

CURSO ANUAL DE AUDITORÍA MÉDICA

HOSPITAL ALEMÁN

TRABAJO FINAL MONOGRAFÍA:

“MEDICALIZACION”

“La medicina institucionalizada amenaza la salud”

*“Una persona sana es solamente un enfermo sin identificar; no todo sufrimiento
es una enfermedad”*



INTEGRANTES: Lic. Silvana Garcia, Romina Magallanes, Luis Margani y

Gabriela Mazza.

AÑO 2015

|

INTRODUCCIÓN:

En este trabajo queremos transmitir la importancia que genera la medicalización de la vida, proceso por el cual tiene distintos actores implicados que en su conjunto, hacen que todo se solucione con la transcripción de una receta médica o tratamiento para dicha enfermedad o trastorno.

Si bien la investigación médica ha avanzado a pasos agigantados, aún en ciertas prácticas, tiene algunos desaciertos en cuanto a las distintas modalidades en la resolución del tratamiento adecuado ante la enfermedad.

Este término “Medicalización” comienza a conocerse a partir de la medicina antigua de Grecia y Egipto, o la medicina de las sociedades primitivas, que se basaban en medicinas sociales, colectivas, no concentradas en el individuo.

La medicina moderna nace a fines del siglo XVIII entre Morgagni y Bichat, con la introducción de la anatomía patológica.

A comienzos del XIX en el Colegio de Francia comienzan a analizar otros aspectos, no sólo la hospitalización y sus servicios brindados, sino que comienzan a proyectarse en realizar un estudio de la vivienda y todo lo que encierra: sistema de desagüe, vías de tránsito, equipos colectivos que aseguran el funcionamiento de la vivienda particular en el medio

urbano. Dando lugar a la aparición de la medicina social. A medida que esta medicina social fue evolucionando, la medicina no se interesaba en el cuerpo del proletario, en el cuerpo humano, como instrumento laboral. Pero a partir de la segunda mitad del siglo XIX cuando se planteó el problema del cuerpo, de la salud, y del nivel de la fuerza productiva de los individuos. Se divide a la medicina social en: Medicina del Estado, Medicina Urbana y Medicina de la Fuerza Laboral.

La crítica de la medicalización está ligada al nombre de Ivan Illich y su obra *Némesis Médica*, en la cual elegía a la medicina como tema, sino como ejemplo. En él, afirmaba que en los países desarrollados la obsesión por una salud perfecta se convierte en el factor patógeno predominante. En los ochenta, las críticas a la medicalización se han recluso en los territorios de la sociología, con ámbitos poco satisfechos con algunos rumbos de la historia, como la psiquiatría y el salubrisimo.

OBJETIVOS:

- Incentivar a todos los profesionales médicos la importancia de respetar al paciente en la toma de decisiones de sus tratamientos, orientándolos en los beneficios y efectos adversos.
- Medicina basada en evidencias.
- Promover en una atención holística a todo individuo en la consulta médica.
- Fomentar la prevención cuaternaria en el marco social.

DEFINICIÓN:

Podemos definir a la “**Medicalización**” como el proceso mediante el cual, un problema no médico se trata como problema médico, normalmente en términos de enfermedad o trastorno.

Medicalizar la condición humana supone aplicar una etiqueta diagnóstica a sentimientos o comportamientos, desagradables o no deseables, que no son claramente normales pero que se sitúan en un área nebulosa difícil de diferenciar de toda la gama de experiencia que a menudo van ineludiblemente unidas al hecho de ser persona.

También se lo define como el proceso por el que eventos o características de la vida cotidiana se convierten en problemas de salud, y por lo que tanto, son estudiados y tratados por los médicos y otros profesionales de la salud.

Otro lo define como la forma en que el ámbito de la medicina moderna se ha expandido en los años recientes y ahora abarca muchos problemas que antes no eran considerados como entidades médicas y para los que la medicina no dispone de soluciones adecuadas ni eficaces. Quizás pueda ser más clara la definición que considera la medicalización como la conversión en procesos patológicos de situaciones que son y han sido siempre completamente normales y el pretender resolver mediante la medicina situaciones que no son médicas sino sociales, profesionales o de las relaciones interpersonales:

- Existe una tendencia creciente a tratar como enfermedad lo que no son mas que factores de riesgo, convirtiendo en enfermo a personas que únicamente tienen aumentado su

riesgo de enfermar y sin que en muchos casos existan evidencias del beneficio de actuar sobre dichos factores. El mercado anima al que el paciente tenga capacidad de elegir no solamente entre las alternativas diagnósticas sino también para solicitar aquello que no están indicados, lo que se ha definido como el Doctor Shopping, “el deseo de estar sano”.

El British Medical Journal auspició hace unos años una encuesta sobre cuáles son en nuestro entorno las principales “no enfermedades”, es decir, aquellos procesos cuya inclusión en el campo de la actuación de la medicina resulta menos obvia, y la tendencia, en aumento, a clasificar como enfermedades los problemas de la gente.

Cuanto más gasta una sociedad en asistencia sanitaria, aumenta la posibilidad de que sus habitantes se coincidieren enfermos. El papel de “paciente” es, según Parsons, la justificación que la enfermedad le otorga para evitar asumir las responsabilidades sociales, la incapacidad de superar por sí mismo tal estado.

Cuanto mayor es la oferta de “salud”, más gente responde que tiene problemas, necesidades, enfermedades. Mientras, en las zonas con servicios sanitarios menos desarrollados esta percepción es menor.

Creación de enfermedades:

- *Venta de procesos normales de la vida como procesos médicos, como la vejez y el embarazo.*
- *Venta de problemas personales y sociales como problemas médicos: el desempleo, la fobia social.*
- *Venta de riesgos como enfermedades: osteoporosis o hipercolesterolemia.*
- *Venta de síntomas ocasionales como epidemias de extraordinaria propagación, como la disfunción sexual femenina.*
- *Venta de síntomas leves como indicios de enfermedades más graves: colon irritable*

El uso actual del término "medicalización" denota la influencia de la medicina en casi todos los aspectos de la vida cotidiana, y connota una apreciación crítica por los efectos negativos, paradójales o indeseables, de tal fenómeno. En realidad, la medicina siempre ha ejercido un poder normalizador o de control social – básicamente por los conceptos de *salud y enfermedad, normal y patológico* – estableciendo un orden normativo rival del de la religión y el derecho, que ha venido incrementándose desde la modernidad con la conquista de un auténtico estatuto científico, profesional y político.

Dicho proceso cuenta también con distintos factores que ayudan y sustentan la "Medicalización" y estos son:

1. **Industria farmacéutica y tecnologías sanitarias:** el marketing está diseñado para persuadir a la población de que para seguir estando sana necesita someterse a chequeos y medicación preventiva.
2. **Medios de comunicación:** La “salud” vende y las noticias sobre salud son cada vez más habituales en los medios de comunicación con un enfoque claramente distorsionado, favoreciendo la utilizando técnicas intervencionistas y la utilización de medicamentos.
3. **Administración sanitaria:** las instituciones tienden incluir tecnologías o intervenciones sanitarias no suficientemente valoradas que aportan beneficios mínimos e, incluso, inferiores a los riesgos o costes que suponen.
4. **Población:** convierte a los individuos en pacientes y los consideran enfermos o enfermos potenciales. Se prescriben sin dar la información adecuada en cuanto a los beneficios y efectos adversos, sin tener en cuenta las preferencias y valoración de los riesgos de cada una.
5. **Profesionales:** son el núcleo de la medicalización, son los agentes imprescindibles para que este proceso prospere, como las víctimas de una sociedad que demanda que la medicina dé solución a todos sus problemas.
6. **Expansión Terapéutica:** Cada vez que se realiza un etiquetado de la enfermedad, la consecuencia inmediata es que para cada proceso hay un tratamiento. Esto muchas veces se realiza sin dar la información correcta ni de los beneficios como los efectos adversos y los riesgos que contienen.

Medicalización en la Argentina. *Por José Charreau*

Los argentinos consumimos en promedio casi 13 envases de medicamentos por año. Somos el país de América Latina con mayor consumo de medicamentos por habitante. Y decimos que “consumimos”, en lugar de decir que “utilizamos”, porque es legítimo sospechar que buena parte de esa medicación no es utilizada en forma racional. Un ejemplo de ello es que consumimos casi 7 millones de envases de expectorantes, cuyos beneficios son bastantes cuestionados, y otros 6 envases de gotas nasales.

Las enfermedades que más afectan a los argentinos son las cardiovasculares. Nuestro país detenta el récord de mortalidad por estas causas, debido a la dieta excesivamente carnívora.

Sin embargo, a diferencia de las sociedades más avanzadas en su transición epidemiológica, donde los medicamentos para el colesterol y la hipertensión arterial encabezan la lista de los más consumidos, en Argentina estos quedan muy rezagados de las listas de ventas. Por ejemplo, en Argentina se compran casi tres cajas de medicamentos para disfunción eréctil contra una caja de medicamentos para el colesterol. También se venden en farmacias unos 18,5 millones de envases de anticonceptivos y otros 14 millones de tranquilizantes contra 12 millones de antihipertensivos, de los más usados (IECA) y 9 millones agentes betabloqueantes.

La mayor parte del gasto en medicamentos se financia a través del ingreso familiar, mientras que en Canadá y en la mayoría de países europeos es el Estado el principal financiador de los medicamentos. Eso hace que tengamos una peculiar relación entre el ritmo de la economía nacional y el consumo de medicamentos.

Cuando el país crece y el ingreso de las familias mejora, el consumo de medicamentos tiende a aumentar como ocurre con otros bienes. Sin embargo, cuando la economía se retrae y las familias tienden a ajustar sus gastos, buscan privilegiar la compra de medicamentos por sobre otros consumos.

Entre el año 1995 y 2000 el gasto per cápita en medicamentos en Argentina creció apenas por debajo del PBI. A partir del 2001, la tendencia se revierte. En 2001 y 2002 el PBI per cápita se reduce drásticamente, pero el consumo de medicamentos se mantiene inalterable.

Por eso, se dice que el gasto en medicamentos avanza como una bicicleta y los pedales son la economía. Aunque se deje de pedalear, la bicicleta seguirá avanzando.

El gasto en medicamentos representa un 31% del gasto en salud en el país. Se arriba a esta razón si se considerara que el gasto total en salud en el país ascendió a \$52.700 millones, según surge de la estimación presentada con ACAMI en el marco de su XI Congreso Argentino de Salud. Este porcentaje es muy superior a la media de los países desarrollados. Triplica el gasto de Inglaterra, duplica el de Canadá e incluso el de los Estados Unidos y solo se aproxima al de Francia (22,5) y al de la República Checa (25,9).

Cuidado, los gobiernos avanzan sobre la industria farmacéutica *Por Alberto Ferrari.*

La ley de medicamentos en debate en Argentina, la anulación de las patentes en Ecuador y la investigación sobre los acuerdos en Chile, son tres ejemplos de esa puja entre la industria y los gobiernos de la región. En Brasil también existe un debate parlamentario

sobre el uso sobre las patentes de “segundo uso” que la industria requiere para extender sus beneficios y que, por ahora no ha tenido demasiada resonancia, porque las multinacionales ya percibieron que con el gobierno actual hay pocas chances de imponer condiciones.

El gobierno de Ecuador se ha convertido en un ejemplo para anular patentes, lo que las multinacionales ven con preocupación por carecer de margen para confrontar. El presidente del Instituto Ecuatoriano de Propiedad Intelectual, explicó que la anulación de patentes es para que los medicamentos de primera necesidad no tengan exclusividad y que los laboratorios puedan pedir licencias obligatorias, que serán concedidas en la medida que puedan demostrar la capacidad de producción.

Son las multinacionales (Abbott, Bayer, Pfizer, Novartis, Raffo, Merck, Laboratorio Chile, Glaxo, Roche, Sanofis, Warner Lambert, Wyenth y Andromaco, entre los más comprometidos) las que debieron agachar la cabeza en Chile por descubrir que en tres cadenas de farmacias y decenas de laboratorios habían pactado los precios de 222 medicamentos, para obtener mayores ganancias a costa de la seguridad social y del bolsillo de los pacientes.

“¿Código de ética?” Quizás como el que propuso Ernesto Felicio en nombre del CAEME, durante una audiencia pública cuando en la cámara de diputados se discutía una ley que reglamentaba la propaganda médica y la profesión de los visitantes médicos, proyecto que fue convenientemente boicoteado por el lobby empresarial.

Entrevista con el Profesor Dr. Hugo Norberto Catalano, Jefe del servicio de Clínica Médica, del Hospital Alemán, Centro Adherente Red Cochrane Iberoamericana.

El Dr. Catalano ha tenido la amabilidad de brindarnos una entrevista, donde quedó de manifiesto su vocación docente y en la que respondió nuestras inquietudes sobre la medicalización.

La entrevista, no sólo aclaró muchas dudas e incertidumbres sobre el tema, sino que nos permitió recorrer aristas que desconocíamos, y se develaron cuestiones más que interesantes.

En la conversación, el Dr Catalano explicó que la medicalización integra distintos puntos de vista:

- La experiencia clínica;
- la investigación;
- la prevención cuaternaria en el marco social
- la legislación.

La experiencia clínica indica determina la relación médico-paciente de acuerdo a distintos modelos médicos:

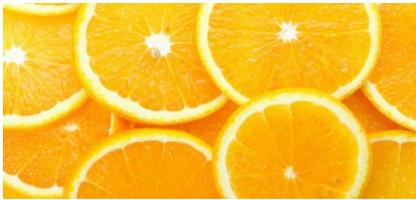
- 1) Paternalista: El médico indica la conducta a seguir con autoridad y actitud protectora.

- 2) *Asesor Perfecto*: El médico utiliza evidencia para inducir la conducta indicada.
- 3) *Empoderamiento*: El médico delega decisión al paciente.
- 4) *Decisiones compartidas*: El médico ofrece la evidencia y el paciente evalúa las alternativas.

Estos modelos influyen en el diagnóstico y tratamiento de episodios frecuentes de medicalización, como por ejemplo: menopausia, cáncer de próstata, hipertensión, y prescripción de ácido acetilsalicílico y estatinas.

En cuanto a investigación clínica tomamos como ejemplo el caso de la publicación digital:

<http://chequeado.com/mitos-y-enganos/ila-vitamina-c-evita-los-resfrios/>



¿La Vitamina C evita los resfrios?

el equipo de médicos Ariel Izcovich, Carlos González Malla, Juan Criniti, Martín M. Díaz Maffini, Matías Manzotti y Hugo Catalano

05 ENERO, 2015

Los estudios científicos realizados confirman que ayuda a prevenir y acortar resfríos comunes; pero los beneficios son pequeños y probablemente no justifiquen su indicación a la población general.

Los resfríos comunes son un problema de salud frecuente que, si bien no se asocian a complicaciones graves, ciertamente generan molestias en la población y elevan los costos en Salud. Se ha postulado que la Vitamina C usada preventivamente podría disminuir la frecuencia de aparición de resfríos y una vez contraída la enfermedad, usada como tratamiento, reduciría la severidad. Esta postulación está relacionada con algunos estudios realizados hace varias décadas y que hipotetizaban sobre la acción de la vitamina en el sistema inmune, ayudando al cuerpo a defenderse del ataque del virus del resfrío.

Toda intervención médica, como lo es la indicación de Vitamina C, tiene potenciales aspectos positivos y negativos. Para poder definir si es conveniente usarla para prevenir resfríos deben considerarse ambos aspectos. Para ello, es necesario utilizar información lo más confiable posible, tanto para determinar los potenciales beneficios como los perjuicios.

Esta información proviene de estudios científicos en los que a un grupo de personas sanas se les administró Vitamina C mientras que a otro grupo se le administró placebo (un comprimido que no contiene ningún componente activo). Una [revisión](#) de la literatura bibliográfica existente relacionada a este tema publicada en 2013, identificó en total 29

estudios de este tipo que evaluaron los aspectos positivos y negativos de indicar vitamina C para prevenir el resfrío y los resultados mostraron que por cada 1000 personas a los que se les indica Vitamina C por un lapso de tiempo de al menos 3 meses se previenen 24 resfríos. Es decir que 24 personas saldrán beneficiadas mientras que 976 no lo harán (ver [acá](#) el documento técnico con los cuadros comparativos).

Por otro lado, dichos estudios también evaluaron la duración de los resfríos y, en este aspecto, los resultados mostraron aún menos ventajas: asumiendo una duración promedio del resfrío de 7 días, la ingesta de Vitamina C acorta la duración en un poco más de 15 horas. Los estudios mencionados no mostraron que la ingesta de vitamina C se haya asociado a efectos adversos importantes.

Por todo lo mencionado puede concluirse que las pruebas científicas disponibles confirman que la Vitamina C se asocia a beneficios en cuanto a la prevención y duración de resfríos comunes. Pero los beneficios observados son tan pequeños, que es muy probable que la mayoría de las personas elija no tomar vitamina C dado que esto implicaría gastar dinero e ingerir un medicamento diariamente con escasas chances de tener resultados positivos.

-  Ariel Izcovich

5 febrero, 2015 a las 8:08 pm

Creo que estamos de acuerdo en que el efecto es menor y que la mayoría de la gente no erigiría tomar vitamina C, pero los resultados de los estudios muestran con alta calidad de evidencia que cada 42 personas que la toman por un determinado tiempo se evita 1 resfrío. Por lo tanto NO es una falacia.

Ariel Izcovich 5 febrero, 2015 a las 8:21 pm

Definir la relevancia de una intervención médica solo mirando la reducción de riesgo absoluto es un error. Coincido en que en este caso un 2,4% es irrelevante y así fue planteado en el artículo, pero si asumiéramos que cualquier intervención con 2,4% de efectividad no debería considerarse tendríamos por ejemplo que dejar de usar antiagregantes plaquetarios en el ACV (RRA 1,3% para muerte o discapacidad, Sandercock PA, Counsell C, Tseng MC, Cecconi E. Oral antiplatelet therapy for acute ischaemic stroke. Cochrane Database Syst Rev. 2014 Mar 26;3:CD000029. doi: 10.1002/14651858.CD000029.pub3.)

El Dr. Catalano resalta el rol de la prevención cuaternaria y la importancia de su divulgación entre los profesionales de la salud y la población en general.

Nos parece fundamental en la temática de la medicalización realizar una reseña del artículo:

“Prevención cuaternaria: es posible (y deseable) una asistencia sanitaria menos dañina” de los Dres. Juan Gérvas Camacho, Enrique Gavilán Moral y Laura Jiménez de Gracia

Llamamos prevención cuaternaria al conjunto de actividades que intentan evitar, reducir y paliar el perjuicio provocado por la intervención médica. Se evita el daño obviando actividades innecesarias (p. ej., suprimiendo dosis redundantes de revacunación antitetánica). Se reduce el daño limitando el impacto perjudicial de alguna actuación (p. ej., empleando protectores tiroideos al hacer radiografías dentales). Se palia el daño

reparando la salud deteriorada como consecuencia de una actividad médica (p. ej., pautando el abandono paulatino de benzodiazepinas en una adicción consecuente al tratamiento del insomnio).

La prevención cuaternaria es una cuestión social que interesa al conjunto de la población, a sanos y enfermos, especialmente en el actual contexto de creciente medicalización.

TABLA 1

Tipos de prevención según la concepción del médico (centrada en la enfermedad como ente normativo) o en el paciente (vivencia del enfermar)

VISIÓN DEL PACIENTE	Enfermar (continuo)	Visión del médico		TIPOS DE PREVENCIÓN
		Enfermedad (dicotomía)		
		Ausente	Presente	
Ausente		Prevención primaria (enfermar ausente, enfermedad ausente)	Prevención secundaria (enfermar ausente, enfermedad presente)	
Presente		Prevención cuaternaria (enfermar presente, enfermedad ausente)	Prevención terciaria (enfermar presente, enfermedad presente)	

- *Abusos en prevención: la prevención solo se justifica si prevenir hace menos daño que curar. Según esto, no está justificado utilizar terapia hormonal en la menopausia para evitar infartos de miocardio⁴ ni tampoco la revacunación antitetánica cada 10 años (basta cumplir el calendario vacunal y revacunar a los 65 años⁵). Es bastante dudoso el uso de estatinas en prevención primaria cardiovascular o los suplementos farmacológicos de yodo en embarazadas sanas⁷. Igualmente existen dudas sobre la efectividad de la mamografía en prevención del cáncer mamario. Por el contrario, sí existe certeza acerca de la inutilidad de la*

determinación del PSA, con o sin tacto rectal, como cribado del cáncer prostático. Y es perjudicial el autoexamen de mamas para la detección precoz del cáncer de mama¹.

- Excesos en el uso de pruebas complementarias y de tecnología en general: estos exámenes no son «inocentes», tanto por el daño que causan por sí mismos como por las «cascadas» que conllevan. Por ejemplo, el riesgo acumulado de mortalidad por cáncer inducido por radiaciones es de ocho muertes por cada 10.000 estudios radiológicos realizados en menores de 15 años. Abusar de técnicas de imagen, incluso no radiactivas, en patologías como, por ejemplo, hernias discales, puede resultar contraproducente (a más técnicas de imagen, peor resultado en salud y mayor grado de minusvalía).

- Excesos en tratamientos: medicamentos como balas. Los medicamentos mejoran la salud, o todo lo contrario. Los fármacos pueden dañar de muchas formas: efectos adversos, administración inadecuada, errores de dosificación, duplicidades, interacciones, polimedicación innecesaria, etc. Estos problemas suelen ser más frecuentes y graves en ancianos, principalmente en ancianos frágiles polimedificados. Y en la génesis de la polimedicación no solo encontramos factores dependientes del paciente: si aplicamos de forma acrítica las guías basadas en la evidencia, una hipotética paciente de 79 años, hipertensa, diabética, con enfermedad pulmonar obstructiva crónica y osteoartrosis puede acabar tomando 12 medicamentos. Esto aumenta la posibilidad de aparición de reacciones adversas, confundidas demasiado a menudo con agravamientos de procesos existentes o la aparición de nuevos problemas, lo que conlleva nuevas prescripciones que empeoran aún más la

situación¹⁵. Ejemplos clásicos son tratar la hiperuricemia asintomática provocada por los diuréticos o utilizar antitusivos contra la tos por inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina. Especial mención merecen los medicamentos de reciente comercialización, cuyo balance beneficios-riesgos en condiciones reales todavía no es lo bastante conocido. Sin embargo, estos fármacos suelen ser promocionados muy activamente por los laboratorios farmacéuticos, lo cual, sumado a la fascinación por lo nuevo y la falta de prudencia, conduce a su consumo por muchas personas en muy poco tiempo. Por ello, no pocas veces aparecen problemas de seguridad de cierta gravedad que generan alarma social, como en el caso de la rosiglitazona o el rofecoxib.

- Excesos en rehabilitación: la rehabilitación, como la prevención, tiene un aura positiva. Pero algunos excesos no se justifican. Por ejemplo, en cuestión de tratamientos para el dolor de cuello, hombros y espalda, se estima que únicamente puede considerarse de eficacia probada el 40% de los servicios contratados por el sistema público.

TABLA 2

Algunos ejemplos de prácticas innecesarias, inadecuadas, dañinas o sobreutilizadas en atención primaria

Actividades preventivas

Solicitud de PSA para el cribado de cáncer de próstata
 Sangre oculta en heces para el cribado sistemático de cáncer de colon
 Densitometría ósea en mujeres perimenopáusicas
 Espirometrías para el cribado de EPOC en ausencia de síntomas sugestivos
 Cribado de cáncer de cérvix en mujeres de bajo riesgo por encima de 65 años y en mujeres sometidas a histerectomía (útero y cérvix) por enfermedades benignas

Prescripción de medicamentos

Antibióticos para las bronquitis agudas no complicadas
 Inhibidores de la bomba de protones y anti-H2 de forma sistemática a todo adulto que tome AINE
 Terapia hormonal sustitutiva durante la menopausia en mujeres sanas
 Prescripción de hipolipemiantes en pacientes sin antecedentes coronarios y bajo riesgo
 Broncodilatadores para bebés con bronquiolitis aguda

Pruebas complementarias y otros procedimientos diagnósticos

Radiografías para lumbalgias agudas
 Chequeos analíticos regulares en personas sanas
 Marcadores tumorales para despistaje inicial de tumores malignos
 Radiografías de control en pacientes con neumonía no complicada
 Pruebas preoperatorias (analítica, radiografía, electrocardiograma) en pacientes sanos

AINE: antiinflamatorios no esteroideos; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; PSA: antígeno prostático específico.

Ejemplos obtenidos del texto y de las lecturas recomendadas 2 y 3.

Estrategias de prevención cuaternaria. Paradigmas:

- «Toda intervención sanitaria conlleva beneficios y daños. Solo algunas ofrecen más beneficios que daños.»
- «La prevención es mejor que la curación cuando la intervención preventiva hace menos daño que la intervención curativa.»
- «Las cascadas son inevitables, salvo en su origen.»
- «Hace menos daño un “no” razonable que un “sí” complaciente.»
- «Hay muchos problemas para los que no tenemos respuesta.»
- «Todo paciente tiene alguna conducta sana.»

La prevención cuaternaria es una actividad sanitaria más, por lo que no deja de ofrecer simultáneamente beneficios y perjuicios. No conviene, por ello, aceptar sus propuestas sin críticas. No nace como «corriente salvadora» de todos los vicios de la asistencia sanitaria, ni como un modelo de refundación de la medicina que se termine convirtiendo en una especie de «religión» de profesionales descontentos con el actual sistema sanitario, sino una alternativa que busca minimizar los riesgos. Quien «compre» prevención cuaternaria debe considerar los pros y contras de las diferentes propuestas, e intentar su aplicación prudente según la situación de cada paciente y comunidad.

La prevención cuaternaria es el conjunto de actividades que intentan evitar, reducir y paliar el daño provocado por la intervención médica. Aunque todas las actuaciones clínicas buscan un beneficio, ninguna está exenta de riesgos. Así, pruebas diagnósticas,

actividades preventivas, medicamentos prescritos o métodos rehabilitadores pueden desencadenar cascadas de acciones que generen círculos viciosos dañinos. Existen múltiples ejemplos de prácticas sanitarias innecesarias, perjudiciales o sobreutilizadas: la utilización del PSA para el despistaje del cáncer de próstata, el amplio uso de los inhibidores de la bomba de protones como «protector gástrico» o la solicitud de chequeos analíticos periódicos en personas sanas son algunos ejemplos. Por ello, es preciso desarrollar estrategias que nos permitan responder con fundamento y rapidez a la incertidumbre en la consulta, siempre con la máxima calidad y el mínimo daño posible.

Durante la entrevista, se habló al respecto a la legislación y se analizaron propuestas para controlar el gasto en medicamentos especiales en Argentina:

En diciembre del 2006, en Argentina la Cámara de Diputados otorgó media sanción a un proyecto de ley de “Código de Ética para la promoción de medicamentos” que en su artículo 2º establecía la obligatoriedad de incluir la DCI en todas las piezas publicitarias con igual tipografía y tamaño que los nombres comerciales. La ley fue luego objetada en la Cámara de Senadores y se encuentra aún sin sanción.

Extendiéndonos al respecto también existen propuestas para:

- a) extensión del uso de Denominación Común Internacional (DCI) en rotulado y prospectos;
- b) uso de DCI en propaganda y límites a la publicidad que induzca a la cautividad a la marca;

c) fortalecimiento de la fiscalización del cumplimiento de normas éticas en la promoción y comercialización.

http://apm.org.ar/informes/o8-o8-01_Revista-IEPS-2do-informe-investigacion.pdf

CONCLUSIÓN:

La medicalización es un proceso continuo que se autoalimenta y crece de forma constante, facilitado por la situación en que la sociedad va perdiendo la capacidad de resolución y su nivel de tolerancia es creciente. Los profesionales sanitarios son, a la vez, actores y víctimas de este fenómeno.

Esto genera en ocasiones falsas necesidades y aspectos de la vida cotidiana son medicalizados con el pretexto de tratar falsas enfermedades y procesos biológicos naturales.

La adversidad cotidiana adquiere hoy rango de enfermedad, además de el uso de potencial realización del marcromarketing investigaciones sobre aspectos éticas y calidad de vida de las industria de la salud y calidad de muerte y de morir se problemas.

BIBLIOGRAFÍA:

- Historia de la Medicalización, Dr. MICHEL FOUCAULT, Segunda Conferencia de Medicina Social en Octubre 1974.
- www.osalde.org/drupal.NekaneJaio
- www.unesco.org.uy
- <http://amf-semfyc.com/web/article.ver.php?id=994>
- <http://www.fmed.uba.ar/depto/medfam/2015/11.pdf>
- www.scielo.isciii.es/Revista Clínica de Medicina de la Familia Junio 2011
- El proceso de medicalización de la sociedad y el déficit de atención con Hiperactividad (ADHD). Aportes históricos y perspectivas actuales. Eugenia Bianchi. VI Jornadas de Sociología de la UNLP 2010.
- Elementos para una genealogía de la medicalización, Marisa Germain, Psicóloga, Magister en Salud Pública, Miembro de la Cátedra de Sociología. Año 2007.
- Instituto de Estudios sobre políticas de salud -IEPS-, segundo informe.
- “Prevención cuaternaria: es posible (y deseable) una asistencia sanitaria menos dañina” de los Dres. Juan Gérvas Camacho, Enrique Gavilán Moral y Laura Jiménez de Gracia