002).

Estos anuncios pueden originar sustanciales aumentos en el número de personas que acuden a los médicos. Por ejemplo, en 1998, durante una campaña de un producto para el crecimiento capital, las visitas a los médicos por causa de la calvicie se incrementó en un 79% comparado con los niveles de 1997 (Blech, 2005:49).

### ***Dependencia del medicamento***

Una vez inventada la enfermedad e introducida en la conciencia de la gente, los pacientes y la seguridad social pagan los medicamentos y terapias, con lo que los gastos en sanidad son cada vez mayores, sobre todo los de medicamentos.

La fe en la eficacia del medicamento hunde sus raíces en la parte final del siglo XIX, cuando los descubrimientos en microbiología -que sitúan las causas de las enfermedades en agentes microbianos, lo que permite atacarlos con productos farmacéuticos específicos- nos lleva a abandonar la tradición higienista que considera las causas ambientales como las fundamentales. La imagen de productos como la penicilina y los antibióticos se generaliza a todo tipo de fármacos, presentándolos no sólo como paliativos, sino como curativos.

Se ofreció entonces al Estado un sistema basado en una eficacia técnica y simbólica que permite obviar las raíces sociales, culturales y políticas de la enfermedad, así como reincorporar con relativa rapidez a los trabajadores enfermos al trabajo, asegurando además a la corporación médica un monopolio sobre el campo de la salud. La introducción de la receta es un elemento de poder que tiene eficacia simbólica al identificar lo escrito con lo científico, distanciándolo del saber popular, de la ignorancia. La eficacia se iría afianzando con el desarrollo del modelo hospitalario, una de cuyas características es su organización alrededor del uso de diversas tecnologías, entre ellas el medicamento. Todo ello articulado en una ideología científica característica de la utopía moderna: la creencia en que el progreso basado en la ciencia nos garantizará el control del mundo natural y social y, por ello, la felicidad (Romaní, 1999:58).

Ciertos medicamentos pasarían a ser controlados por los médicos, mientras que otros serían de venta libre en farmacias, superándose así algunos conflictos gremiales. A principios del siglo XX se prohíben muchos medicamentos, preparando el terreno para un modelo prohibicionista de gestión de las drogas. El medicamento, a diferencia de los remedios populares, está controlado por especialistas, como farmacéuticos y médicos, autorizados administrativamente por los Estados (Romaní, 1999:41-45).

Así, se va consiguiendo eliminar antiguos remedios y controlar la prescripción de fármacos. Antaño, todos acudían a médicos y curanderos, y los boticarios hacían remedios que compraba la gente. Al estar avalado por médicos, se considera que el medicamento es más fiable y eficaz que los remedios caseros y preparados de botica. Los médicos reivindican tanto el control sobre los medicamentos (no venta libre, no automedicación) como la estigmatización de las drogas. Sin embargo, la frontera entre el fármaco beneficioso y la droga adictiva y pernicioso resulta de lo más nebulosa, aunque una de las obsesiones de las autoridades sanitarias haya sido el establecimiento de límites claros y diáfanos entre uno y otra. La misma sustancia puede ser cambiada de categoría según esté o no bajo control médico (Canals y Romaní, 1996:56-57).

Como estamos viendo, el papel del médico, como generador de consumo farmacéutico, es fundamental. En países como España, el médico de ambulatorio de la seguridad social se ha convertido cada vez más en un burócrata expendedor de recetas y bajas laborales, y los representantes farmacéuticos revolotean a su alrededor, premiando al médico (Canals y Romaní, 1996:58).

De hecho, la industria farmacéutica emplea enormes sumas de dinero en marketing dirigido a médicos, para que receten sus productos. Los médicos con consulta y los de hospital se ven arrollados por los visitantes médicos y otros representantes de la industria. A veces se les paga con libros, ordenadores o entradas para eventos. Otras veces se les influye de modos más sutiles (cursos de formación, seminarios) (Blech, 2005:39-41).

Por ejemplo, en Estados Unidos se ha dado el caso de una compañía llamada Time-Concepts LLC, que ofrece a los médicos 50 dólares cada vez que reciben a un visitador médico de una farmacéutica. La compañía recibe 105 dólares de la empresa farmacéutica, 50 de los cuales van a parar a los médicos que aceptan los pagos, a pesar de que las directrices de la American Medical Association especifican que no deben hacerlo (Spurgeon, 2002).

Otra tendencia que se puede observar en la actualidad es que, para anunciar un medicamento, se haga campaña de la enfermedad. Por ejemplo Pelé, en nombre de Pfizer, se preocupa por la disminución del vigor masculino en sus compañeros de sexo e invita a hablar con el médico. Esto es así porque en muchos lugares, como la Unión Europea, está prohibido promocionar directamente a los consumidores medicamentos de prescripción médica obligatoria. Por ello, las campañas publicitarias tienen que concienciar a la población de la existencia de determinadas enfermedades con la intención oculta de vender medicamentos (Blech, 2005:36-37).

### ***Triunfo del modelo hospitalario***

Como se ha venido mencionando, el proceso de medicalización implica poner bajo control los procesos de autoatención doméstica, con la consiguiente pérdida de autonomía que ello implica.

Así, el resultado acumulativo de la expansión de la industria de la asistencia a la salud ha ido frustrando el poder de la gente para afrontar sus problemas y adaptarse a cambios de sus cuerpos o modificaciones del ambiente. Además, la política de la salud coloca el mejoramiento de la asistencia médica por encima de los factores que mejorarían y pondrían en un plano de igualdad la capacidad de autoasistencia (Illich: 1975:83).

El ciudadano moderno se ha visto, pues, desposeído de su autonomía en provecho de mega instituciones que regulan su vida. Ocurre así cuando el hospital se convierte en escenario en el que nace, es atendido cuando está enfermo, es examinado para comprobar si está sano y es, por último, devuelto para morir en regla (Gorz, 1982), todo ello de una forma estandarizada, con la consiguiente desaparición del individuo, sus sentimientos, sus necesidades concretas, su intimidad.

Existen culturas en las que la enfermedad tiene, incluso, un valor iniciático, y en el proceso de cura toma parte todo el grupo. No es el caso de la nuestra, pues la mirada médica no ve al enfermo sino a la enfermedad, desapareciendo así la subjetividad del paciente detrás de la objetividad de los síntomas que no remiten a un ambiente, a una manera de vivir, a una serie de costumbres contraídas, sino a un cuadro clínico, en el que desaparecen las diferencias individuales. El médico, que sólo conoce el organismo, ignora el cuerpo. Reducido a organismo, el cuerpo no tiene sitio en la sociedad y se le traslada al hospital, que es un ambiente técnico, una estructura colectiva para coleccionar cosas que interrumpe la vida y la identidad de aquellos que ingresan en ella (Galimberti, 1996:11-13).

El modelo hospitalario se impuso en las primeras décadas del siglo XX, organizándose a partir de la medicina experimental, con el uso de tecnologías. Esto se enmarca en un desarrollo institucional que abarca la reorganización de diversas instituciones, entre ellas las penales y psiquiátricas, extendiendo los mecanismos de seguridad, y con ello el control, sobre las poblaciones a través, sobre todo, de su clasificación (Romani, 1999).

### ***La yatrogénesis***

Como ya en 1975 advertía Ivan Illich en *Némesis Médica*, una de las consecuencias del proceso de medicalización es la epidemia de enfermedades producidas por el doctor. Así, se puede hablar de enfermedades ya-

trógenas, que son aquellas que no se habrían presentado si no se hubiese aplicado tratamientos ortodoxos y recomendados profesionalmente (Illich, 1975:23).

En la fecha en la que Illich escribió su obra solamente en Estados Unidos se contabilizaban anualmente 12 millones de efectos dañinos causados por los antibióticos, los cuales llegan a causar directamente hasta 2.000 muertes.

Según este autor, la medicina institucionalizada ha llegado a convertirse en una grave amenaza para la salud. "Un sistema de asistencia a la salud, basado en médicos y otros profesionales, que ha rebasado límites tolerables resulta patógeno por tres razones: inevitablemente produce daños clínicos superiores a sus posibles beneficios; tiene que enmascarar las condiciones políticas que minan la salud de la sociedad, y tiende a expropiar el poder del individuo para curarse a sí mismo y para modelar su ambiente. El monopolio médico y paramédico sobre la metodología y la tecnología de la higiene es un ejemplo notorio del uso político indebido que se hace de los progresos científicos en provecho de la industria y no del ser humano" (Illich, 1975:9).

Para este autor, además, la dependencia respecto de la intervención profesional empobrece también aspectos no médicos -saludables y curativos- de los ambientes social y físico, reduciendo la capacidad orgánica y psicológica del común de las gentes para afrontar sus problemas (Illich: 1975:48).

### **Conclusión: más allá (o acá) de la medicina**

"Sentirse obeso es peor que serlo". Así se titulaba un artículo aparecido recientemente en una revista dedicada a temas relacionados con la salud<sup>6</sup>. Según un estudio sobre el peso y la salud de 170.000 personas, un equipo de investigadores de la Universidad de Columbia llegó a la conclusión de que si los médicos no insistieran tanto en hablar de los problemas que causa la obesidad se reduciría la incidencia de problemas de salud supuestamente asociados al exceso de kilos. Estos tienen mucho más que ver con la preocupación colectiva por la obesidad que con la obesidad en sí. Según el doctor Peter Muenning, si los médicos dejaran de preocuparse tanto por la grasa corporal, muchos problemas desaparecerían.

Así, según el estudio anteriormente mencionado, la hipertensión y la diabetes que sufren los obesos pueden tener su origen en el estrés causado por el estigma de sentirse gordo. La insatisfacción con la propia imagen y con el peso produce una ansiedad que está directamente relacionada con la sensación de malestar físico, especialmente en las mujeres. Las conclusiones quedan confirmadas por el hecho de que los grupos culturales que aceptan mejor la gordura presentan menos trastornos.

Incluso la medicina convencional, como es sabido, reconoce la existencia del "efecto placebo". Si se le dice a un paciente que algo será muy eficaz para su curación, aunque sólo se trate de una pastilla de azúcar, el placebo puede tener el mismo efecto o, incluso, mayor, que la medicación que supuestamente ha sido diseñada para tal efecto. Esto nos lleva a darnos cuenta de que lo que, simbólicamente, proyectamos, es lo que realmente acaba sucediendo.

A este punto de vista acerca de la relatividad de lo que entendemos por enfermedad, sumaremos el de aquellos terapeutas que se encuadran en la actualidad en eso que se ha venido en llamar Nueva Medicina. Para ellos, los síntomas se revelan como manifestaciones físicas de conflictos psíquicos y su mensaje puede descubrir el problema de cada paciente.

---

<sup>6</sup> *Cuerpamente*, nº 191, marzo 2008.

El término enfermedad puede, por tanto, ser interpretado en un sentido positivo, como un programa biológico de supervivencia para el individuo y para la especie. El enfermo no es un conjunto de células, sino un individuo dotado de alma, emociones, mente y cuerpo, con un pasado, una educación. La enfermedad tiene un sentido. Es útil, necesaria, vital para el individuo y para la evolución de la especie. La clave para la curación es la eliminación de un trauma emocional (Mambretti y Séraphin, 2007).

La enfermedad es, entonces, un estado que indica que el individuo, en su conciencia, ha dejado de estar en orden o armonía. Esta pérdida del equilibrio interno se manifiesta en el cuerpo en forma de síntoma. El síntoma es, pues, señal y portador de información, ya que con su aparición interrumpe el ritmo de nuestra vida y nos obliga a estar pendientes de él. El síntoma nos señala que nosotros, como individuo, como seres dotados de alma, estamos enfermos, es decir, que hemos perdido el equilibrio de las fuerzas del alma (y Dahlke, 1983).

No obstante, estas ideas no son nuevas en nuestra cultura. Más bien conectan con concepciones antiguas, como la de los griegos, que consideraban que la enfermedad era una perturbación del equilibrio, de la armonía. Para ellos, la enfermedad es un fenómeno no localizado, sino totalizante. Está en todo el hombre y no es más que una reacción generalizada con intenciones de curación, el esfuerzo de la naturaleza en el ser humano para obtener un nuevo equilibrio. Se puede decir, por tanto, que el organismo desarrolla una enfermedad para curarse (Canguilhem, 1970: 17-19).

Esta visión positiva de la enfermedad presenta afinidades con la vivencia de las dolencias en muchas culturas, en las que la red social acompaña al enfermo en el camino hacia su curación que es, a menudo, un camino de iniciación.

Otra visión que, a nuestro entender, presenta gran interés es la de Susan Sontag cuando, en *La enfermedad y sus metáforas*, señala cómo toda esta imaginería patológica que rodea en la actualidad a la idea de enfermedad está sirviendo, en realidad, para expresar una preocupación por el orden social, definiéndose, por analogía a la salud física, un ideal de salud social. El desorden civil es, pues, comparado con una enfermedad. En el lenguaje político, el matiz melodramático de la enfermedad como metáfora adquiere un significado punitivo: la enfermedad ya no es un castigo sino una señal del mal, de algo que merece castigo.

Por ejemplo, los movimientos totalitarios aprecian mucho la imaginería patológica. Comparar un hecho o una determinada situación política con una enfermedad equivale hoy día a achacar una culpa, a prescribir una pena, lo que sucede mucho con el cáncer. Por ejemplo, los nazis consideraban al poder de los judíos como algo que se multiplica fácil e interminablemente, el tratamiento para los judíos es de tipo radical, del sanatorio -exilio- a la cirugía -crematorio. Decir de un fenómeno que es como un cáncer es incitar a la violencia, justificándose el empleo de medidas duras. El cáncer es, hoy día, una de las metáforas utilizadas para tratar de abarcar el mal total o absoluto.

Las “guerras” contra las enfermedades no consisten simplemente en una llamada a que se preste mayor atención o a que se dedique más dinero a la investigación. La metáfora militar sirve para describir una enfermedad particularmente temida como se teme al extranjero, al “otro”, y el salto entre demonizar la enfermedad y culpabilizar al paciente es inevitable. Las metáforas militares contribuyen a estigmatizar ciertas enfermedades y a quienes están enfermos. El efecto de la imaginería militar en la forma de pensar las enfermedades y la salud moraliza, excomulga, estigmatiza.

Si viviéramos una enfermedad como un rito de muerte y renacimiento, una pérdida como un sacrificio necesario, un dolor como el desprendimiento de una piel vieja, entonces sería más fácil encarar la muerte con mayúsculas, la devolución a la tierra -con alegría y agradecimiento- de nuestro cuerpo, de nuestra vida. Si nos enseñaran a vivir en aceptación y a fluir en vez de pretender controlar el destino y planificar futuros inexisten-

tes y progresos irreales, tal vez necesitaríamos menos anestésicos contra el dolor, sean drogas médicas o drogas de otro tipo. Y puede que los tan poco hospitalarios hospitales y muchos tratamientos que, lejos de curarnos, nos enferman aún más, pasaran a ser innecesarios.

## Bibliografía

- F. Alvarez-Uría y J. Varela, *Sujetos frágiles. Ensayos de Sociología de la desviación*. FCE, Madrid, 1989.
- J. Arrizabalaga, "Cultura e historia de la enfermedad", en E. Perdiguero y Josep M. Comelles (eds.), *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*. Edicions Bellaterra. Barcelona, 2000, pp. 71-81.
- J. Blech, *Los inventores de enfermedades. Cómo nos convierten en pacientes*. Destino. Barcelona, 2005.
- D. Bloor, *Conocimiento e imaginario social*. Gedisa, Barcelona, 2003.
- J. Canals y O. Romani, "Médicos, medicina y medicinas: del sacerdocio al marketing", en *En la Salud y en el Enfermedad*. Archipiélago. Cuadernos de crítica de la cultura, nº 25, otoño 1996, pp. 51-60.
- G. Canguilhem, *Lo normal y lo patológico*. Siglo Veintiuno Argentina editores. Buenos Aires, 1970.
- J. Casco Solís, "Curar la salud", en *En la Salud y en el Enfermedad*. Archipiélago. Cuadernos de crítica de la cultura, nº 25, otoño 1996, pp. 51-60.
- T. Dethlefsen y R. Dahlke, *La enfermedad como camino*. 1983 (<http://www.cepvi.com>).
- M. Douglas, *Pureza y peligro. Un análisis de los conceptos de contaminación y tabú*. Siglo XXI. Madrid, 1991.
- M. Foucault, *Historia de la locura en la época clásica*. FCE. Madrid, 1968. Vol. 1.
- M. Foucault, *Genealogía del racismo*. La Piqueta, Madrid, 1992.
- M. Foucault, *La verdad y las formas jurídicas*. Gedisa, Barcelona, 1998.
- M. Foucault, *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*. Siglo XXI, Madrid, 1999.
- U. Galimberti, "La enfermedad: entre el cuerpo y el organismo", en *En la Salud y en la Enfermedad*. Archipiélago. Cuadernos de crítica de la cultura, nº 25, otoño 1996, pp. 11-14.
- E. Goffman, *La presentación de la persona en la vida cotidiana*. Amorrortu editores, Buenos Aires, 2001.
- S. Gottlieb, "A fifth of Americans contact their doctor as a result of drug advertising", en *British Medical Journal*, nº 325, 2002, p. 854.
- A. Gorz y M. Bosquet, *Ecología y Política*, El viejo topo, Barcelona, 1982 (2ª ed.). p. 96.
- L. Gutman, *La maternidad y el encuentro con la propia sombra*. Editorial del Nuevo Extremo, 2003, Buenos Aires.
- J.A. Haro Encinas, "Cuidados profanos: una dimensión ambigua en la atención de la salud", en E. Perdiguero y Josep M. Comelles (eds.), *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*. Edicions Bellaterra. Barcelona, 2000, pp. 101-161.
- G. Hart y K. Wellings, "Sexual behaviour and its medicalisation: in sickness and health", en *British Medical Journal*, nº 324, 2002, pp. 896-900.
- I. Illich, *Némesis médica. La expropiación de la salud*. Barral, Barcelona, 1975.
- I. Illich, "Profesiones inhabilitantes", en I. Illich, I.K. Zola, J. McKnight, J. Caplan y H. Shaiken, *Profesiones inhabilitantes*. H. Blume Ediciones. Madrid, 1981.
- R. Johanson y M. Newburn, "Has the medicalisation of childbirth gone too far?", en *British Medical Journal*, nº 324, 2002, pp. 892-895.

- L. Kjaergar y B. Als-Nielsen, "Association between competing interests and authors' conclusions: epidemiological study of randomised clinical trials published in the BMJ", en *British Medical Journal*, nº 325, 2002, p. 249.
- A. Kleiman, *Patients and Healers in the Context of Culture. An Exploration of the Borderland Between Anthropology, Medicine and Psychiatry*. University of California Press, Berkeley, 1995. Citado en J.A. Haro Encinas, "Cuidados profanos: una dimensión ambigua en la atención de la salud", en E. Perdiguero y Josep M. Comelles (eds.), *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*. Edicions Bellaterra. Barcelona, 2000, p. 107).
- E. Lizcano, "La ideología científica". *Nómadas*, nº 0, julio-diciembre 1999.
- G. Mambretti y J. Séraphin, *La medicina patas arriba ¿Y si Hamer tuviera razón?* Ediciones Obelisco. Buenos Aires, 2007.
- B. Mintzes, "For and against: direct to consumer advertising is medicalising normal human experience", en *British Medical Journal*, nº 324, 2002, pp. 908-911.
- R. Moynihan et al., "Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering", en *British Medical Journal*, nº 324, 2002, pp. 886-891.
- R. Moynihan, "The making of a disease: female sexual dysfunction", *British Medical Journal*, nº 326, 2003, pp. 45-47.
- M. Odent, *El bebé es un mamífero*. Mandala Ediciones, 1990, Madrid.
- R. Otegui Pascual, "Factores socioculturales del dolor y el sufrimiento", en Enrique Perdiguero y Joseph M. Comelles (eds.), *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*. Edicions bellaterra, Barcelona, 2000, pp. 227-248).
- N. Puig Comas (2005), "Lactancia materna: creencias, significados y costumbres", en Mabel Gracia y Amado Millán (coord.), *Alimentación, salud y cultura: enfoques antropológicos*, Asociación Española de Trabajo social y Salud, Zaragoza, pp. 239-271.
- C. Rodríguez y A. Cachaceiro, "Matricidio y estado terapéutico", en *En la Salud y en la Enfermedad*. Archipiélago. Cuadernos de crítica de la cultura, nº 25, otoño 1996, pp. 75-82.
- J. Romain, *Knock o El triunfo de la medicina*. Ed. Bruño, Madrid, 1991.
- O. Romani, *Las drogas; sueños y razones*. Ariel, Barcelona, 1999.
- S. Sontag, *La enfermedad y sus metáforas. El sida y sus metáforas*. Suma de Letras, Madrid, 2005.
- D. Spurgeon, "Doctors accept \$50 a time to listen to drug representatives", en *British Medical Journal*, nº 324, 2002, p. 1.113.
- T. Szasz, "La teología de la medicina", *En la Salud y en la Enfermedad*. Archipiélago. Cuadernos de crítica de la cultura, nº 25, otoño 1996, pp. 47-50.
- B. S. Turner, *El cuerpo y la sociedad. Exploraciones en teoría social*. Fondo de Cultura Económica. México, 1984.
- M. Weber, *La ética protestante y el espíritu del capitalismo*. Península, Barcelona, 1989.
- I.K. Zola, "El culto a la salud y la medicina inhabilitante", I. Illich, I.K. Zola, J. McKnight, J. Caplan y H. Shai-ken, *Profesiones inhabilitantes*. H. Blume Ediciones. Madrid, 1981.