

---

# Medicina, salud y sociedad

André Gorz

Escrito en 1974 y publicado como capítulo III del libro (recopilatorio) *Ecología y política*, Ed. Viejo Topo, 1980.

## Introducción

El trabajo que sigue a continuación es el comentario de dos obras y de una parte de la literatura que las ha inspirado. Estas dos obras son: *Némesis médica* de Ivan Illich, y *l'Invasion pharmaceutique*, de Jean-Pierre Dupuy y Serge Karsenty<sup>1</sup>. No es mi intención, así como tampoco de los autores en los que me baso, hacer una requisitoria técnica contra los médicos. Los ejemplos técnicos tomados casi siempre de trabajos anglosajones, tienen como única función ilustrar los argumentos que constituyen la trama del trabajo.

1. La civilización capitalista hace consumir por una parte lo que destruye, y por otra parte lo que repara. El crecimiento acelerado de los últimos veinte años ha encontrado ahí su principal resorte. Sin embargo, las destrucciones son cada día más importantes y las reparaciones, pese a su amplitud y su costo, cada vez menos eficaces. Esto es especialmente válido en materia de salud.
2. Cada vez hay más médicos y cada vez hay más enfermos. En todos los países industrializados, la gente, desde hace una decena de años, mueren más jóvenes y son más propensos a la enfermedad, pese a la expansión del aparato médico, pero también a causa de esa expansión.
3. Las enfermedades epidémicas más extendidas son enfermedades degenerativas, de civilización, que la medicina no sabe prevenir ni curar: cáncer, enfermedades cardiovasculares, catarros, etc. Estas enfermedades atacan a una proporción creciente de la población pese a la utilización de técnicas curativas cada vez más importantes. Todo indica que estas están ligadas a nuestro modo y a nuestro medio de vida. Civilizaciones diferentes de la nuestra están exentas de ellas. De todos los factores de la salud, la medicina es uno de los menos eficaces.
4. La medicina misma contribuye a la multiplicación de las enfermedades, y esto de dos maneras:
  - a) En tanto que institución social, está encargada de atenuar los síntomas que hacen plegarse a los enfermos inadaptados al papel que la sociedad les otorga. Incitando a la gente a poner su enfermedad en manos del médico, la sociedad desvía su atención de las razones fundamentales y permanentes de su malestar. Tratando las enfermedades como anomalías accidentales e individuales, la medicina oculta las razones estructurales, que son sociales, económicas y políticas. Se convierte así en una técnica para aceptar lo inaceptable.
  - b) Al servicio de una idea mítica de la salud<sup>2</sup>, la medicina hace creer que la salud puede comprarse, lo que dependería del consumo de cuidados especializados y de drogas; cada órgano, cada acontecimiento biológico, cada edad, cada afección y la agonía misma deben tener su especialista. Estimulando así la dependencia médica lo mismo de los sanos que de los enfermos, la medicina rebaja el umbral de la enfermedad y añade sus propios venenos a los del modo de vida industrializado.
5. A diferencia de muchas de las especies animales, el hombre no está perfectamente adaptado a un entorno natural dado de una vez para siempre. No puede vivir más que por su trabajo, es decir por las transformaciones que imprime a la naturaleza. Por esta razón no existe para el hombre un *estado natural*: su salud y las reglas de vida que la favorecen son hechos culturales. Lejos de ser un elemento natural, la salud es para él una tarea.
6. Disponer de buena salud es estar en condiciones de asumir la enfermedad, lo mismo que la pubertad, el envejecimiento, el cambio, la angustia de la muerte... Sin embargo la hipermedicación dispensa o impide al individuo de asumir todo esto. Multiplica el número de enfermos. Es lo que Illich llama la yartrogénesis estructural: es decir la generación estructural de la enfermedad por la institución médica.
7. Esta hipermedicación no es evidentemente la razón más importante del aumento constante, desde hace una decena de años, de la morbilidad: la razón más importante hay que buscarla en el hecho de que el trabajo parcelario asalariado y las relaciones mercantiles destruyen en el individuo la autonomía y las motivaciones que le hacen capaz de asumir su vida, su salud, sus males y su muerte.

---

<sup>1</sup> Ambos en ediciones de Seuil. La versión francesa de *Némesis médicale* no estaba acabada en el momento de la redacción del presente trabajo. (versión castellana de *Nemesis medica: Némesis Médica*, Barral Ed. Barcelona, 1975).

<sup>2</sup> La idea de salud que ha difundido la subcultura publicitaria del capitalismo decadente es la de una capacidad ilimitada de disfrute consumista. Toda fatiga, desfallecimiento, molestia, saturación, inconformidad o dolor es propicio a la medicación. La mayor parte de las anfetaminas, en los Estados Unidos, está prescrita a mujeres que, para adelgazar, solicitan que les reduzcan el apetito.

---

8. Los fundamentos de la salud son extramédicos, a saber: la reconciliación de los individuos con su trabajo, su entorno y su comunidad. Nos declaramos enfermos más rápidamente, cuanto más ajenos y fastidiosos nos aparecen nuestra vida y nuestro trabajo. En este sentido es en el que esta sociedad es patógena: multiplicando los factores *objetivos* de morbilidad (por ejemplo las enfermedades degenerativas), socava los fundamentos *existenciales* de la salud.

9. Por esta razón, en una perspectiva revolucionaria la salud y el problema de la salud deben ser desmedicalizados: ambos son objeto no del médico y de la medicina, sino de la higiene:

*La medicina*, en efecto, es el conjunto de cuidados y tratamientos codificados que concede a la gente un cuerpo de profesionales especializados.

*La higiene* es el conjunto de conductas y de reglas que la gente observa *por sí misma* para conservar o recobrar la salud.

Cuando el saber médico entra en la cultura popular, origina conductas de higiene que le confieren una eficacia máxima: lavarse las manos, purificar el agua, variar la alimentación, hacer ejercicio, etc. Entre la higiene y la medicina existe la misma diferencia que entre la cultura popular y la cultura elitista. 10. La traducción del saber médico útil a la higiene es un objetivo tradicional de los revolucionarios. Proviene de una actitud no anticientífica, sino de una actitud antielitista. Según Illich, el saber médico eficaz consiste, en sus nueve décimas partes, en tratamientos simples y poco costosos, al alcance de cualquier profano interesado, con tal que sepa leer unas instrucciones. Sin embargo, la mayor parte de los gastos médicos está consagrada a grandes tratamientos, costosos y cuya eficacia no está probada.

El objetivo de este trabajo es incitar a la gente no a rechazar todos los medicamentos y cuidados médicos, sino a “recuperar el poder sobre la enfermedad, sobre el propio cuerpo y sobre el espíritu, denunciando todo lo que en su vida cotidiana les convierte en enfermos: la escuela, la fábrica, el chalé a plazos, la pareja, etc.”<sup>3</sup>

## 1. Medicina y enfermedad

Desde hace una decena de años, la medicina genera más enfermos de los que cura. Se ha convertido en la más despilfarradora, contaminante y patógena de todas las industrias. Pretendiendo parchear caso por caso, individuo por individuo, en poblaciones cada vez más enfermizas, oculta las causas profundas de sus enfermedades, que son sociales, económicas y culturales. Pretendiendo aliviar todos los sufrimientos y angustias, olvida que en última instancia, los individuos están destrozados en su cuerpo y en su psiquismo por el modo de vida. La medicina, ayudándoles a soportar lo que les destruye, contribuye finalmente a esta destrucción.

Tales son brevemente resumidas, las tesis centrales del libro de Ivan Illich, *Némesis Médica*, obra que chocará aún más que las precedentes. Pues, la medicina es aún más vaca sagrada que la velocidad, que la escuela, que las mega-herramientas de la mega-industria, blancos de las obras precedentes de Illich. De todos los instrumentos de nuestra *normalización* social y de nuestra autodesposesión, la medicina -que ataca a las fuentes más profundas de nuestra autonomía: a nuestra relación con el cuerpo, a la vida, a la muerte- es a la que asignamos el mayor prestigio.

Profesionales o profanos ¿no atribuimos corrientemente a la medicina la rápida elevación de la esperanza de vida: veinte años en la época de Cristo, veintinueve años en 1750, cuarenta y cinco años en 1900, y setenta años en la actualidad? ¿No atribuimos corrientemente a Pasteur y a Kock, a las vacunas, a la quimioterapia y a los antibióticos la regresión de las enfermedades infecciosas y la progresión de la longevidad? ¿No tenemos por evidente que el estado de salud de un pueblo depende del número de médicos y de camas de hospital de que dispone, de la cantidad de atenciones y de medicamentos que consume? Pues bien, todo eso es falso: la eficacia *curativa* de la medicina es y ha sido siempre reducida. Ya es hora de colocarla en el lugar que le corresponde.

### I. Las falsas victorias

Es cierto que la medicina ha aprendido a tratar casi la totalidad de las enfermedades infecciosas, algunas deficiencias endocrinas como la mixodema y algunos desarreglos metabólicos como la diabetes. Pero en su conjunto, lleva una guerra de retraso: pues es incapaz de curar las grandes enfermedades crónicas degenerativas que han tomado el relevo de las infecciones en tanto que causas principales de muerte prematura<sup>4</sup>. Continúa siendo imposible frente a los males más extendidos “catarros”, jaquecas, afecciones de las vías respiratorias, problemas de digestión. Si se observa con atención, tampoco es cierto que le corresponda el mérito que corrientemente se le atribuye de la regresión de las enfermedades infecciosas.

Ved si no la siguiente curva tomada de un estudio de Winkestein y French<sup>5</sup>: representa la mortalidad por tuberculosis desde 1900 en Estados Unidos. ¿Qué nos enseña? Pues que tanto en América como en Europa, la tuberculosis mataba a

---

<sup>3</sup> *Tankonala santé*, 1 rue des Fossés Saint-Jacques, Paris, editorial del n° 8.

<sup>4</sup> Principalmente las enfermedades cardiovasculares y los cánceres.

700 personas por año y por cada mil habitantes, al principio del siglo pasado. En 1882, año en que Koch descubrió el bacilo, la tuberculosis ya había descendido a la mitad. En 1910, momento en que fueron creados los primeros sanatorios, la tuberculosis había descendido en un 75 %. Y, a continuación, ni la técnica del neumotorax, introducida hacia 1930, ni la quimioterapia, adoptada después de 1945, ni los antibióticos, aplicados con éxito hacia 1950, han tenido un efecto sensible sobre la pendiente de la curva.

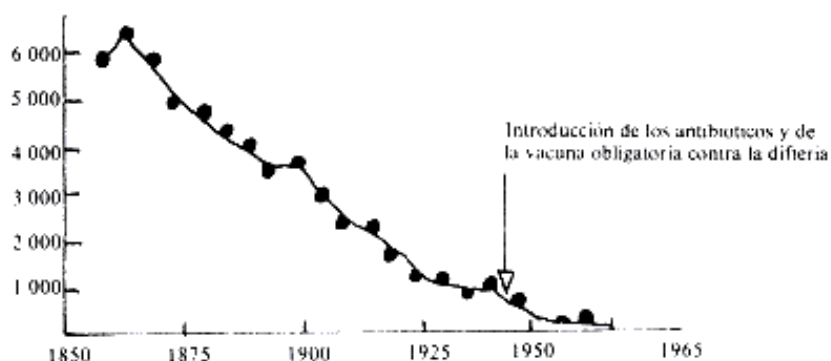


En resumen, la regresión de la tuberculosis no es debida a la medicina. A igualdad de atenciones y de vigilancia médica, los pobres siguen contrayéndola cuatro veces más frecuentemente que los ricos. Es cierto que la medicina ha puesto a punto tratamientos cada vez más eficaces, sin embargo la batalla, en lo esencial, ha sido ganada al margen de ella.

El mismo tipo de demostración puede hacerse con otras grandes calamidades: por ejemplo el cólera y el tifus, que cualquier enfermero e incluso cualquier profano puede tratar hoy con medios simples y eficaces. Ahora bien, el tifus y la cólera habían prácticamente desaparecido de Europa antes incluso de que el bacilo y el vibrión que las provocan fuesen aislados.

Observad el siguiente gráfico, debido a R. R. Porten<sup>6</sup> muestra que la mortalidad por escarlatina, difteria, tosferina y sarampión habían disminuido ya en un 90 % en el momento en que la vacuna obligatoria y los antibióticos fueron introducidos en Gran Bretaña. La pendiente de la curva no ha sufrido inflexión notable después de esta introducción en 1948.

**NUMERO DE MUERTOS, POR MILLON DE MENORES DE 15 AÑOS  
atribuidos a la escarlatina, la difteria, el sarampión y la tosferina  
(Inglaterra y País de Gales, 1850-1965)**



Esto indica que las enfermedades infecciosas han decrecido independientemente de las armas, por otra parte eficaces, que la medicina ha puesto a punto contra ellas, para ser sustituidas por otras enfermedades epidémicas contra las que la medicina no puede hacer gran cosa. “La industrialización, escribe John Cassel<sup>7</sup>, estuvo acompañada en sus comienzos, por el rápido desarrollo de la tuberculosis. Esta alcanza su apogeo al cabo de unos cincuenta a setenta y cinco años (es decir, hacia 1800-1825), para sufrir a continuación un descenso regular, independiente de sus tratamientos, y ser relevada por síndromes de desnutrición como el raquitismo (en Gran Bretaña) y la pelagra (en

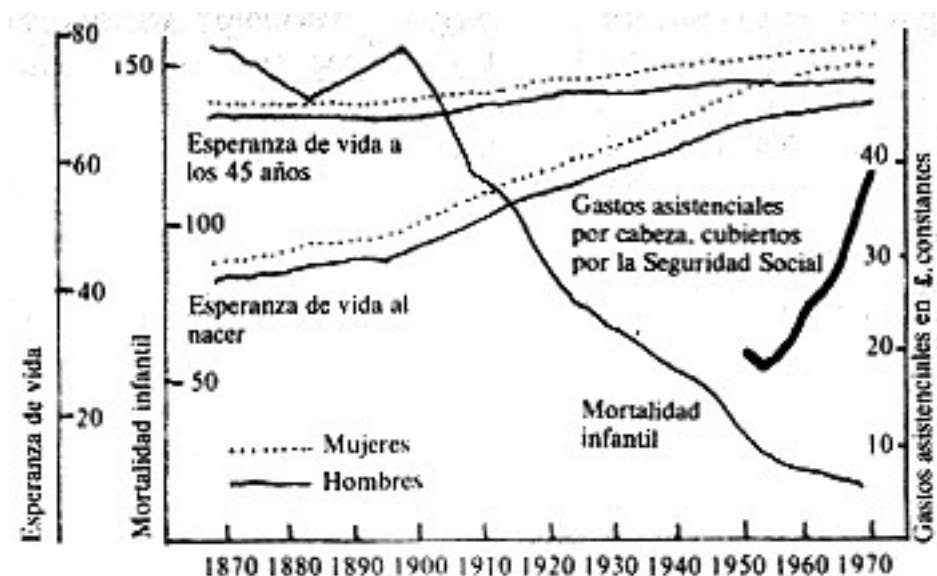
<sup>5</sup> Warren Winkelstein y Fern E. French, “The Role of Ecology in the Design of a Health Care System” en *California Medicine*, p. 113-117, 12 de noviembre de 1970. Ver también René Dubos, *L'Homme et l'Adaptation au milieu*, Payot, 1973.

<sup>6</sup> Reproducido por John Powles en *Science, Medicine and Man*, vol. 1, p. 7. The Pergamon Press. Londres, 1974. Publicado primeramente en *Antología Medicina*, t. 7/4, CIDOC, Cuernavaca (Méjico), 8 volúmenes.

<sup>7</sup> Profesor de epidemiología en la universidad de Carolina del Norte. Comunicación a la American Sociological Association, 29 de agosto de 1973. Reproducido en *Antología Medicina*, t. 8 / 1, CIDOC, 1974.

Estados Unidos). Por razones desconocidas en parte, estas enfermedades han descendido a su vez, desplazadas por enfermedades infantiles. La disminución rápida de éstas durante los años 30 marchó emparejada con el desarrollo espectacular de las úlceras de duodeno, principalmente entre los hombres jóvenes. Esta afección retrocede a su vez por razones totalmente desconocidas, para ser relevada por las epidemias modernas: enfermedades cardiovasculares, hipertensión, cáncer, artritis, diabetes, y problemas psíquicos”.

Las enfermedades, en último término, aparecen y desaparecen en función de factores relacionados con el medio, la alimentación, el hábitat, el modo de vida y la higiene. Así, la desaparición del cólera y del tifus, la casi desaparición de la tuberculosis, de la malaria, de la peste, son debidas no al progreso de la terapia, sino al tratamiento del agua potable, a la generalización del alcantarillado, a las mejores condiciones de trabajo, de vivienda y de alimentación, a la desecación de las tierras pantanosas, al empleo del jabón, de las tijeras y del algodón esterilizados por parte de las comadronas. Los médicos han contribuido al desarrollo de estas prácticas; pero éstas no lograron toda su eficacia hasta que la higiene y la asepsia (como la contracepción) dejaron de ser técnicas médicas para convertirse en costumbres de todo el mundo. No es la medicina la que asegura la salud sino la “higiene” (*hygieia*) en su sentido original: conjunto de reglas y condiciones de vida.



“Incluso en la casi totalidad de los países subdesarrollados, escribe Charles Stewart<sup>8</sup>, la mejora del estado de salud ha sido obtenida casi enteramente por la mejora de la higiene pública; la creciente distribución de asistencias médicas tan sólo ha jugado un papel marginal, si es que ha jugado alguno... El hecho de que desde hace dos décadas la esperanza de vida apenas ha progresado en Estados Unidos, y que ésta sea más elevada en varios países en los que la medicina se encuentra a un nivel bastante inferior al nuestro, sugiere una productividad muy débil de nuestro sistema asistencial.”

El gráfico precedente, presentado por John Powles<sup>9</sup>, da una representación sorprendente de esta “productividad muy débil”: presenta en paralelo el crecimiento de los gastos asistenciales y la evolución de la longevidad por una parte, y la esperanza de vida *al nacer*, por otra. Muestra que la duplicación de los gastos sanitarios, desde 1950, prácticamente no ha tenido efecto sobre la longevidad y que la elevación de la esperanza de vida es casi enteramente imputable, desde 1920, al descenso de la mortalidad infantil.

El cuadro presentado por Charles Stewart no es menos elocuente: muestra esperanzas de vida casi idénticas en países muy desigualmente “desarrollados” desde el punto de vista médico (la densidad de médicos varía en la proporción de uno a cuatro).

	Esperanza de vida	Mortalidad infantil %	Médicos por 10.000 hab.
Barbados	69	47,7	4,2
Jamaica	69	35,4	4,9
Costa Rica	67	65	5,4
Canadá	71	23,1	12,2
Estados Unidos	70	23,3	15,6
Argentina	68	59,3	16,4

<sup>8</sup> Charles T. Stewart, “Allocation of Resources to Health” en *The Journal of Human Resources*, VI, 1, 1971.

<sup>9</sup> En *Science, Medicine and Man*, op. cit.

---

Stewart concluye, con buen sentido, que si la gente se muere, no es culpa de los médicos, y que si llegan a viejos tampoco. ¿Objetareis que se puede llegar a viejo sin médicos en Jamaica, pero no en Canadá o en Francia? Si esta objeción fuese demostrable, querría decir que: cuanto más rico es un país, más sujeta está su población a las enfermedades; y que necesita, por tanto, una gran cantidad de atenciones para vivir con tan buena salud como las poblaciones pobres. Por muy favorable que sea esta objeción para los ecologistas (y para los médicos), es insostenible: nunca se ha podido probar que, en un mismo país, el aumento de la densidad médica y de los gastos asistenciales hagan bajar la mortalidad. Como se verá a continuación, más bien puede ser lo contrario. Si en Francia, se muere más joven en algunos departamentos de débil densidad médica la razón es muy agradable... el alcoholismo. Corregidos los efectos del alcoholismo, las disparidades desaparecen.<sup>10</sup>

En cambio, según los cálculos de Stewart, hay dos factores que tienen un efecto positivo muy potente sobre la elevación de la esperanza de vida: las conducciones de agua potable y la alfabetización. Estos dos factores por sí solos explicarían el 85,8 % de las disparidades de esperanza de vida en el mundo<sup>11</sup>.

A la vista de estos datos, no puede uno dejar de preguntarse a cuento de qué viene, en todos los países industrializados, la expansión fulminante (entre un 10 y un 15 anual, en moneda constante) de los gastos sanitarios. ¿Qué sentido tiene la carrera por aumentar el número de médicos, el número de camas de hospital, y la producción de medicamentos? Si los americanos que gastan 320 dólares por persona y año en cuidados médicos no se encuentran mejor que los jamaicanos que gastan 9,60 dólares ¿por qué derrochan su dinero? ¿Y por qué atacar con grandes medios (y sin mucho éxito) las enfermedades antes que eliminar las causas?

Una de las claves a estas preguntas se encuentra en el siguiente hecho: en los países ricos más de las tres cuartas partes de los gastos asistenciales, se dirigen no a curar *enfermedades*, sino a cuidar una *salud* que se cree o se teme amenazada. El fin ya no es restablecer sino preservar y mejorar. Y como no existe límite a las mejoras, se ofrece un mercado inagotable a los fabricantes de “protectores”, ayudas, rejuvenecedores, fortificantes, tranquilizantes, etc. A esto (sobre lo que volveremos más adelante) es a lo que Illich llama la “medicalización de la salud”.

El refrán según el cual “lo mejor es enemigo de lo bueno” se aplica aquí mejor que en cualquier otro terreno: la mejor salud es enemigo de la salud a secas. Sugiriendo a todos que corren el riesgo de tener una enfermedad contra la que se podrían proteger con exámenes, tratamientos preventivos, y cuidados constantes, la medicina fabrica enfermos, sus enfermos. Y no se trata en absoluto de enfermos imaginarios.

## II. Una medicina patógena

### a) la yatrogenia directa

Las enfermedades provocadas por la medicina son de dos tipos. Las hay debidas a las intervenciones materiales de los médicos: intoxicaciones, infecciones, mutilaciones, heridas, etc. Y otras, que los médicos provocan o mantienen al incitar a la gente que no está o no se considera afectada por ninguna enfermedad a adoptar un comportamiento de enfermo a base de ansiedad, autoobservación, miedo al esfuerzo, dependencia... En Estados Unidos existe una literatura impresionante acerca de estas enfermedades y estas neurosis llamadas “yatrógenas”. Illich añade una tercera dimensión “la yatrogénesis estructural o existencial” que entiende como la invasión médica-farmacéutica, la medicalización de la salud, de la enfermedad, del embarazo, del nacimiento, de la sexualidad y de la muerte que han destruido en los individuos hasta los últimos fundamentos de la salud: la capacidad de asumir su condición y de hacer frente, por sí mismos, a los acontecimientos y a las pruebas de su existencia biológica.

Pero comencemos por las enfermedades yatrógenas en sentido estricto.

“Los efectos patógenos de la medicina, escribe Illich, son de todas las epidemias, una de las que más rápidamente se propaga. Las enfermedades provocadas por los médicos constituyen una causa de agravación de la morbilidad más importante que los accidentes de circulación o las actividades relacionadas con la guerra”. ¿Es esto una exageración? Juzgado a partir de algunos ejemplos. El que estos sean en su mayor parte extraídos de estudios americanos no quiere decir que los hospitales sean peores en Estados Unidos, sino solamente que allí son más sinceros y más críticos en el cuestionamiento y en el examen del sistema sanitario.

Tratando de medir los riesgos a los que expone la hospitalización a los pacientes, enfermos o no, dos médicos establecieron en 1965 el siguiente balance<sup>12</sup>: el 20 % de los pacientes admitidos en su hospital para recibir tratamientos o exámenes eran víctimas de uno o varios accidentes. Por término medio había un accidente por 41 días-paciente, y 1 accidente serio por 99 días-paciente. Los exámenes o tratamientos estaban en el origen del 27 % de los accidentes, de los cuales el 28 % eran debidos a accidentes o errores (especialmente en la administración de

---

<sup>10</sup> Según L. Lebart, CREDOC, junio de 1970. Citado por J.P. Dupuy y S. Karsenty, *La invasión farmacéutica*, op. cit.

<sup>11</sup> Evidentemente no hay que deducir que estos dos factores puedan ser introducidos aisladamente: el saneamiento del agua y la alfabetización (no confundir con la escolarización) implican una revolución social y cultural.

<sup>12</sup> J. T. Lamb y R. R. Huntley, “The Hazards of Hospitalization” en *Southern Medical Journal* mayo de 1967. La encuesta fue hecha en el North Carolina Memorial Hospital.

---

medicamentos) y el 45 % a intolerancias a los medicamentos. Esta última causa obligó al 9 % de los pacientes a prolongar su estancia en el hospital.

Evidentemente, esta encuesta artesanal y local, fue contestada. Los National Institute of Health (Institutos Nacionales de la Salud) organizaron una encuesta nacional. Su balance fue aún más consternador: de los 32 millones de personas que pasaron en 1970 por los hospitales (cifra que comprende las consultas externas), más del 10 % tuvieron que ser retenidos más tiempo del previsto a causa de la intolerancia a los medicamentos que habían recibido. Además, un millón y medio de personas fueron hospitalizadas a consecuencia de trastornos provocados por medicamentos que les había prescrito “su” médico<sup>13</sup>. Poco tiempo después, un farmacéutico, Marc Laventurier, y un médico, Robert Talley, estimaron que al menos 30.000 personas mueren anualmente, en los hospitales, por envenenamientos producidos por las medicinas. Impugnando esta estimación, la asociación de farmacéuticos y la de médicos, procedieron a realizar su propia encuesta, eligiendo como terreno de investigación al hospital universitario de Florida. Nueva consternación: en este hospital modelo, 1 paciente de cada 555 (o sea, el 0,18 %) muere anualmente por la administración de medicamentos. En los hospitales de Boston, especialmente famosos, se constata, poco tiempo después, una “mortalidad medicamentosa” más de dos veces superior a la anterior: 0,44 % por año, o sea 1 paciente de cada 288. (Igualmente este es el índice constatado en los hospitales israelíes). En resumen, en los hospitales, únicamente los medicamentos matan entre 60.000 y 140.000 americanos por año<sup>14</sup>, y convierten en enfermos más o menos graves a otros tres millones y medio.

¿Cuántos pacientes sufren otras afecciones a parte de los farmacéuticos? De las seis mil personas que en Francia mueren anualmente en la mesa de operación (de las cuales 2.000 son por culpa de los anestésicos)<sup>15</sup> ¿cuántas son operadas sin necesidad real? ¿Cuántos sufren, durante toda su vida, porque un cirujano les ha operado de un “desprendimiento de riñón” que apenas les molestaba? ¿A cuántas mujeres les es amputado su aparato genital (histerectomía) sin necesidad? A esta última pregunta, es también un médico americano quien aporta una respuesta, a partir de los informes de las 6.284 histerectomías practicadas en un solo año en los treinta y cinco hospitales privados de Los Ángeles<sup>16</sup>. Balance: 5.557 (88,5 %) fueron practicadas sin que su necesidad fuese establecida previamente. Según los propios informes de los cirujanos ninguna lesión había aparecido en 819 pacientes (que fueron por tanto amputadas de sus órganos sanos). Casi la mitad de todas las operadas (48,2 %) no presentaban antes de la operación, otro síntoma que un dolor de riñones o incluso ningún síntoma (5,4 %). Peor aún: el 30 % de las mujeres jóvenes (entre veinte y veintinueve años) amputadas fueron encontradas, después de la operación, sin ninguna afección. El diagnóstico postoperatorio no consiguió justificar la operación más que en 2.494 casos (40 %). En resumen, primero “quitar todo” y observar después: y esto no se practica sólo en California. Illich resume la operación subrayando: “Los accidentes son la causa principal de la mortalidad infantil; y los hospitales son el sitio en que se produce mayor número de accidentes. Además, el índice de accidentes es más elevado en los hospitales que en cualquier otro tipo de industria, a excepción de la construcción y la minería... Los hospitales universitarios son los más patógenos: de cada cinco pacientes uno contrae una enfermedad yatrógena exigiendo, en general, un tratamiento especial, ocasionando la muerte en un caso de cada treinta. Con semejante índice de accidentes en su activo un oficial sería inmediatamente relevado del mando, y un restaurante o un establecimiento nocturno cerrados por la policía”.

## b) La salud medicalizada

¿Qué conclusión debe sacarse? ¿Qué son necesarios más hospitales más modernos, más médicos y enfermeras mejor formados, controles más estrictos, mayores créditos? Illich saca la conclusión inversa: la medicina se ha convertido en una industria hipertrofiada; sus fábricas, sus burocracias, sus empresarios, ingenieros y encargados, se han apoderado de todo lo que se relaciona con la salud y la enfermedad, expropiando a los individuos de ambas: la gente es incitada a ponerse en manos de “los que saben”; la curación, el equilibrio físico y psíquico ya no se obtiene por el “arte de vivir”, la “virtud” y la “higiene” (*hygieia*) en el sentido clásico, sino por constantes intervenciones técnicas. Los ordenadores de estas intervenciones han convencido a la gente de que para vivir, sobrevivir, curar o soportar sus males tienen necesidad de rodearse de una especie de burbuja terapéutica tratada químicamente, aseptizada, tranquilizada, estimulada, regulada, y permanentemente controlada.

Si la medicina ha logrado colocar a todo el mundo bajo su dependencia, se debe a que esta sociedad fundamentalmente patógena ha producido una población fundamentalmente enfermiza. Los profesionales de la salud, lejos de atacar las causas profundas del mal, se limitan a censurar y a acosar los síntomas, ofreciendo a la gente atenuar su malestar, ocultar su sufrimiento, desembarazarles de su angustia y preservarles de lo peor. La medicina se convierte entonces en el *ritual técnico* de una asunción que aumenta, de hecho, el encantamiento y la magia (rebautizadas como “sugestión”, “placeboterapia”, “aseguración”, etc.) y que mina la capacidad de las personas aún más radicalmente de lo que lo hacían los sacerdotes. “Medicalizados”, los individuos dejan de considerar como natural el hecho de caer enfermos y de curarse, de envejecer y de morir. “En nuestros días, dice Illich, ya no se lo lleva a uno la muerte, sino una enfermedad de la que “habría podido” ser “salvado”; ya no se cura uno cuando está enfermo, sino

---

<sup>13</sup> Citado por Charles Levinson en *les Truts du médicament*, Le Seuil, 1974.

<sup>14</sup> Ver el *New York Times* del 22 de mayo de 1974.

<sup>15</sup> Evaluación del profesor Montagne, en *Le Monde*, del 3 de mayo de 1974.

<sup>16</sup> James C. Doyle, “Unnecessary Hysterectomies”, *JAMA* 151 (5), 53-01-31.

---

que es “curado”; ya no se está sano sino bien curado, bien preservado contra la infinidad de trastornos, cuyos signos no dejan de acechar.

Es por esta medicalización de la salud, más aún que por la medicalización de la enfermedad, por lo que la medicina acaba por convertir en enfermos a gente que, sin ella, se considerarían sanos. Decir que la medicina convierte en enfermos a más gente de la que cura, no es una exageración retórica. Objetar de antemano que los riesgos a los que os expone la medicina son poca cosa, en comparación con los que os harían correr las enfermedades que os amenazan, es desconocer un hecho esencial: en el 90 % de los casos los enfermos se curan (o pueden curarse) sin intervención terapéutica. Según el informe ya citado de los National Institute of Health, el 60 % de los medicamentos y del 80 al 90 % de los antibióticos son administrados erróneamente.

Pero hay un segundo hecho del que la prensa, en su momento, se hizo amplio eco: durante la huelga de un mes de los hospitales israelíes, el índice de mortalidad de la población fue más débil que en ningún otro momento. Únicamente se aceptaban las urgencias, lo que hizo descender en un 85 % el número de admisiones. Este mismo descenso del 85 % fue registrado en el curso de la huelga de hospitales neoyorquinos. Todo sucede como si la población se encontrase mejor cuando las asistencias médicas se limitan a las urgencias.

### c) Las trampas del diagnóstico

Sin embargo se dirá ¿y la medicina preventiva? ¿No reduce los riesgos de enfermedad? Vamos a ver que es precisamente lo contrario. Cuando, como ocurre actualmente, la medicina llamada preventiva se preocupa no de sanear el medio de vida y de trabajo, sino de diagnosticar los signos precoces de las enfermedades, aumenta el número de enfermos en lugar de reducirlo. Efectivamente, en primer lugar, como indicaba I. Boltanski<sup>17</sup>, las visitas obligatorias de diagnóstico “rebajan el nivel de tolerancia a las sensaciones mórbidas, instauran una relación más delicada con respecto al cuerpo y acrecientan la inseguridad” y, por esto, “aumentan las posibilidades subjetivas de enfermedad y de consumo médico”. Pero hay más. Son también los americanos los que han intentado medir los efectos patógenos. Bergmann y Stamm, por ejemplo, han hecho un estudio sobre el diagnóstico precoz escolar de las afecciones cardíacas<sup>18</sup>. Asombrados por la proporción de niños a los que les prohibía el deporte y los juegos, a los que se mimaba en casa y en la escuela, y a los que se atiborraba de calmantes porque tenían un “soplo de corazón”, estudiaron a toda la población escolar de Nashville. Su conclusión fue que el 44,4 % de los niños tienen un “soplo de corazón” anodino, que no les impide ser personas sanas. “Las incapacidades que se les inflige a causa de esta no-enfermedad parecen más importantes que las provocadas por la enfermedad cuando existe.”

Audy y Dunn, por su parte, se dedicaron a la experiencia siguiente: examinaron a 4.000 personas sanas y constataron que el 30 % tenían afecciones manifiestas sin saberlo, y el 60 % afecciones latentes bien compensadas; solamente el 10 % estaban clínicamente sanos<sup>19</sup>. Conclusión: bastaba con informar a las personas sanas de su cuadro clínico para transformar al 90 % de ellas en pacientes y provocar en la mayor parte de ellas la aparición o la agravación de síntomas que habían ignorado hasta entonces.

Objetaréis que tratándoles desde el estado presintomático, ¿se tenían mejores posibilidades de atajar o de curar las enfermedades detectadas? Pues bien, desengañaos: por la ansiedad que suscitan, el diagnóstico o el pronóstico precoces provocan generalmente una degradación del estado de salud. N. J. Roberts lo ha comprobado en una encuesta extendida a varios miles de pacientes seguidos durante siete años: el tratamiento de las afecciones desde el estado presintomático da un cincuenta por ciento menos de resultados positivos que cuando los síntomas son ya manifiestos<sup>20</sup>.

Añadid a esto que los tests (exámenes de laboratorio) son frecuentemente falsos o falsamente interpretados, incluso cuando se trata de dosis simples: en los hospitales en que los hemogramas y las dosificaciones de glúcidos y de la urea son practicados sistemáticamente, el 67 % de los resultados anormales pasan desapercibidos: “Los médicos están sumergidos hasta tal punto por el flujo de resultados normales, que los resultados anormales escapan a su atención”.<sup>21</sup> Sin entrar en la discusión sobre la vacuna, hay que considerar sin embargo, una información reciente: hace veinte años, antes de la introducción de la vacuna obligatoria, 100.000 niños británicos contraían anualmente la tosferina; de los que morían unos 160. Actualmente, según el profesor George Dick, de la Middlesex Hospital Medical School, 80 niños mueren anualmente a consecuencia de la vacuna y otros 80 sufren lesiones cerebrales irreparables.<sup>22</sup> Sin embargo

---

<sup>17</sup> *La découverte de la maladie*, Centre de sociologie europeene. Cit. por Jean P. Dupuy y Serge Karsenty, *L'invasion pharmaceutique*, op. cit.

<sup>18</sup> “De morbidity of cardiac non-disease”, en *The new england journal of medicine*, mayo 1967.

<sup>19</sup> Ralph Andy y Fred L. Dunn, “Health and disease”, en *Human ecology*, Fr. Satgent ed. North Holland Publish co., Holanda.

<sup>20</sup> Cit. poE Kruse y otros, *Bulletin of N. Y. Academy of Medicine*. Vol. 33, 1957.

<sup>21</sup> Paul D. Clote y John Knight, *Automatic, multiphasic, health testing and evaluation*, North Western University, nov. 1973, publicado por primera vez en *Antología*, CIDOC, p. 8.

<sup>22</sup> Ver *The Sunday Times* del 22 de septiembre de 1974. Lo mismo ocurre con la vacuna antivariólica, que es desaconsejada en Gran Bretaña y en Estados Unidos, después de que los estudios epidemiológicos de George Dick establecieron que presentaba más riesgos que la enfermedad misma (que está en vías de desaparición). Ver a este respecto el dossier preparado por la Liga nacional por la libertad de vacunación, 4, rue Saulnier, París 9º, con ocasión de la conferencia de prensa de George Dick, el 26 de noviembre de 1974.

---

se dirá, ¿no es preferible detectar lo antes posible las enfermedades cardiovasculares y los cánceres, que son la causa del 66,7 % de las defunciones? Pues bien, supongamos que después de un *chequeo* se le asegura que “todo está en orden”. Eso no le previene en absoluto contra una crisis cardíaca en la semana o en el mes siguientes. Al contrario, señala Paul Clote: “El balance de salud tranquilizador puede animar al paciente a ignorar síntomas que se presentan poco tiempo después”, mientras que en ausencia de cualquier balance habría cuidado, probablemente, de no fatigarse.<sup>23</sup>

Supongamos por otra parte que el *chequeo* confirma lo que duda, y que se le habría podido indicar sin utilizar un aparato técnico complicado y costoso: usted tiene una tensión elevada, un “corazón fatigado”, sería necesario dejar de fumar, comer menos, hacer más ejercicio y descansar más, cambiar su modo de vida y sus ambiciones socioprofesionales. Ahora bien, el candidato típico al infarto es precisamente el “cuadro” que, antes que rebajar sus ambiciones, acepta el riesgo de ser “fulminado en pleno esfuerzo”: la higiene que podría preservarle del infarto le aparece como un *handicap* profesional. La medicina no puede hacer nada por él. Tal como indica Glote, “la detección precoz de una afección cardiovascular sirve de bien poco, ya que no existe medida positiva que pueda atenuar o atajar el mal”. Existen, por supuesto, hipotensores, pero sus efectos secundarios pueden ser terribles y “nada prueba que presenten más ventajas que riesgos”. En cuanto a los intentos de prevención médica de las enfermedades cardiovasculares, se han saldado con fracasos: la experimentación de medicaciones preventivas, intentada en Estados Unidos, ha sido abandonada al cabo de dieciocho meses, pues el grupo que tomaba los medicamentos “presentaba un índice de mortalidad más elevado y un mayor número de efectos nefastos (infartos y embolias) que el grupo de control que recibía los placebos”.

En resumen, ¿para qué diagnosticar enfermedades que la medicina no sabe ni tratar ni curar? Esta es la cuestión que también se plantea con la mayor parte de los cánceres: ¿Es absolutamente necesario diagnosticar el cáncer de pulmón cuando el 95 % de los enfermos operados a raíz de un diagnóstico precoz, mueren en los cinco años siguientes<sup>24</sup>, de manera que el principal efecto del diagnóstico, y de la operación habrá sido el echar a perder el poco tiempo de vivir “normalmente” que les quedaba? ¿Es absolutamente necesario “tratar” el cáncer de mama cuando *-pasado un estadio precoz<sup>25</sup> en el que todavía es curable-* entre el 70 y el 80 % de las mujeres tratadas mueren, entre los seis meses y dos años siguientes, de un cáncer secundario, y que esos meses que les quedan de vida son echados a perder por penosos tratamientos (radioterapia, mastectomía, quimioterapia)? A propósito de otros cánceres que conducen a una muerte frecuentemente indolora, Turnbull indica que “el tratamiento quirúrgico o radiológico, cuando llega a dominar la afección primaria, permite el desarrollo de un cáncer secundario, que es frecuentemente doloroso... El precio de la curación es frecuentemente mayor del que admitimos”.<sup>26</sup>

Esto es también lo que dice Illich. Junto con Paul Clote, sostiene que “el tratamiento precoz de las enfermedades incurables, tiene como único efecto agravar la condición de los pacientes” que en ausencia de cualquier diagnóstico y de cualquier tratamiento, “permanecerían como personas sanas las dos terceras partes del tiempo que les queda de vida”. Si estas afirmaciones chocan, es solamente en la medida en que se ha convertido en chocante afirmar que es *natural morir*, que hay y que *habrá siempre enfermedades mortales*, que estas no son un desarreglo accidental evitable sino la *forma contingente que toma la necesidad de la muerte*; y que a fin de cuentas puede valer más morir de la enfermedad que se tiene, que de la yatrógena o secundaria que se contraerá en su lugar.

Sin embargo este sano sentido común tiende a convertirse en la cosa peor repartida en nuestras civilizaciones medicalizadas. La reciente pretensión (se remonta a 1920) de la medicina de que toda enfermedad debe ser o convertirse en curable ha transformado cualquier fallecimiento de un enfermo en “muerte accidental” y dado lugar a la idea, y al ideal de la “muerte natural”; es decir de una muerte sin causa patológica, que sobreviene por agotamiento de un cuerpo que, usado pero intacto, se apagaría como una lámpara de aceite. La idea de la “muerte natural” es morir en buen estado de salud, después de haber movilizad todos los recursos de la técnica médica.

La muerte se medicaliza por la misma razón que la enfermedad, la salud y el nacimiento: cualquiera que no muera en el hospital muere de una muerte irregular que será objeto de un control judicial o médico-legal. Es necesario morir en el hospital para estar en regla, y precisamente, en el hospital no se puede morir si no es con la autorización de los médicos. Vuestra muerte, así como vuestras enfermedades y vuestra salud, se convierte en materia de profesionales, que no os pertenece. El arte de morir (*ars moriendi*) -considerado como fiesta del adiós en la que el moribundo, rodeado y con el apoyo de sus allegados, reasumía el sentido de su vida y “moría como había vivido”- ha sido reemplazado en nuestra cultura por la muerte clínica, solitaria, vergonzosa y absurda.<sup>27</sup>

---

<sup>23</sup> JAMA, 16 de noviembre de 1970.(24) Según Gordon Siegel. director (en 1969) del USS Public Health Service.

<sup>24</sup> Según Gordon Siegel director (en 1969) del U.S. Public Health Service.

<sup>25</sup> Tan precoz, que sólo el *autodiagnóstico mensual* permite detectarle a tiempo. Lo mismo ocurre con el cáncer de cuello de útero, para el que aún no se ha puesto a punto el autodiagnóstico. Únicamente el movimiento de liberación de la mujer puede inventar la técnica e imponerla.

<sup>26</sup> Frank Turnbull, British Columbia Cáncer Institute, en *The Canadian Nurse*, agosto de 1971.

<sup>27</sup> La ceremonia del adiós en el curso de la cual el moribundo decía sus últimas voluntades no ha caído en desuso en las zonas rurales francesas, hasta finales del siglo pasado.



---

Así se cierra el círculo. El hombre moderno nacido en el hospital, atendido en el hospital cuando está enfermo, examinado en el hospital para comprobar si está sano, es devuelto al hospital para morir en regla. Así se ve desposeído de uno de los últimos fundamentos de su soberanía en provecho de las mismas megainstituciones y megamáquinas que, nacidas de la concentración del capital y de la generalización de las relaciones mercantiles, regulan el resto de su vida. Según Illich, “El individuo que aprendía viendo y haciendo; que se desplazaba por sus propios medios; que engendraba y criaba a sus hijos; que curaba y atendía su salud y la de los demás ha dejado sitio al individuo vehiculado por transportes a motor, parido en una sala de hospital, educado en la escuela y atendido por profesionales de la salud”. Se ha convertido así en tributario para poder atender todas sus necesidades de bienes y servicios mercantiles, cubiertos por aparatos institucionales que escapan a su control y a su alcance, y que engendran la dependencia, la escasez y la frustración:

-la creciente velocidad de los vehículos paraliza nuestros transportes y nos hace perder más tiempo que en ninguna otra época;

-la quimiquización de la agricultura destruye los equilibrios fundamentales que no son más que ecológicos, y coloca al mundo en el umbral de nuevas hambres;

-la escolarización de la enseñanza destruye la posibilidad de aprender por nosotros mismos y nos priva incluso del deseo de hacerlo;

-la generalización del sistema salarial y de la gran producción mercantil nos hace incapaces de producir según nuestras necesidades, de consumir según nuestros deseos, de definir y de llevar la vida que queremos;

-la invasión médico-farmacéutica, finalmente, nos hace cada vez más débiles y destruye la salud en sus resortes más profundos.

Es todo lo que Illich llama la *Némesis industrial*, de la que la Némesis médica no es más que un aspecto: hemos cambiado la servidumbre ante la naturaleza por una servidumbre ante una antinaturaleza aún más tiránica y más terrible. Y hemos perdido la salud.

Porque ésta no es un dato biológico, sino, como dice Illich, “una tarea: la capacidad de adaptarse a un medio cambiante (dentro de ciertos límites evidentemente), de crecer, de envejecer, de curar cuando se está enfermo, de hacer frente a la muerte tranquilamente... de vivir sin angustia... Cuando la necesidad de atenciones especializadas supera un cierto umbral, se puede inferir que la sociedad es malsana en su organización y en sus fines... Permanecer en buen estado de salud se convierte entonces en una actividad subversiva del orden social”.

Hemos llegado al fondo del problema: en una sociedad patógena, la salud es también una tarea política. Así como una institución especializada (la escuela) no puede educar realmente cuando la vida social (metro-trabajo-dormir) deja de ser educativa, la medicina no puede dar la salud cuando el modo y el medio de vida la degradan. Los antropólogos y los epidemiólogos lo saben de sobra: los individuos no solamente enferman a causa de algún ataque exterior y accidental, curable mediante cuidados técnicos: enferman *también*, aún más frecuentemente, por la sociedad y la vida que llevan. Una medicina que pretende tratar las enfermedades sin preocuparse de su génesis social no puede tener más que una función social muy equivocada. En el mejor de los casos, es una actividad caritativa por la cual el médico ocupa, más allá de su propio lugar, el sitio vacío del sacerdote. Y en el peor de los casos, es una industria que ayuda a los enfermos a continuar con su malsana forma de vida, en provecho de los fabricantes de todo tipo de venenos.

Sin embargo, más que juzgar, habría que preguntar ¿por qué la medicina es lo que es? ¿Por qué el público tiene un ansia insaciable de medicamentos? ¿Son imaginables la “desmedicalización” de la salud y la “desprofesionalización” de la asistencia médica?

## 2. Salud y Sociedad

Para diagnosticar y tratar una enfermedad, el recurso a un profesional de la medicina es inútil al menos en nueve de cada diez casos: los síntomas no se prestan a confusión, los remedios son bien conocidos y extremadamente baratos y, si favorecen la curación, no son necesarios. De esta manera bastan tres semanas en China para formar un “médico descalzo”, que continuando su trabajo como obrero o campesino, sabrá tratar las afecciones *corrientes*, dosificar los remedios (de los que conoce perfectamente las contraindicaciones y las incompatibilidades), reconocer los casos que exigen los cuidados de un especialista, con una seguridad que causa la admiración de los médicos occidentales que lo han comprobado sobre el terreno.<sup>28</sup>

---

<sup>28</sup> Ver especialmente Victor Sidel, “The Barefoot Doctors of the People's Republic of China”, *New England Journal of Medicine*, 15 de junio de 1972. Reproducido en *Antología Medicina*, t. 4, CIDOC, Cuernavaca, 1973.

Al lector que tenga la impresión de que en las líneas precedentes he afirmado la inutilidad de toda especialización y de toda medicación le ruego que relea el párrafo muy atentamente: se refiere a enfermedades y remedios *corrientes*.

---

Según un informe canadiense citado por Ivan Illich, el costo de la medicina curativa es tan bajo que todos los hindúes podrían beneficiarse de ella si los gastos sanitarios *actuales* de la India fuesen repartidos equitativamente. Según el director de la Organización Mundial de la Salud, el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades de la piel pueden ser aprendidos en una semana por cualquier persona a nivel de bachillerato.

Según una comisión médica chilena, en la que Salvador Allende (él mismo era médico) había trabajado, globalmente no existe más que algunas decenas de medicamentos que tengan una eficacia terapéutica demostrable, por lo que la farmacopea puede ser reducida sin inconveniente. Acompañados de unas instrucciones, más de la mitad de los medicamentos pueden ser libremente puestos a la venta<sup>29</sup>. Y sin embargo, en todos los países industrializados, el aparato médico y los llamados gastos “sanitarios” experimentan desde hace una veintena de años, una vertiginosa expansión, de dos a tres veces más rápida que la del producto nacional. Entre 1950 y 1970, los gastos sanitarios se han multiplicado en moneda constante y por habitante, por 3,5 en Estados Unidos, por 4,6 en Francia, y por 2,1 en Gran Bretaña (donde el aumento ha sido más lento).

El crecimiento del consumo farmacéutico ha sido aún más rápido: en Francia la compra de medicamentos se ha multiplicado por persona, a precios constantes, por 2,7 en trece años (1959-1972). Según un estudio piloto británico, más de la mitad de los adultos y casi un tercio de los niños ingieren diariamente un medicamento. En Gran Bretaña y en Estados Unidos, los medicamentos psicotrópicos (tranquilizantes, somníferos, etc.) son objeto de tantas recetas (renovables) como habitantes hay en el país. La industria farmacéutica americana produce dieciocho dosis de anfetaminas y cincuenta dosis de barbitúricos por habitante y año. Ahora bien, este derroche de medicamentos y de atenciones médicas profesionales no tienen ningún efecto en cuanto a la mejora de la salud o la prolongación de la vida. Al contrario: en Francia, la esperanza de vida de las personas de sesenta años sólo es superior en dos años, a la que era en 1900. Para el conjunto de los franceses, ésta no ha aumentado desde 1965. La tasa de mortalidad de los hombres de cuarenta y cincuenta años aumenta desde hace una decena de años en todos los países industrializados. El índice de mortalidad de los jóvenes de quince a veinte años aumenta en Francia, un 2 % anualmente. Entre los obreros británicos de más de cincuenta años, es más elevado que durante los años 1930. Se podría objetar que el índice de mortalidad no es necesariamente un buen indicador del estado de salud. J. N. Morris ha pensado en esta objeción afinando cuidadosamente las investigaciones estadísticas. Así, ha constatado que la degradación del estado de salud (o el aumento de la morbilidad) era peor aún de lo que la evolución de los índices de mortalidad hacían temer: en veinte años se ha producido “un aumento apreciable de las enfermedades crónicas entre los hombres de cincuenta y cinco a sesenta años, y un aumento mayor aún, del orden del 30 %, entre los hombres de sesenta y pocos años”.<sup>30</sup> La seguridad social británica, señala en su informe de 1970 que, en el espacio de seis años (1963-1969), el número de jornadas perdidas por enfermedad ha aumentado en un 20 %; el aumento ha sido particularmente fuerte para las enfermedades cardiovasculares, las afecciones reumáticas y las enfermedades de las vías respiratorias que no sean la bronquitis y la tuberculosis.

Estas estadísticas desmienten la afirmación tan extendida de que “si hay más enfermos, es porque la gente vive más tiempo”, y desmienten también categóricamente la creencia en la mejora de salud gracias a un creciente consumo asistencial. La realidad es mucho más sencilla: *la gente se cuida más porque es más enfermiza y el rapidísimo aumento de su consumo médico no impide en absoluto el crecimiento simultáneo de su morbilidad.*

La medicina se ha mostrado por tanto inadaptada a los fines que pretende perseguir. Su expansión ya no produce ventajas y acaba por causar más trastornos de los que soluciona.

¿Cómo se explica esta situación? Esencialmente por el hecho de que el modo de vida y el medio (lo que los anglosajones llaman “environment”) se hacen cada vez más patógenos. Las enfermedades degenerativas, así como las enfermedades infecciosas de las que han tomado el relevo, son fundamentalmente enfermedades de civilización. Más que designarlas por el nombre del órgano al que afectan, habría que designarlas y reagruparlas, dice Winkelstein, según su causa: enfermedades de la opulencia (debidas a la sobrealimentación, la vida sedentaria, el tabaco, etc.); enfermedades de la velocidad; enfermedades del confort (debidas a la falta de ejercicio y de alimentos naturales); enfermedades de la contaminación, etc. Recientes estudios sistemáticos han establecido que las enfermedades cardiovasculares, la hipertensión y el colesterol especialmente, son muy raras entre los llamados pueblos primitivos, cualquiera que sea la edad de los individuos: no son enfermedades de la senectud, sino de nuestras civilizaciones. El cáncer de colon y de recto, que por su parte es el segundo por orden de frecuencia entre los hombres, está diez veces más extendido en los países industrializados que en los países rurales de África. Este cáncer parece estar favorecido por un régimen alimenticio que en razón de su pobreza en residuos (es decir en fibras indigestas), modera notablemente el tránsito intestinal.

El doctor Higginson, de la Agencia Internacional para la investigación contra el cáncer, estima que el 80 % de los cánceres son debidos al medio y al modo de vida de las sociedades industriales. El cáncer de estómago, por ejemplo,

---

<sup>29</sup> Los médicos chilenos que participaron en esta revolucionarización de la medicina fueron asesinados en la semana siguiente al golpe militar del 11 de septiembre de 1972. Tomado de Ivan Illich, *Nemesis Médica*, op., cit., cap. 2.

<sup>30</sup> J. N. Morris, *Uses of Epidemiology*, Livingstone, Edinburgh, 1964. Citado por John Rowles en *Science, Medicine and Man*, The Pergamon Press, Londres, 1973. Reproducido en *Antología Medicina*, t. 7.

---

parece estar relacionado con la contaminación del aire por el humo del carbón<sup>31</sup>. El cáncer de las vías respiratorias y de los pulmones parece estar relacionado con la inhalación del humo del tabaco. Según el cancerólogo y epidemiólogo británico R. Doll, “numerosos indicios hacen creer que la mayor parte de los cánceres son debidos al medio de vida: especialmente el hecho de que la incidencia del cáncer varía fuertemente según los países y que esta variación se confirma en grupos que emigran de un país a otro. De donde se deduce que la mayor parte de los cánceres pueden, en principio, ser evitados”.<sup>32</sup>

Estadísticas británicas y americanas revelan, por su parte, que los índices de mortalidad por cáncer de pulmón y bronquitis crónica son dos veces más elevados en las ciudades que en el campo. Lare y Saskin calculan que un descenso del 50 % de la contaminación atmosférica, reduciría la mortalidad por cáncer de pulmón en un 25 %, por bronquitis en un 50 %, por enfermedades cardiovasculares en un 20 %, etc.<sup>33</sup> Según Eli Ginzberg “un régimen alimenticio diversificado y rico en residuos contribuiría más al estado de salud de la población que cualquier nueva expansión de la actividad médica”.

Sin embargo estas verdades permanecen ignoradas o inoperantes. Todo sucede como si la medicina, los médicos, los políticos de la salud, y el público prefiriesen los cuidados a los enfermos antes que la prevención de las enfermedades. La salud de las personas sanas parece desprovista de valor hasta el punto de que se la estropea estúpidamente y de forma casi institucional por los industriales, las administraciones y los mismos individuos. Por el contrario, “la vida no tiene precio” cuando se trata de “salvar” una pequeña minoría de enfermos o de “reparar” los trastornos con el instrumental pesado y extremadamente costoso, de la medicina de vanguardia.

Entonces, no hay por que sorprenderse si el costo de la medicina crece vertiginosamente (en particular el de la asistencia hospitalaria), mientras que su rendimiento disminuye. Y de que otra forma podría ser, si la medicina desprecia las acciones más eficaces (que son las preventivas), para invertir en hazañas técnicas de dudosa eficacia y de un costo tan elevado que jamás la mayoría de la gente podrá beneficiarse de ellas.

Tomemos la técnica del trasplante de órganos, por ejemplo: cualesquiera que sean los resultados científicos, nunca habrá órganos suficientes para trasplantar a todos los enfermos. Tampoco habrá nunca bastantes servicios de reanimación para todos los agonizantes cuya vida -y sufrimientos- tiene alguna posibilidad de poder ser prolongada.

Tomemos el ejemplo de las unidades de cuidados intensivos, auténticas fábricas médicas de vanguardia, destinadas a salvar a las víctimas del infarto: al igual que los servicios de reanimación, estas unidades exigen tres veces más equipo y cinco veces más personal especializado que una unidad normal de cuidados. Sin embargo, ¿es necesario crear cientos de ellas -además de la red de helicópteros, el único medio capaz de ponerlas al alcance de las zonas rurales- sin mirar el gasto? Una comisión británica de investigación, presidida por Lord Platt, estudió el tema. Sus conclusiones fueron que las unidades de cuidados intensivos no representaban ninguna ventaja demostrable sobre la asistencia a domicilio. Además, se decía, “más de la mitad de las defunciones tienen lugar antes de la llegada del médico, y la mayor parte del tiempo perdido transcurre incluso antes de que el médico sea llamado. Se puede afirmar por tanto que el 50 % de las crisis cardíacas mortales escapan a toda posibilidad de tratamiento médico. Para estos casos, hay que contar con la prevención”.<sup>34</sup>

Ahora bien, la verdadera prevención no le interesa a nadie. Como muy bien ha demostrado Jean-Pierre Dupuy<sup>35</sup> es mucho más rentable instalar una nueva unidad hospitalaria hipermoderna que reducir a la mitad el número de enfermos. A excepción de los cálculos estadísticos, nadie conoce a las personas a las que la acción preventiva *impide caer enfermos*: son “personas estadísticas”. Desconocidas por todos, e incluso por ellas mismas, no muestran ninguna gratitud por la protección de la que se han beneficiado. ¿Quién diría por tanto: “votaré por el diputado tal, porque gracias a él, no he estado este año enfermo? En cambio, el enfermo que se traslada al hospital es una *persona con nombre y apellidos*, que con toda su familia, escuchará al diputado cuando declare: “He hecho construir un nuevo hospital. Votadme”.

Sin embargo las enfermedades que se intentan curar en lugar de prevenirlas, no sólo son rentables políticamente: hacen funcionar a algunas de las industrias más rentables, crean empleos y por tanto “riqueza”: el crecimiento concomitante del número de enfermos y de industrias de la salud aparece en las cuentas nacionales como un “enriquecimiento”, mientras que la desaparición de estas industrias por falta de enfermos se traduciría en un descenso del producto nacional y sería un duro golpe para el capitalismo. En resumen, la enfermedad es rentable, y la salud no.

---

<sup>31</sup> Según W. Winkelstein y F.E. French, en *California Medicine*, 12 de noviembre de 1970. Citado por Powles, *op. cit.*

<sup>32</sup> Estudios epidemiológicos americanos han establecido recientemente mientras que si el cáncer de mama era bastante más raro entre las japonesas que entre las americanas, no lo era entre las japonesas nacidas en Estados Unidos de padres inmigrados.

<sup>33</sup> Según Lare y Saskin, en *Science*, 21 de agosto de 1970.

<sup>34</sup> Geoffrey Rose, “Epidemiology of Schaemic hert disease”, *Brit. jour. of port. med.*, 285-288, 1972. Cit. por Powles, *op. cit.*

<sup>35</sup> En *Revue de economie politique*, enero de 1974. Lo fundamental de este análisis está recogido en *L'invasion pharmaceutique*, *op. cit.*

---

Esta es la razón por la que la medicina se continúa desarrollando en contra del sentido común y de la equidad: de la misma forma que se concede más importancia a los resultados del Concorde que a las condiciones de transporte cotidiano de millones de ciudadanos, se presta más interés a los aventureros exploradores de la medicina de vanguardia que a preservar la salud de la población. El resultado es que el desarrollo de las técnicas médicas (así como en los transportes) crea más penurias, desigualdades y frustraciones que necesidades satisface, manteniendo la peor de las ilusiones, a saber: que la medicina pronto podrá curar todas las enfermedades y que por tanto no es urgente prevenirlas.

Esta ilusión marca incluso al mismo vocabulario médico: ¿acaso no se llama “prevención” al diagnóstico precoz de enfermedades degenerativas incluso cuando no existe ni tratamiento ni remedio contra ellas? Como muy bien escribe John Cassel: “Nunca se han prevenido las enfermedades detectando a los individuos enfermos sino actuando, a nivel de la colectividad, sobre el medio y los factores sociales y psicosociales que aumentan la vulnerabilidad ante la enfermedad y debilitan la resistencia de los individuos ante las agresiones externas. La salud es esencialmente un equilibrio entre los agentes *patógenos* y sus portadores. Depende de la capacidad del individuo para mantener una relación relativamente estable con su entorno... *Todo estriba en saber como esta capacidad puede ser socialmente mantenida*”.<sup>36</sup> Morbilidad creciente, indiferencia ante la auténtica prevención, superconsumo espectacular de asistencias y medicamentos que no restablecen la salud: ¿cómo es posible que médicos y medicina se acomoden a esta absurda situación? Acusarles es demasiado fácil. Sus concepciones del enfermo, de la enfermedad, de la función médica están aún profundamente marcadas por las concepciones burguesas de los siglos XVIII y XIX: el cuerpo es concebido como una máquina cuyos engranajes se estropean, y el médico como un ingeniero que los vuelve a poner en su lugar por medio de intervenciones quirúrgicas, químicas o eléctricas.

Y además, a diferencia de la medicina antigua, la medicina burguesa no conoce más que al individuo, y no al conjunto de individuos. Esto procede, por supuesto, de la relación de clientela del médico con “sus” pacientes. Estos, son individuos privados que exigen que se les mejores, se les cure y se les aconseje enseguida, tal como son, en un mundo como este. El médico, es su oficio, se adapta a esta exigencia. Nadie le exige ver más allá de los casos individuales, las causas sociales, económicas, y ecológicas de la enfermedad. La medicina se convierte así en una “ciencia” extraña que estudia minuciosamente estructuras parciales sin tomar en consideración la estructura global con la que se relacionan.

Únicamente algunos pioneros, misioneros, y cabezas locas, se interesan por la epidemiología, la biología de las poblaciones, la antropología y las enfermedades laborales. Estos auténticos investigadores y teóricos, que salvan el honor del cuerpo médico, no tienen apenas influencia sobre el ejercicio y la función de la medicina: la salud de las *poblaciones* no es objeto de ninguna exigencia solvente, nadie paga a los médicos para que se ocupen de ella, y por otra parte, nada en su formación ni en su posición social, les prepara para aconsejar a la gente sobre la mejor forma de sanear sus costumbres y su medio de vida.

Por tanto, ejercen su profesión en los estrechos límites del sistema social, con una sumisión a las normas que no deja de ser sorprendente: ¿cómo es posible, se pregunta Powles, que no hayan podido prever que la inhalación de gas y de vapores químicos, de humos (del tabaco, de metales fundidos, de aceite caliente, del carbón), de polvos (de amianto, de algodón, de granito) era extremadamente perjudicial para la salud? ¿Cómo han podido no rebelarse, en las ciudades industriales y mineras, contra unas condiciones de vida y de trabajo cuyos efectos nocivos estaban diariamente ante sus ojos? ¿Acaso no se niegan a llamar “enfermedades” a procesos degenerativos irreversibles (arteriosclerosis, hipertensión, artrosis, etc.), por la exclusiva razón de que aceptan como “normal” un modo de vida que favorece estas afecciones? En resumen, ¿cómo pueden aceptar el cuidar solamente a escala individual los trastornos que este tipo de civilización y de sociedad causa al nivel de colectividades y poblaciones enteras?

Sin embargo, tan pronto como planteéis esta pregunta, se vuelven contra vosotros: ¿por qué vosotros asalariados, ciudadanos, electores, asegurados sociales, contribuyentes, exigís constantemente al Estado o a vuestro patrón que os proteja contra las *consecuencias* y *los costos* de la enfermedad, pero no el protegeros contra las enfermedades mismas, eliminando sus causas? ¿Por qué reivindicáis constantemente más hospitales, más médicos, más enfermeras, más medicamentos nuevos en lugar de preocuparos de las condiciones que os permitirían prescindir de sus “buenas obras” y servicios? ¿Por qué en lugar de cambiar unas costumbres y una forma de vivir malsanas, exigís a “vuestro” médico que atenúe sus efectos? ¿Continuaríais siendo fieles a un médico que os dijese francamente: “La ciencia médica no puede hacer nada por usted; pero por otra parte, si pudiese dejar de fumar, de atiborrarse de comida, de enojarse y de pasar sus días sentado en un local cerrado, no tendría necesidad de la medicina”? ¿Permaneceríais fieles si pretendiese curaros la gripe como hacía vuestra abuela, diciendo: “Beba cuatro litros de limonada caliente al día, permanezca caliente y en reposo, y se curará en tres días sin ningún medicamento”?

Lo sabéis de sobra: la responsabilidad del superconsumo de asistencias y de medicamentos no incumbe solamente a los que las venden mintiendo sobre su eficacia técnica, sino también a los que las compran, y *lo único que piden es ser engañados*. Esto es lo que con gran sutileza muestra el libro de Jean-Pierre Dupuy y Serge Karsenty, mucho más rico de lo que sugiere su título: *La invasión farmacéutica*. Los autores analizan maravillosamente, entre otras cosas, la

---

<sup>36</sup> John Cassel, profesor de epidemiología en la Universidad de Carolina del Norte, en *Antología Medicina*, t. 8/2. Los subrayados son míos.

---

complicidad entre médico y paciente, sin que estén ni uno ni otro completamente engañados sobre sus respectivos papeles.

No es que el paciente sea un simulador y el médico un impostor: la cuestión es mucho más compleja, pues la salud y la enfermedad son *también*, en todo momento, una cuestión de apreciación; y esta apreciación varía según el contexto social y cultural, más aún que según el temperamento de los individuos. Los mismos síntomas no serán sentidos de la misma forma el lunes o el sábado, antes de la entrada en la fábrica, o antes de una cita amorosa. Las personas “cultivadas”, acostumbradas a la autoobservación, se sienten enfermas mucho antes que las personas “frustradas” acostumbradas a hacer caso omiso de sí mismas. Los asalariados frustrados por la estupidez de un trabajo parcelario, enferman mucho antes que el campesino o el artesano que para mantenerse debe concluir su tarea.

La enfermedad, como recuerdan Dupuy y Karsenty, es también una “huelga” o una protesta pasiva, y no es más que esto, en nuestros días, en la mayoría de los casos: el 75 % de los pacientes, según afirman los especialistas en medicina general, no presentan lesiones orgánicas y acuden al médico buscando *un consuelo al menos tanto como un tratamiento*. Estos enfermos no tienen enfermedad clínicamente definible, mientras que sus problemas son reales y pueden desembocar en lesiones. Los médicos las llaman “funcionales” o “psicosomáticas” y aceptan frecuentemente tratar sus síntomas con medicamentos costosos y tóxicos. Aquí es donde reside la superchería.

En efecto, estos verdaderos enfermos sin enfermedad definida, son, con frecuencia, personas que no aguantan más y acuden a pedir una ayuda o la baja. Antiguamente, sin duda habrían ido a confesarse, habrían hecho una peregrinación o se habrían sumido en oraciones. En nuestros días, los milagros ya no se piden a los santos, sino a los laboratorios. La caridad ha desaparecido tanto de los cielos como de la tierra. La petición de socorro para ser socialmente admitida, debe tomar la forma de un desorden orgánico, exógeno e independiente de la voluntad del paciente. No tendríais la posibilidad de hacerlos oír por vuestro jefe o por el encargado si le decís: “No puedo más, no tengo sueño, ni apetito, ni fuerza sexual, no me apetece nada, déme ocho días de descanso”. Para que esto sea aceptado, es necesario que vuestro “no puedo más” adquiera la forma de un impedimento somático, de un caso de fuerza mayor, en resumen, de una enfermedad que justifique un gasto médico.

La persona que se encuentra al límite de sus fuerzas, “somatizará” y “medicalizará” su mal-vivir -no deliberadamente sino por la forma en que lo siente y lo interpreta de manera que revela a la única autoridad, el médico, habilitada para concederle una baja. Y el médico, lo más normal, es que acepte el juego y tratará como una enfermedad necesitada de remedios químicos lo que, en el fondo, no es más que la incapacidad del paciente para soportar la situación que le es dada.

Ahora bien, esta superchería está llena de temibles riesgos, que médicos de vanguardia han percibido antes que Illich, a su vez, los denunciase. Esta superchería no consiste solamente en aplicar un tratamiento técnico a una petición de socorro en forma de enfermedad: consiste más fundamentalmente en tratar el “no puedo más” del paciente como una *anomalía temporal*, ante la que la medicina tendría como misión el eliminarla lo más rápidamente posible. Así es como la medicina y los médicos son transformados en *agentes de normalización social*, que tienen como misión el eliminar los síntomas que hacen al paciente inadaptado para su papel e impropio para el trabajo.

Y sobre todo que los médicos no intenten descargar su responsabilidad bajo el pretexto de que “es el paciente el que nos pide que le curemos lo más rápidamente posible”. Pues el paciente está obligado a pedir eso si quiere ser reconocido como enfermo: su papel, por definición, es el del que debe pedir curación. Sin embargo el verdadero problema es si “puede curarse”.

Su enfermedad, en lugar de ser una anomalía temporal y en principio curable, ¿no sería la respuesta inevitable de un individuo sano a una situación que no lo es? Los problemas digestivos, los dolores de cabeza, los reumatismos, los insomnios y los estados depresivos que sufren las telefonistas, las perforistas, los obreros especializados, los soldados, ¿no son ante todo protestas “sanas” de un organismo maltratado por las violencias que se le infligen cotidianamente durante ocho horas?

Actuar entonces como si el mal fuesen los síntomas y no el trabajo, que es lo que los provoca, es hacer cumplir a la medicina una tarea complementaria de la escuela, del ejército y de la cárcel: la de proporcionar individuos “normalizados” socialmente, es decir, adaptados (si es necesario por un condicionamiento químico) al papel social que la sociedad ha definido para ellos.

No exagero: así es como la medicina es contemplada por el ejecutivo escrupuloso, o envejecido o cansado, que pide al médico tranquilizantes, euforizantes, antidepressivos, somníferos, etc., que le ayudarán a mantener un papel insostenible --esperando el colapso. Así es como la medicina es contemplada por numerosos médicos de empresa, preocupados únicamente de conseguir reintegrar lo más rápidamente posible unos trabajadores al trabajo, que es precisamente lo que les pone enfermos. Así es sobre todo como contemplan su tarea la mayoría de los médicos del ejército, de las cárceles, de los asilos, de las comisarías centrales dispuestas a “tratar” a los individuos inadaptados a las condiciones de su detención: hay drogas para calmar a los “agitados”, hay otras para transformar a los “violentos”

---

en corderos aterrorizados, hay otras para convertir a los homosexuales en impotentes, y otras para impedir que los torturados se desvanezcan o mueran bajo la tortura.<sup>37</sup>

Al final de este camino se encuentra el tratamiento psiquiátrico -o lavado de cerebro- obligatorio para todos los desviados, inadaptados, opositores, descontentos, perezosos, etc.: en el “mejor de los mundos” no ser feliz, es estar enfermo. Y a los enfermos, se les trata. No son solamente los policías y los psiquiatras soviéticos los que así razonan; ellos, tienen ilustres colegas en Europa Occidental y en América: por ejemplo, el profesor B. F. Skinner, cuyos métodos de “reeducación” han sido fielmente descritos en *La Naranja mecánica*; o el profesor hispanoamericano Delgado que sueña con un directorio mundial de psiquiatras que teledirigen a través de ordenadores, las conductas “normales” de todo el mundo -empezando por los hombres de Estado<sup>38</sup>; o los profesores Gross y Svab, de la universidad de Hamburgo, cuyos métodos de destrucción de la personalidad han probado su terrorífica eficacia en los presos políticos alemanes.<sup>39</sup>

Los terapeutas se convierten así en auxiliares de la política y del poder al aceptar el tratar los síntomas, sin preguntarse si esos síntomas “mórbidos” son resultado de un desarreglo del cuerpo o de la situación inaceptable que la sociedad le impone. Es hora, pues, de repensar la medicina, o más exactamente, los determinantes de la salud y de la enfermedad. El propósito de Illich es provocar esto. Su obsesión es que al fracaso de la medicina, de la sociedad y de los médicos, no se responda tratando al mal con el mal: ampliando aún más el aparato médico, así como sus competencias, sus poderes, su capacidad de control social y de “medicalización” de la vida. Para Illich, la única respuesta sensata a esta crisis es la desprofesionalización de la medicina, es decir: la abolición del monopolio de los médicos en materia de salud y de enfermedad; la reconquista por los profanos de su capacidad autónoma de cuidarse a sí mismos. Esta forma de ver las cosas no es irreal *en el plano técnico* (aunque supone radicales transformaciones político-culturales).

En efecto, la eficacia *técnica* de la medicina es muy limitada: los hospitales pueden dar de alta, sin inconvenientes específicamente médicos, al 85 % de sus pacientes<sup>40</sup>. En el 75 % de los casos, la consulta de un especialista en medicina general, y la inevitable receta que la prolonga, tiene una eficacia psicológica (o psicósomática) y no técnica: es decir, el mismo tipo de eficacia que tenían antiguamente el encantamiento, la oración o el exorcismo. En este 75 % de los casos, la acción de los medicamentos prescritos se basa no en sus principios activos sino en la *fé* que los pacientes tienen en la técnica: antiguamente *creían* en los milagros; hoy *creen* en la ciencia, y el ritual médico toma la apariencia de aquellos. ¿En qué se diferencia del brujo o del curandero ese médico que reprochaba a Powles no haber dado antibióticos a un enfermo “que los merecía”, aunque científicamente fuesen completamente inoperantes en su caso?

Queda un 25 % de pacientes cuya enfermedad permite un diagnóstico preciso. ¿Tienen todos necesidad de la asistencia técnica de un profesional? En absoluto: en el 90 % de los casos la enfermedad se cura sola. En ese 90 % de los casos, la receta tiene como principal, sino como exclusiva función, la de imponer al enfermo el reposo, el régimen y la disciplina -disfrazados de gotas, comprimidos y supositorios- que permitirán su curación. Finalmente queda pues, una proporción muy baja de enfermos que tengan necesidad de asistencias técnicas especializadas. Estas son las cifras que ponen las cosas en su sitio: indican las dimensiones del aparato médico profesional que continuará siendo técnicamente necesario cuando la medicina haya sido despojada de sus mitos, de sus misterios y de sus rituales mágicos. Estas cifras muestran que la desprofesionalización de la asistencia es técnicamente posible, y no solamente en China: “La inmensa mayoría de las intervenciones de diagnóstico y terapia positivas tienen esta doble característica, escribe Illich: los medios necesarios son extremadamente baratos; y pueden ser presentados de manera que el mismo enfermo o un miembro de su familia puedan usarlo, siguiendo las instrucciones anejas”.

Esta desprofesionalización de la medicina, señala Illich, “no debe significar que se niegue la competencia y la destreza de los expertos, que los individuos pueden necesitar en ocasiones particulares”. Sin embargo, significa que el recurso a los profesionales debe ser ocasional y reducido al mínimo, ya que la sociedad que procurará a sus miembros la salud óptima no es la que los confiará a un gigantesco aparato de terapeutas profesionales; al contrario, es la que “reparte entre toda la población los medios y la responsabilidad de proteger la salud y de hacer frente a la enfermedad...”

“Las personas sanas no tienen necesidad de autócratas para emparejarse, tener hijos, asumir la condición humana y morir.” Las personas sanas no son personas bien medicalizadas, sino “gente que habita en casas sanas, y comen una comida sana; en un medio que les permite tener hijos, crecer, trabajar y morir; sostenidos por una cultura que favorece la aceptación consciente de límites: la población no puede aumentar indefinidamente; la vejez no puede ser indefinidamente prolongada; la curación raramente es completa; la muerte siempre está presente”.

Todas las culturas anteriores a la nuestra, recuerda Illich, han sido opciones para vivir de acuerdo con la realidad de estos límites inevitables y necesarios. La asistencia sanitaria no es competencia exclusiva de técnicos profesionales: al

---

<sup>37</sup> Ver los artículos del doctor Peter Breggin y de John Saxe Fernández en *les Temps Modernes*, n.º 321, abril de 1973.

<sup>38</sup> José Delgado, *Physical Control of the Mind; Toward a Psychocivilized society*, 1969.

<sup>39</sup> Ver especialmente los artículos del doctor Sjef Teuns y de XXX en “Les Prisonniers politiques ouest-allemands accusent”, *Je Temps Modernes*, n.º 322, marzo de 1974.

<sup>40</sup> Ver la primera parte de este artículo.

---

contrario, el arte de vivir con salud se identificaba con el arte de vivir, y con las reglas de buena conducta y de higiene (*hygieia*) en el sentido original del término. Estas reglas se referían especialmente a la manera “de dormir, de comer, de amar, de trabajar, de jugar, de soñar y de sufrir” y hacía que los individuos fuesen “capaces de soportar el dolor, de comprender la enfermedad y de dar un sentido al constante diálogo con la muerte”.

La industrialización ha roto esta integración del arte de vivir (de la “higiene”) en todas las actividades sociales. Es fácil comprender el por qué: con la generalización del trabajo asalariado, los trabajadores dejan de ser los dueños de la duración, de la intensidad, del ritmo y de las condiciones de su trabajo. Ya no pueden, a diferencia de los artesanos y de los campesinos propietarios, regular según sus necesidades, la duración del esfuerzo y de las pausas, del reposo y del sueño. Desposeídos de la posibilidad de establecer el ritmo de su vida, son también desposeídos *de la cultura y de la “higiene” del trabajo*.

El trabajo se convierte entonces en una obligación exterior que sólo cumplen los obreros de forma forzada, estos tienen tendencia a desertar de la fábrica a la menor oportunidad y con el primer pretexto. La patronal de los siglos XVIII y XIX dio mucha importancia a su “vagancia”. Evidentemente, no es cuestión de que estos “vagos” puedan decidir por sí mismos cuando están enfermos y cuando están aptos: esta decisión (certificado de enfermedad, certificado de aptitud o de curación) debe corresponder a especialistas que se apoyen en criterios “científicos”. El desarrollo de la clínica, a principios del siglo pasado, proporcionó estos criterios: la enfermedad se convierte en una entidad distinta de la persona enferma, de su trabajo y de su vida. El capitalismo en ascenso se apodera de estos descubrimientos: desde este momento, únicamente el médico tendrá competencia para juzgar quién está enfermo y quién no lo está. Las afecciones, incluso las más banales, deberán ser objeto de asistencias y de certificados médicos. El capitalismo es así orientado para desposeer de su enfermedad y de su salud, a los individuos, a los que previamente había desposeído de su trabajo.

Desde entonces, la salud en lugar de ser definida como su estado general de bienestar, se convierte en un estado de no enfermedad, es decir, de aptitud física para el trabajo. La enfermedad, por su parte, deja de ser un estado de *enfermedad propiamente dicha*, para convertirse en un impedimento “anormal” del que hay que desembarazarse lo más rápidamente posible. Desde este momento lo que se estudia, lo que se cuida o se cura, es la enfermedad, no los enfermos. La introducción hace más de cien años de los seguros médicos da un impulso suplementario a la profesionalización, a la industrialización y a la normalización de la asistencia médica. Se adivina la conclusión a la que tiende todo el razonamiento de Illich, sin que él lo formule jamás en estos términos: la reconquista de la salud la abolición del trabajo asalariado; supone que los trabajadores recobren el control de las condiciones, de las herramientas y de los fines de su trabajo común; supone una nueva cultura en la que las actividades productivas dejen de ser obligaciones exteriores para reencontrar su autonomía, su diversidad, su ritmo, y convertirse en alegría, comunicación, “higiene”, es decir, en arte de vivir.

Es necesario, piensa Illich, desmedicalizar la salud, así como hay que desescolarizar el acceso al saber. Pues, de la misma forma que no reencontraremos la cultura si no es arrancada de la escuela para convertirse en posibilidad de aprender, de enseñar, y de crear en todas partes donde uno se encuentre y haga lo que haga, tampoco reencontraremos la salud si no deja de ser asunto de especialistas para convertirse en una tarea y en una virtud presente en todas partes, que regule permanentemente la vida individual y colectiva.

Sé de sobra que no es fácil seguir a Illich cuando pide a cada uno que rechace la medicina por su cuenta. Al pie de la letra, esta recomendación implicaría especialmente que los asalariados renunciasen a los descansos en el trabajo, y a los permisos por maternidad y enfermedad. De hecho, una relación sana, desmedicalizada, con la salud y la enfermedad, sólo será posible cuando sean abolidas, con el salario, las relaciones “malsanas” que (mantenidas por las instituciones y las industrias médicas) forman el tejido de la sociedad presente.

Illich, sin embargo, no tiene ninguna dificultad en responder a esta objeción, ya que la abolición de estas relaciones sociales “malsanas”, no podrá ser más que la obra de hombres y mujeres que, desde este momento y en el marco de esta sociedad, traduzcan en reglas permanentes de acción y de conducta su aspiración a la soberanía de los individuos y de los grupos, al saneamiento del medio y del modo de vida, y a la instauración de relaciones de fraternidad y de ayuda mutua.

### **3. Ciencia y Sociedad. *El ejemplo de la medicina.***

Clínicas para ricos y hospitales para pobres; acceso desigual, en función del rango social y de la fortuna, a los aparatos, medicamentos y terapéuticas más costosos; penuria de riñones artificiales, de habitaciones esterilizadas, de bombas de cobalto, de servicios de reanimación; consultas en cadena (tres minutos por enfermo en el caso de los médicos alemanes) o, en el extremo opuesto, “coloquios particulares” de media hora y aún más en el caso de los médicos de los barrios residenciales. Es esto lo que se sigue entendiendo por “medicina de clase” en la izquierda institucional. No me referiré a ella más que de pasada. Y no porque las discriminaciones de clase, de rango, de fortuna, no existan; sino porque cuando existen son más la obra de los médicos individuales que de la “Medicina como institución y sistema”.

---

Ciertamente sigue habiendo una medicina de ricos y otra de pobres (igual que sigue habiendo enfermedades de ricos y de pobres); pero sólo en razón de que hay médicos de ricos y no en virtud de una dualidad del sistema. Si los pobres acceden más difícilmente a las prestaciones de la medicina de punta y los medicamentos de coste más elevado, no es porque el sistema los rechace: se debe tan sólo a que sometidos por razones sociales y culturales a la autoridad de “su” médico están menos prestos a contestar a este y acudir al especialista que pretenderá que se beneficien de las técnicas inéditas.

¿Son por eso más adecuados los tratamientos que se procuran los ricos y sus médicos mejores? ¿Existen razones fundamentadas para pensarlo? ¿No hay otras tantas razones para pensar lo contrario? ¿No es también cierto que es más fácil encontrar charlatanes entre los médicos de ricos? ¿No son ellos los que hacen pagar caro el diagnóstico de los enfermos que escapan a toda clasificación y los que prescriben drogas caras cuyo efecto (cuando lo tiene) es puramente psicológico? ¿El privilegio de ver prolongarse la agonía a lo largo de dos días o de dos semanas por medio de proezas técnicas reservadas a la “gente importante” no es más bien una tortura degradante tanto para los cuidadores como para los moribundos en vez de un favor envidiable? ¿Qué prueba que los ricos, que efectivamente se pagan una medicación más extensiva y más costosa, disfrutan por eso de una salud mejor que los demás? ¿No estaremos siendo víctimas de la ilusión de que lo mejor es lo más caro? ¿Sabía usted cuál es la única clase social cuya salud física y psíquica aparece superior a la de la media según una encuesta todavía inacabada del doctor Brunetti? Los campesinos, hombres y mujeres.<sup>41</sup>

Sé que se me objetará que los peones y obreros especializados mueren diez años antes que los patrones de la industria y del comercio. Pero ¿quién le dice a usted que la medicina y los “gastos en salud” sean la causa de la longevidad de los ricos? Los que más viven, según una clasificación profesional, son los profesores de instituto y los sacerdotes. Y su longevidad, como se ve, no es atribuible a la medicina.

### 1. La terapéutica no garantiza la salud

Sin embargo, las cosas están claras: padecemos una medicina de clase. Sólo que las características que la hacen clasista no son las que generalmente se piensa. Tómese si no el último hecho evocado: las expectativas desiguales de vida de las diferentes “profesiones”. ¿Acaso la medicina se ha interesado en algún momento en eliminar de forma sistemática los factores que hacen que los obreros mueran más jóvenes y en generalizar las condiciones de longevidad de que disfrutaban los curas y los profesores de instituto? ¿Puede afirmarse que la medicina no tiene nada que ver con estas cuestiones? Entonces hay que empezar a preguntarse cuál es el objeto de la medicina. La mayoría de los médicos os responden: “La medicina es el conjunto de ciencias relativas a la biología humana”. Tendría, por consiguiente, por objeto el conocer los factores de salud y enfermedad, el permitir la maximización de los primeros y la reducción de los segundos al mínimo. Esta concepción de la medicina era ya la del propio Hipócrates.

Si retenemos esta definición, se desprende de ella una consecuencia práctica importante: la ciencia médica, es decir el conocimiento de los factores de salud o enfermedad sólo alcanza su eficacia absoluta cuando los profesionales que elaboran estos conocimientos no son sus detentadores exclusivos. La cosa se explica por sí sola: si el médico es el que, porque no cesa de estudiarlos, conoce mejor los factores de morbilidad y salud, los primeros no serán eliminados o evitados y los segundos reunidos, más que a condición de que todo el mundo se encuentre informado de las reglas básicas de la vida sana, y de que estas reglas, por otra parte sumamente variables dentro de ciertos límites, se integren en la cultura y el modo de vida populares. Esta incorporación del conocimiento médico a la cultura (en el sentido anglosajón del término), es decir en el arte de vivir -que es arte de trabajar, de acompañar los días, de comunicar, de amar, de educar a los hijos, de proteger a los viejos, de limpiar y de cauterizar una llaga, de tratar una indigestión, de alimentarse, de respirar, de mantenerse limpio, de eliminar los desperdicios, de velar por la calidad del agua y del aire, etc.-: es lo que generalmente se denomina “higiene”. El conocimiento de las condiciones de salud no puede ser plenamente operativo más que a condición de que se traduzca en conductas “higiénicas” que la gente adopta *por sí mismas* para conservar o recobrar la salud.

Vistas las cosas desde esta perspectiva, las victorias más decisivas obtenidas desde hace ciento cincuenta años por la medicina occidental son antes que otra cosa progresos de la higiene.

Hemos adquirido los medios y el hábito de consumir una alimentación más diversificada y más abundante que incluye particularmente productos lácteos, frutos y legumbres de diversas temporadas; eliminar numerosas chabolas y cuchitriles; desratizar y desinfectar; generalizar la distribución del agua potable; airear los locales de habitación y trabajo; emplear papel higiénico; lavarnos frecuentemente las manos, etc. El conjunto de estos progresos de la higiene se ha visto además acompañado de un desarrollo del aparato terapéutico. Si el estado de salud de la población ha mejorado de forma espectacular se debe menos a este último factor que a los progresos de la higiene. En efecto, si los progresos notables del aparato terapéutico han permitido cuidar cada vez con más eficacia las enfermedades infecciosas, la disminución decisiva del número y la gravedad de las epidemias y la desaparición de ciertas enfermedades no se debe a la terapéutica.<sup>42</sup>

---

<sup>41</sup> La longevidad de los campesinos se ve reducida. en las medidas estadísticas nacionales. por un factor independiente de su trabajo y de sus condiciones de vida: el alcoholismo endémico que afecta a ciertas regiones rurales. Cf. Alain Letourmy. “Santé, environnement, consommations médicales”, Paris 1974.



---

No basta con que la medicina sepa tratar cada vez más eficazmente una enfermedad para que la gente deje de contraerla. Lo cierto es que ocurre más bien lo contrario: una terapéutica eficaz puede ser aplicada con éxito en cada caso concreto sólo a partir del momento en que la enfermedad pierde su carácter endémico. Y lo pierde no gracias a los tratamientos curativos, sino gracias a la eliminación de las causas sociales, económicas, ecológicas, culturales de la morbilidad. Esto es evidente para todas las enfermedades de carencia, todas las parasitosis y para la inmensa mayoría de las enfermedades infecciosas que con raras excepciones (entre ellas la poliomelitis) afectan ante todo a individuos debilitados por la subalimentación, el sobretrabajo las condiciones de alojamiento insalubres...

## 2. Los factores de salud y de enfermedad son ante todo sociales

Esta primacía de la higiene sobre la terapéutica ha sido objeto de una estimación cifrada por parte del epidemiólogo americano Charles Stewart: sobre la base de comparaciones estadísticas, las diferencias entre las expectativas de vida en el mundo se explicarían en un 85,8 % de los casos en base a dos factores: las conducciones de agua potable y la alfabetización. Como es natural estos dos factores nunca se presentan aisladamente sino que son los indicadores de un progreso general de la higiene y del “bienestar”.

En Francia varias series de comparaciones estadísticas realizadas en 1974 indican los siguientes factores de “mejor salud”: un aumento de un 10 % de la densidad médica hace disminuir la mortalidad en un 0,3 %; una reducción de un 10 % del consumo de lípidos hace disminuir la mortalidad en un 2,5 %.<sup>43</sup>

Más sobrecogedores resultan todavía los resultados de una encuesta acerca de las principales causas de hospitalización realizada en un barrio pobre de Chicago de unos sesenta mil habitantes. Estas causas son, por orden de importancia: los accidentes de circulación; las agresiones y violencias; las enfermedades venéreas; los accidentes no ligados a la circulación; la bronquitis; los mordiscos de perros callejeros, etc. En total, el 75 % de las hospitalizaciones son imputables a causas sociales. La epidemiología y la biología de las poblaciones, que son parte integrante de la ciencia médica, atestiguan con la mayor claridad cuán modesto es el papel de la medicina curativa y cuán eminente es el papel del medio, del modo de vida y de la higiene (en el sentido extensivo más arriba indicado) en la lucha contra la morbilidad y por una salud mayor. Pero la medicina occidental se mantiene refractaria *en tanto que institución* a las enseñanzas de la medicina *en tanto que ciencia*. En todo Occidente la medicina curativa no ha cesado de desarrollarse incomparablemente más deprisa que la higiene y la prevención sociales<sup>44</sup>. Es precisamente en este rasgo donde se pone de manifiesto el carácter de -clase de la medicina. Existen ejemplos que ilustran de modo elocuente el hecho de que los conocimientos científicos que no cuadran con los intereses y la ideología de la clase dominante permanecen despreciados e incluso censurados. Y lo que es peor: quienes censuran y desprecian las enseñanzas de la epidemiología y de la biología de las poblaciones son los mismos que encarnan la ciencia médica en las instituciones y que gozan del monopolio de su práctica institucional. No hay ciencia alguna que exista independientemente de las instituciones que aseguran su transmisión e inserción práctica en una sociedad dada. Por eso cuando me refiera a la “medicina” sin más precisiones no designaré con este término las ciencias biológicas del hombre sino lo que la medicina es realmente: una práctica institucional que selecciona las posibles aplicaciones de los conocimientos, de modo que resulten integrables en las relaciones sociales imperantes y compatibles con la ideología dominante de la sociedad capitalista industrializada.

Nuestra medicina es, por consiguiente, una medicina burguesa por tres razones esenciales:

1. hace de la salud y de la enfermedad estados individuales, atribuibles a “causas” naturales o accidentales cuya dimensión social queda encubierta;
2. privilegia el consumo individual de los bienes y los servicios mercantiles supuestamente beneficiosos para la salud en detrimento de los demás factores que prefiere silenciar;
3. privilegia el 5 % de las enfermedades infrecuentes que requieren cuidados muy especializados y equipamientos costosos y complejos en detrimento del otro 95 % de enfermedades mucho más extendidas valorizando a consecuencia de ello los conocimientos médicos relativos a las enfermedades infrecuentes que ocupan la cumbre de la pirámide jerárquica y otorgan a sus detentadores el estatuto y las rentas más elevados. Volveremos sobre ello.

## 3. Ciencia e institución

Los principales factores de morbilidad en nuestra sociedad comienzan a ser conocidos. Tan sólo la “medicina” los ignora con obstinación. Sabemos sobre todo que los cánceres de intestino están ligados a una alimentación pobre en materias fibrosas; que el cáncer de estómago está vinculado a la polución atmosférica de hollín; que el cáncer de

---

<sup>42</sup> Ni gracias a la vacunación. Con excepción de la poliomelitis, las enfermedades infecciosas contra las que la vacunación es obligatoria han experimentado un descenso igual antes y después de la implantación de la obligación de vacunar y en países de civilización y nivel de vida comparables, en ausencia o presencia de esta.

<sup>43</sup> Según Letourmy. op. cit.

<sup>44</sup> La “prevención” se limita a vacunaciones que, según los estudios epidemiológicos, presentan en la mayor parte de las ocasiones más inconvenientes que ventajas en los países “desarrollados”. Se encontrará una bibliografía abundante en Ivan Illich, *Némesis médica*, Ed. Barral.

---

mama está ligado a un régimen alimenticio rico en lípidos<sup>45</sup>. Sabemos que las enfermedades cardiovasculares son debidas a la sobrealimentación, a la sedentariedad y al “stress”. Por otra parte sabemos gracias a un reciente estudio americano que los miembros de ciertas sectas religiosas que practican un modo de vida frugal, hacen mucho ejercicio y desarrollan una vida comunitaria y familiar integrada y estable, contraen la mitad de cánceres y enfermedades cardiovasculares que el resto de la población en la que están insertos. Conocemos, aunque no estamos aún en condiciones de medirlos, los caracteres patógenos de la polución del agua y del aire por metales pesados; los de la polución de los alimentos por pesticidas, antibióticos y las hormonas. Sabemos que las posturas que la oficina y el despacho imponen a ciertos trabajadores están en el origen de la mayoría de las enfermedades “reumáticas” y circulatorias; que el trabajo nocturno, el ruido, las cadencias industriales y las exigencias de rendimiento son las causas principales de las alteraciones nerviosas y digestivas. Sabemos que en Francia se censa *anualmente* un millón cien mil accidentes de trabajo que provocan una incapacidad total de trabajo cada veintiséis días sobre un total de nueve millones de trabajadores manuales. Sabemos que, aparte de los accidentes, el medio y la naturaleza del trabajo provocan en los Estados Unidos (único país en el que existen evaluaciones estadísticas al respecto) 100.000 muertes y 390.000 enfermedades generadoras de invalidez, por año, entre la clase obrera.

La investigación y el estudio epidemiológicos nos enseñan que las principales causas de nuestras enfermedades son sociales y que para eliminarlas es preciso que los individuos se agrupen, se informen y sometan a un control colectivo su medio de vida y de trabajo, las condiciones de hábitat y de transporte, lo que consumen y lo que producen. La medicina ignora la necesidad de esta urgencia social. Da la impresión de que se empeñara en ignorar aquellos factores de enfermedad que no puede combatir sin poner en cuestión las condiciones existentes: presta mucha atención a la lucha química contra las infecciones microbianas, a las proezas quirúrgicas, a los aparatos de diálisis o a las unidades de cuidados intensivos capaces en ciertos casos de salvar a ciertos individuos en ocasiones excepcionales. En su lucha contra las causas de la enfermedad no quiere conocer más que aquellas que el médico puede atacar a nivel del organismo individual, sin remitirse a las determinaciones sociales, económicas, culturales.

Los médicos responden habitualmente a esta objeción diciendo que cuando el enfermo les consulta el mal ya está hecho: no pueden más que tratarlo a nivel individual, con medios técnicos, no siéndoles posible cambiar el oficio del paciente ni sus condiciones de trabajo, de alojamiento, ni su modo de vida. No hay duda. Pero esta afirmación sólo es cierta en lo que hace a la relación entre el médico *individual* y el paciente *individual*. ¿Qué es sino la ideología burguesa y las relaciones sociales burguesas lo que impide a la *medicina* y a los médicos en tanto que técnicas de la lucha contra las enfermedades, superar el nivel de las relaciones individuales? ¿Cómo es posible que a excepción de pequeños grupos los médicos no se agrupen, a nivel local, para actuar o apelar a la población a actuar contra los atentados a la higiene y a la salubridad pública, contra las poluciones industriales, contra las condiciones de trabajo patológicas cuyos estragos constatan en la carne de sus propios pacientes? ¿Cómo es posible que las asociaciones de médicos no se constituyan en abogados públicos de la higiene alimenticia y en acusadores públicos de la quimización abusiva de la alimentación, de la agricultura y de la ganadería? ¿Por qué *la medicina* acepta con serenidad, como datos intangibles, el consumo del tabaco y el sobreconsumo de alimentos cuyos efectos se limitan a corregir y paliar los médicos combatiendo un mal con otro mal, a saber: el sobreconsumo de medicamentos?

Ello obedece al hecho de que *la práctica de la medicina es un comercio*; las relaciones entre los profesionales de las atenciones médicas y el público son relaciones mercantiles: el profesional vende lo que los clientes piden o aceptan adquirir *individualmente*; ninguna colectividad necesitada de técnica médica se dirige a los colectivos de médicos con vistas a impulsar cualquier tipo de acción sobre las condiciones colectivas. Las relaciones sociales burguesas, y muy particularmente las relaciones mercantiles, determinan la forma en que los médicos conciben su papel y en que la medicina aborda el problema de la enfermedad, de sus causas y de sus remedios. Y la medicina, lejos de revolverse contra las amputaciones y las deformaciones que las relaciones sociales burguesas imponen a las técnicas y a los conocimientos médicos es muy al contrario uno de los más sólidos bastiones de estas mismas relaciones sociales. Ni el Colegio de Médicos, ni la patronal hospital-universitaria aceptarían que colectivos fueran comisionados por las colectividades (secciones sindicales, grupos de barrio, uniones de consumidores...) para asumir el papel de defensores públicos de la higiene pública o de expertos-supervisores a cargo de los procesos de trabajo nocturno, de las horas extras, de las condiciones de transporte, de las industrias farmacéuticas y alimenticias, etc. *La medicina* basa en su pretendida “imparcialidad” su pretendida “credibilidad científica” y, como ocurre con todas las instituciones que son parte integrante del orden establecido, concibe la “imparcialidad” como la aceptación de las normas dominantes y de poder de la clase dominante.

#### 4. Función de “normalización social” de la Medicina

No es exagerado, desde este punto de vista, ver en la *medicina* un aparato particularmente eficaz y temible para la normalización social de los individuos, y por consiguiente para la represión de las actitudes desviadas y de la rebeldía. Cuando la medicina pretende tratar e incluso curar las enfermedades más difícilmente definibles, como si no fuesen más que desarreglos *internos* del organismo que una acción química sobre este organismo podría resolver, la medicina está desempeñando de hecho una acción defensiva del estado de cosas existente: postula implícitamente que la enfermedad es imputable al organismo enfermo y no a su medio ambiente vital y laboral, y con ello no pone en cuestión esas formas de vida y de trabajo contra las cuales se rebela el organismo defendiéndose de ellas con una

---

<sup>45</sup> Cf. American Cancer Society, Persons at high risk of cancer. New York 1976.

---

especie de huelga simbólica. La mayor parte de las enfermedades, en efecto, significan *también* un “no puedo más” del enfermo, una incapacidad para adaptarse o enfrentarse por más tiempo a una serie de circunstancias que comportan un sufrimiento físico, nervioso, psíquico insostenible a la larga para *este* individuo, y para *todo individuo sano*.

Cuando una soldadora de la industria eléctrica, por ejemplo, sufre dolores de cabeza, vértigos, falta de apetito, depresión, etc., ¿es una enfermedad de la que debe curársele? En absoluto: esta obrera (y la mayor parte de sus compañeras) *padece su trabajo*, y es pues este trabajo lo que hay que combatir o abolir, no los síntomas mórbidos que provoca. Estos no son más que las *reacciones sanas* con las que el organismo se defiende de las agresiones insostenibles que el proceso de trabajo le inflige. Cuando la medicina trata de suprimir o de atenuar por medio de drogas los síntomas de sufrimiento provocados por una situación patógena, cumple de hecho una función represiva: aplasta una protesta orgánica para reintegrar rápidamente al “enfermo”, este desviado, este inadaptado, este “anormal”, al estado de cosas establecido. Al llevar hasta el límite esta lógica inconfesada de la medicalización, toda desviación, protesta, revuelta, será considerada como una manifestación patológica contra la que la medicina se verá obligada a intervenir. No sólo en la URSS se psiquiatiza a los disidentes. La lógica profunda de esta medicalización sólo puede comprenderse desde la perspectiva de la generalización de las relaciones de mercado, y más concretamente, de la extensión del régimen salarial. La higiene, es decir, el arte de vivir de una forma sana, sólo puede integrarse en las conductas y actividades cotidianas en la medida en que los individuos sean dueños de su ritmo y de su medio de vida y trabajo. A partir del momento en que se les urbaniza y se les constriñe al “trabajo forzoso asalariado”, pierden completamente el control de sus condiciones de alojamiento, trabajo y vida: se les niega toda posibilidad de “higiene”, su salud se ve afectada en sus fundamentos existenciales y culturales. En este momento -el mismo momento en que nace la industria- nace la clínica, es decir, la identificación y la clasificación de las enfermedades, que a partir de ahora serán consideradas como entidades, independientes del individuo enfermo, que requerirán cuidados profesionales especializados.

El cuidado de decidir cuándo están en condiciones de trabajar ya no puede, efectivamente, dejarse en manos de los propios individuos desde el momento en que su fuerza de trabajo ha sido alienada por un patrón que se la compra por medio de un salario, y no admite otro límite al rendimiento del obrero que la resistencia física de éste. La determinación de los límites de la resistencia no puede concedérsele al obrero, que siempre es sospechoso de vagancia: es la autoridad médica la que tendrá que decidir, en función de criterios supuestamente científicos. El mismo proceso por el que se expropia a los individuos de sus medios de trabajo, de sus productos y de su fuerza de trabajo, funciona para expropiarles su salud y su enfermedad: del mismo modo que deben renunciar a la libre disposición de su fuerza de trabajo en favor de un patrón, deben renunciar también a su soberanía corporal y confiar su cuerpo a la autoridad médica.

La “ciencia” del experto-médico se transforma así en la cobertura *ideológica* que legitima la autoridad patronal, el poder de la clase burguesa. Como escribe Ivan Illich, “el diagnóstico médico es un modo muy cómodo de someter a la víctima. El médico, agente de la clase dominante, decide que tal individuo ya no está en condiciones de adaptarse al medio fabricado y administrado por otros profesionales, en vez de acusar a éstos por crear medios a los que el organismo no puede adaptarse”.<sup>46</sup> Después de delegar en los ingenieros, más competentes en la materia, todos los poderes relativos a la utilización de su fuerza de trabajo, el trabajador asalariado deberá conferir a los médicos plenos poderes sobre su propio cuerpo: sólo ellos “saben” quien está enfermo y quien no lo está, quien necesita tratamiento y quien no. La sumisión a la “ciencia” del médico condiciona a los individuos a someterse a “los que saben” y a delegar todos los poderes a los expertos. Como observa John McKnight, “cuanto más cree en la necesidad de los cuidados médicos, la gente se comporta más como *cliente* que como *ciudadano*. La relación de clientela, en efecto, consiste en creer que todo irá mejor si uno se pone en manos de otro que lo sabe todo mucho mejor que uno mismo”.<sup>47</sup>

La sumisión a la autoridad médica y la sumisión a la autoridad tecnocrática van a la par: el país en el que hay más vacunas obligatorias -Francia- es también el país donde el poder de la administración central sobre los “ciudadanos” es más pronunciado.<sup>48</sup>

## 5. La ideología profesional contra la utilidad social

La organización profesional de la medicina occidental es estructuralmente elitista: privilegia las enfermedades raras que requieren técnicas costosas accesibles sólo a una pequeña minoría, y menosprecia los cuidados y las medidas de higiene simples y poco costosas que tendrían una eficacia indudable contra las afecciones corrientes que constituyen el 95 % de las enfermedades. Destina recursos desproporcionados a las investigaciones costosas y a las intervenciones heroicas, y se mantiene serenamente impotente contra las dolencias más extendidas (gripe, “reumatismos”, asma, etc.) como si, por su misma frecuencia, fuesen demasiado “banales” para merecer la atención de los profesionales.

<sup>46</sup> Ivan Illich, *Nemesis médica*, cap. 7. Ed. Barral.

<sup>47</sup> John McKnight, *The medicalization of polites* en “The Christian century”, 17 setiembre 1975.

<sup>48</sup> En los países anglosajones, la vacunación antivariólica es desaconsejada por el cuerpo médico, salvo a las personas que tienen que vivir en regiones en que persiste esa enfermedad. La vacunación contra la tosferina se considera más peligrosa que la propia enfermedad en Gran Bretaña y en Alemania Federal. De todas formas la protección más o menos eficaz que ofrece la vacunación es muy limitada en el tiempo. Las vacunaciones obligatorias no podrían revestir la eficacia que de ellas se espera más que si se hiciera extensiva la obligación a la renovación periódica.

---

La medicina profesional es incapaz de adaptarse a la lucha contra las enfermedades más corrientes. Estas sólo serán eficazmente combatidas si las acciones preventivas y curativas se banalizan (como pasa con la contracepción, los tests de embarazo, de “higiene”, etc.) hasta el punto de estar al alcance de todos, personas o grupos. Pero en este caso habrá progresado la higiene, que es cultura popular, en detrimento de la medicina, que es cultura de élite: se habrá abierto una brecha en el monopolio de la profesión médica en materia de salud y enfermedad. Los inventos en materia de higiene no confieren poder, gloria ni fortuna a quienes los realizan (sin duda porque con frecuencia son biólogos y no médicos), mientras que la medicina heroica está perfectamente adaptada a la ideología terapéutica que promete, a una población dependiente, el control institucional cada vez más completo de “los que saben”.

Pero hay más. La ideología y la jerarquía internas de la profesión conceden un valor muy superior a los procedimientos altamente tecnificados y realizados en casos excepcionales que a las acciones en profundidad contra los males más extendidos. Es como si el valor profesional que la profesión médica concede al médico fuese inversamente proporcional a su utilidad social. Lo mismo puede decirse, por otra parte, de las demás profesiones científicas. Del mismo modo que, en agricultura, el saber del campesino tradicional está en el nivel inferior de una jerarquía de valores en cuya cima se sitúan los conocimientos especializados de químicos y expertos en genética (que, en razón de su misma especialización, miden mal las devastadoras consecuencias, a largo término, de sus inventos); del mismo modo que los ingeniosos mecánicos, sin cuya ayuda nada funcionaría, están en el nivel inferior de una pirámide cuya cima la ocupan los ingenieros teóricos, también el médico de medicina general, el enfermero, el “médico descalzo” que, mezclados con el pueblo, son (o pueden ser) los mejores divulgadores de medidas de higiene y tratamientos y, por consiguiente, los artesanos más eficaces para una salud mejor, son despreciados por la profesión que, en cambio, concede la más elevada posición a los mandarines hiperespecializados, capaces de diagnosticar el caso excepcional que sólo se presenta una vez entre un millón de casos.

Desde el punto de vista de la profesión, los trabajadores de la salud socialmente más útiles parecen banales e intercambiables en razón de su número y del carácter no excepcional tanto de su competencia como de las enfermedades que tratan: representan *un progreso para la salud, pero no para la ciencia*. El mandarín hiperespecializado, por el contrario, detentador de una competencia necesariamente rara en cuanto que las enfermedades que estudia son excepcionales, representa *un progreso para la ciencia, lo que perpetúa el monopolio y el poder de la clase profesional*.

De este modo, está en la cumbre de la pirámide profesional aunque no contribuya lo más mínimo a mejorar el estado de salud de la gente. Esta contradicción entre la escala de valores profesional y el grado de utilidad social está en la base de las distorsiones y del desarrollo desigual de los conocimientos. Abandonada a sí misma, toda profesión cerrada tiende a dotarse de estructuras mandarinescas y a colocar como su principal objetivo su autorreproducción, la perpetuación de sus privilegios.

Esta contradicción sólo ha sido asumida hasta hoy en sociedades como la china, la vietnamita o la tanzana. Allí ha sido superada, bien o mal, por una lucha permanente, una lucha que no ha estado dirigida contra la investigación de punta, sino contra la ideología del mandarín, que, aparte de privilegios sociales y materiales, reclama para los detentadores de conocimientos raros el derecho a no sentirse responsables más que ante sus iguales y nunca ante su prójimo, ante el pueblo.