

Transculturación del consumismo sanitario y medicalización en la globalización

<http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/4955/1/Transculturacion-del-consumismo-sanitario-y-medicalizacion-en-la-globalizacion.html>

Autor: Gustavo Alcántara Moreno

Publicado: 1/12/2012

El presente trabajo tiene como propósito abordar la transculturación del consumismo sanitario desde la sociedad norteamericana hacia las sociedades en vías de desarrollo, dando cuenta de cómo esta situación repercute en el proceso salud-enfermedad. También se estudia una de las principales características de las sociedades influenciadas por el sistema de salud norteamericano, tal y como lo es la medicalización de las mismas. Se pretende entonces abordar dichos fenómenos desde una perspectiva sociológica de la globalización, en el sentido de que se hace énfasis en la dimensión cultural.

Transculturación del consumismo sanitario y medicalización en la globalización .1

Transculturación del consumismo sanitario y medicalización en la globalización.

Gustavo Alcántara Moreno. Politólogo, Abogado, Magíster en Ciencias Políticas, Doctorando en Ciencias Humanas (Universidad de Los Andes).

Evelyn Rivas Suárez. Politólogo, Magíster en Economía (Universidad de Los Andes).

Departamento de Ciencias de la Conducta, Facultad de Medicina, Universidad de Los Andes, Mérida, Venezuela. Proyecto financiado por el CDCHTA-ULA, código M-1016-11-09-B.

Resumen

El presente trabajo tiene como propósito abordar la transculturación del consumismo sanitario desde la sociedad norteamericana hacia las sociedades en vías de desarrollo, dando cuenta de cómo esta situación repercute en el proceso salud-enfermedad. También se estudia una de las principales características de las sociedades influenciadas por el sistema de salud norteamericano, tal y como lo es la medicalización de las mismas. Se pretende entonces abordar dichos fenómenos desde una perspectiva sociológica de la globalización, en el sentido de que se hace énfasis en la dimensión cultural.

El estudio se realizó desde una perspectiva sociológica mediante la aplicación de una metodología, predominantemente cualitativa, de tipo documental, centrándose en un caso que pretende ser estudiado como unidad, de manera exhaustiva.

Palabras clave: Transculturación, medicalización, globalización, cultura.

Abstract.

This paper aims to address health consumerism transculturation from American society toward developing societies, realizing how this affects the health-disease process. We also study one of the main characteristics of societies influenced by the U.S. health system, as it is the medicalization of them. It then seeks to address these phenomena from a sociological perspective of globalization, in the sense that it emphasizes the cultural dimension. The study was conducted from a sociological perspective by applying a methodology, predominantly qualitative, documentary, focusing on an event that aims to be studied as a unit, exhaustively.

Key words: Transculturation, medicalization, globalization, culture.

1.1. Introducción: globalización, cultura y salud.

En el plano académico, una visión sociológica con respecto a qué se entiende por globalización es la dada por los autores franceses, los cuales denominan al fenómeno como mundialización. Por dicho proceso se entiende “el incremento, a escala mundial, de las interacciones que unen entre sí a todas las actividades humanas. Este aumento de las interdependencias ya no conoce fronteras, gracias a la abolición de los obstáculos imputables al tiempo y al espacio”

(Brunvick y Danzin, 1999, p. 15).

Se trata de una transformación de la sociedad cuya rapidez y profundidad sólo es susceptible de comprenderse como una ruptura. En este proceso está presente la categoría de cambio social, marcando entonces el paso de una época a otra, lo que por supuesto implica una recreación y reconstrucción de la estructura social. De allí que la nueva realidad desborde las explicaciones y sature los sentidos al intentar comprenderla y digerirla.

Así pues, el mundo se hace cada vez más un lugar en donde las distancias se acortan y el tiempo se reduce. Se vive ciertamente en una aldea global que presenta como característica específica, que lo que sucede en cualquier punto estratégico de la misma puede tener impactos inmediatos y muy intensos en muchos otros lugares y afectar especialmente a los países en desarrollo por su alta vulnerabilidad, en particular en el área de la salud. Ejemplo de ello son el cambio climático, la lluvia ácida, los contaminantes químicos, los cultivos de transgénicos, el tráfico de desechos tóxicos peligrosos y los desastres naturales, entre otros.

Podría afirmarse entonces que nadie, ningún país ni persona, es infalible a los peligros arriba mencionados. Se trata de una proliferación de riesgos para la salud a escala global que trasciende el ámbito geográfico y por tanto la competencia de los diversos Estados nacionales del mundo. Este “desplazamiento de los asuntos humanos del marco restringido del Estado-nación al vasto escenario del planeta Tierra está afectando no sólo el comercio, las finanzas, la ciencia, el ambiente, la delincuencia y el terrorismo; también está modificando la naturaleza de los retos de salud a los que nos enfrentamos en todo el mundo” (Frenk y Gómez, 2004).

También en una perspectiva sociológica, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2003) entienden la globalización como “la internacionalización de la producción y el consumo, de valores y costumbres, a través del movimiento de capital, fuerza laboral, tecnología e información” (p. 3). Esta definición toma en cuenta dos categorías sociológicas de análisis como lo son los valores y las costumbres, incluidas éstas dentro del área más amplia de los estudios referentes a la cultura.

Esta es una tendencia que viene dada por estudios sociológicos y politológicos, los cuales ven en la globalización la tendencia a la expansión de los valores de la sociedad occidental y los valores de la democracia y del Estado Social de Derechos, lo cual entra en conflicto con muchas sociedades rurales y con bajas capacidades estructurales para que se dé la democratización. Ello conlleva a matizar y comprender de manera más clara el proceso de diferenciación cultural dejado de lado en muchas interpretaciones apresuradas sobre el proceso de globalización en cuanto criterio de explicación de la expansión de la racionalidad científica en el planeta.

Los valores como categoría sociológica son “criterios profundamente asumidos para juzgar lo que está bien y lo que está mal, lo que es deseable o indeseable, lo que es hermoso o feo. Son los estándares subyacentes, generales, con frecuencia inconscientes e inexpressados con los que evaluamos actos específicos, objetos o hechos” (Calhoun, Light y Keller, 2000, p. 93).

En un escenario como el anterior, el concepto de cultura aplicado al campo de la salud constituye el eje neurálgico en el análisis de los factores sociales involucrados en el proceso de salud-enfermedad. A través del reconocimiento de las diferencias y similitudes culturales entre usuarios y proveedores es posible comprender, por ejemplo, el nivel y carácter de las expectativas que cada cual tiene del proceso, las percepciones de salud y enfermedad representadas en la interacción médico-paciente, los patrones con que se evalúa la calidad y resultado de la acción terapéutica, y el despliegue de diversas conductas frente a la enfermedad.

De hecho, “La diversidad sociocultural es mayor que la diversidad biológica de los seres humanos, cuyos organismos funcionan todos más o menos similarmente en el plano fisiológico. En la medida en que la salud es concebida en forma que va más allá del tratamiento de la enfermedad para incluir aspectos como nutrición, seguridad y participación social, hay un papel cada vez más importante que debe desempeñar el científico social” (Sawyer, 1999, p. 42).

En torno a la cultura surge entonces el debate de si acaso estamos avanzando hacia una homogenización de valores, costumbres, símbolos, normas y usos sociales o, si por el contrario, gracias a la globalización es posible que cada comunidad determinada reafirme y refuerce su diversidad cultural y pueda expresarla a nivel global, tal y como ocurre por ejemplo con los movimientos indígenas.

Al respecto puede decirse entonces que la globalización de la cultura no es un proceso que transite unívocamente por un mismo camino, conducente inevitablemente a la norteamericanización, lo que algunos denominan el imperialismo cultural. Tampoco crea necesariamente “una cultura homogeneizada, aguada y grisácea. Las pequeñas culturas tradicionales pueden verse arrolladas, pero la globalización también permite combinaciones nuevas y diversas de tradiciones culturales

antafío separadas” (Friedman, citado en Calhoun, Light y Keller, Ob. cit., p. 113).

Sin embargo, puede argumentarse que actualmente en América Latina, la ciencia y la tecnología son objeto de transferencias desde los centros de poder en que se generan relaciones desiguales devenidas en medios de dominación cultural, que dejan sin posibilidades de desarrollo cualquier otro conocimiento alternativo.

Transculturación del consumismo sanitario y medicalización en la globalización .2

Tal sería el caso del “campo de los servicios de Salud donde la medicina occidental ejerce una acción hegemónica sobre la medicina popular tradicional, que repercute negativamente en los niveles de desarrollo de la cultura médica” (Magaz y Magaz, 2008).

De cualquier modo, la globalización cultural norteamericana tiene repercusiones muy particulares en lo que respecta al proceso salud-enfermedad, pues el sistema de salud de los Estados Unidos es prácticamente el único en el mundo con características predominantemente de mercado.

Adicionalmente, si se considera que la moderna e industrializada sociedad norteamericana ha experimentado un profundo proceso de medicalización a partir de los años 70 del siglo XX, a través del cual muchos comportamientos que en un determinado momento se consideraron como problemas morales o relativos al ámbito privado del individuo, han pasado a formar parte de la órbita de los médicos (Macionis y Plummer, 1999), se tiene un conjunto de creencias y costumbres sociales que potencialmente se podrían transculturizar en un mundo globalizado.

En tal sentido, surge la interrogante acerca de cuál es la tendencia y manifestaciones de los estilos de vida norteamericanos a transculturizarse y expandirse globalmente, en un mundo con países en vías de desarrollo acuciados de políticas sociales para sobrellevar la carga de las enfermedades y las desigualdades.

1.2. La globalización de la cultura norteamericana y el consumismo sanitario en las sociedades en vías de desarrollo.

Una de las preocupaciones que se manifiesta al considerar la salvaguarda de la libertad cultural en el mundo actual es la enorme influencia que ejerce la cultura occidental, (liderada por la hegemonía cultural de los Estados Unidos) en particular su “consumismo”, en el mundo globalizado en que vivimos.

Para corroborar el consumismo norteamericano en materia de salud, es pertinente referirse por ejemplo al mercado farmacéutico, en el cual los Estados Unidos se ubican como el principal consumidor a nivel mundial con un 48 %, aproximadamente.

Así, según Angell (2006), IMS Health, posiblemente la más citada de las fuentes estadísticas de la industria farmacéutica, calculó que el total de las ventas en todo el mundo de medicamentos recetados ascendía a cuatrocientos mil millones de dólares en 2002. Cerca de la mitad de esa cifra corresponde a los Estados Unidos.

Por lo tanto, el hecho de consumir prácticamente la mitad de los medicamentos a nivel mundial resulta escandaloso si consideramos que los Estados Unidos cuentan con unos 300 millones de habitantes en un mundo con una población total de 6.500 millones.

En tal sentido, el consumismo sanitario en los EEUU se traduce en una sociedad sobremedicada. Este tipo de sociedad se estructura en base a prácticas inducidas por parte de la industria farmacéutica multinacional hacia los médicos y los usuarios y/o pacientes, generando un desmedido consumo de medicamentos. Así, las pautas de comportamiento de los médicos al prescribir medicamentos, se ven fuertemente influenciadas, incluso desde que comienzan sus estudios de medicina, por parte de los visitantes médicos, quienes fungen como el principal agente de marketing de la industria farmacéutica.

Del mismo modo, en cuanto a los usuarios y/o pacientes norteamericanos, sostiene Angell (Ob. cit.), que los mismos han sido muy bien instruidos por la publicidad de la industria. “Les han enseñado que si no salen del consultorio médico con una prescripción, el médico no está haciendo bien su trabajo. El resultado es que mucha gente termina tomando fármacos cuando hay maneras más eficaces de lidiar con sus problemas” (p. 190). Se construye así una creencia que sustenta y agudiza el consumismo sanitario, en el seno de una sociedad opulenta que, gracias a la globalización cultural, puede potencialmente generar una transculturación de éstos enunciados específicos que las personas consideran como ciertos, hacia la gente en las sociedades en vías de desarrollo.

Se sostiene con cierta frecuencia y de manera verosímil que “la libertad de escoger el modo de vida propio en el mundo actual no implica tan sólo la posibilidad de elegir libremente, sino también que las personas de las civilizaciones más desposeídas sean capaces de resistirse a la influencia occidental” (PNUD, 2004, p. 33). Esta preocupación es indudablemente merecedora de atención, dada la innegable precariedad de las culturas locales en un mundo que está tan dominado por la extrema exposición a las influencias transculturales y el poderío avasallante del mundo occidental.

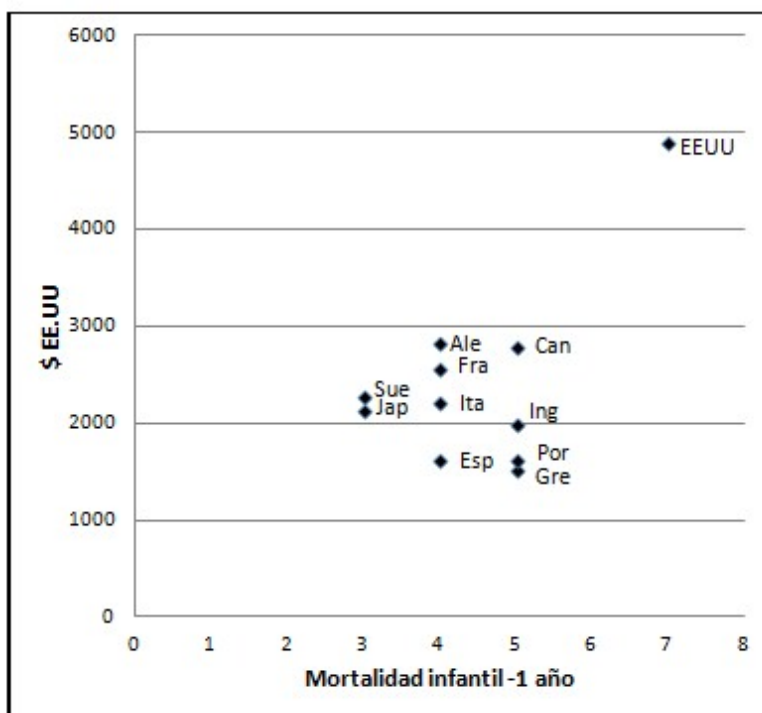
Con respecto a la globalización cultural y el proceso salud-enfermedad, desde la vertiente del globalismo neoliberal, se observa que el modelo hospitalocéntrico, individualista y curativista de los Estados Unidos se ha transculturizado a muchas sociedades en vías de desarrollo. Esto puede comprobarse por el simple hecho de que la más alta proporción del gasto presupuestario en salud suele destinarse al nivel terciario de la atención en salud, es decir, a las acciones de hospitalización, terapéutica, cirugía y consultas, entre otras. Lo que se critica es que “esta forma de hacer las cosas está dirigida a cuidar la salud de sólo entre el 10 % y el 15 % de la población, generalmente la élite” (Calhoun, Light y Keller, Ob. cit., p. 400).

Existe poca facilidad para que la mayoría de la gente acceda a este tipo de medicina, porque para el desarrollo de la misma se aplica tecnología de punta, y los costos se elevan proporcionalmente con relación a la misma, lo que profundiza las inequidades y la brecha entre los países desarrollados y las sociedades en vías de desarrollo, y entre los ricos y los pobres de una nación (Sawyer, Ob. cit.).

Resulta ilustrativo echar un vistazo al sistema de salud de los Estados Unidos, para lo cual se puede observar en el Gráfico 1 una comparación entre diversos países desarrollados pertenecientes a la Organización para el Desarrollo y la Cooperación Económica (OCDE) (Suecia, Alemania, Inglaterra, Francia, Italia, España, Portugal, Grecia, Japón y Canadá), desde el punto de vista de la relación existente entre el gasto en salud y la mortalidad infantil para inferir la efectividad de cada sistema sanitario.

Los Estados Unidos, que son la potencia hegemónica a nivel mundial desde el punto de vista económico, político, militar y cultural, presenta los peores resultados para el 2003 en cuanto a la tasa de mortalidad infantil con 7 por cada 1.000 nacidos vivos entre el grupo de países desarrollados que aparecen en el Gráfico 1. Además, tiene el mayor gasto per cápita en salud con 4.487 \$. Es obvio entonces que el sistema de salud norteamericano hace un gasto elevado en materia de salud el cual no se traduce en resultados óptimos si lo comparamos por ejemplo con Inglaterra que tiene un gasto per cápita en salud de 1.989 \$ y una tasa de mortalidad infantil de 5 por cada 1.000 nacidos vivos (Alcántara Moreno, 2011).

Gráfico 1. Gasto en Salud per cápita y mortalidad infantil en menores de 1 año en algunos países de la OCDE (EEUU /per cápita- X 1.000 nacidos vivos)



Fuente: Elaboración propia con datos del PNUD. Informe Sobre Desarrollo Humano 2004.

Transculturación del consumismo sanitario y medicalización en la globalización .3

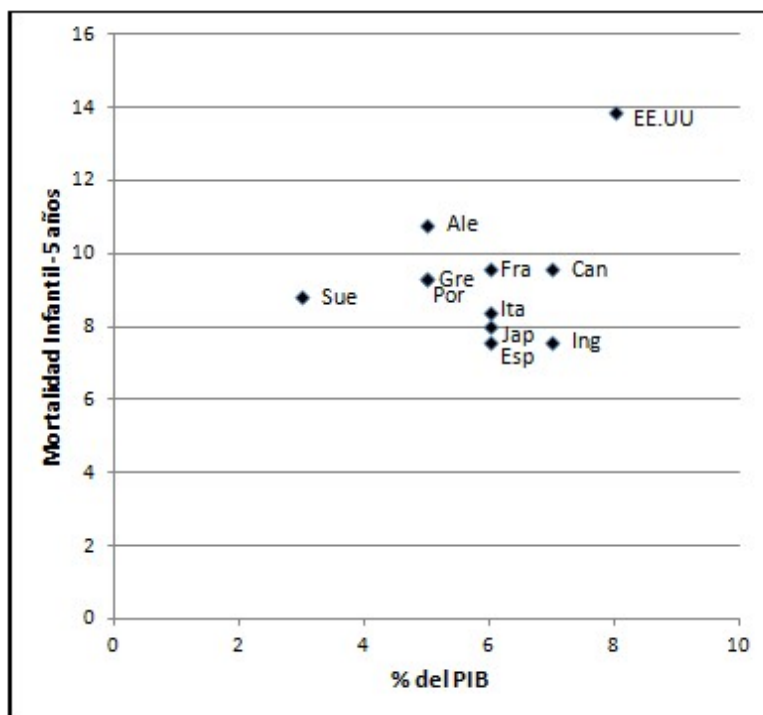
Adicionalmente, en el Gráfico 2 se muestra como los Estados Unidos es el país que más dinero gastó de manera total en salud durante 2003 como porcentaje del producto interno bruto (PIB) con un 13,9 %, presentando una tasa de mortalidad infantil en menores de 5 años de 8 por 1.000 nacidos vivos. Países desarrollados como España e Inglaterra, que poseen un modelo sanitario de Sistema Público Nacional de Salud, tuvieron cada uno en 2003 un gasto total en salud de casi la mitad que el realizado por Estados Unidos, esto es, 7,6 % de su respectivo PIB, presentando tasas de mortalidad infantil en menores de 5 años de 6 los españoles y de 7 los ingleses. Entonces, los Estados Unidos gastan mucho y están lejos de tener los mejores resultados en salud. Por ello, la calidad de los resultados en los indicadores de salud dependen más de la oportunidad y aciertos de como se invierten los recursos que de la cantidad de los mismos.

Una prueba más fehaciente de la importancia de como se invierten los recursos en salud, antes que la cantidad de éstos, lo demuestran los resultados obtenidos por Chile y Costa Rica, ambos países latinoamericanos y en vías de desarrollo. Chile tuvo un gasto en salud per cápita de 792 \$ y un gasto total en salud de 6,8 % de su PIB, obteniendo tasas de mortalidad infantil de 10 por cada 1.000 nacidos vivos y de mortalidad en menores de 5 años de 12. Los ticos realizaron un gasto total en salud de 7,2 % de su PIB, apenas 562 \$ per cápita y obtuvieron unas tasas de mortalidad infantil de 9 por 1.000 nacidos vivos y de mortalidad en menores de 5 años de 11 por 1.000 nacidos vivos.

Así pues, según Bezruchka, citado por Pickard (2004) “si Estados Unidos es el país más rico y poderoso del planeta, pero con la peor expectativa de vida de los industrializados, la razón estriba en la creciente desigualdad en ese país, más el sistema de salud controlado por grandes empresas y por tanto a merced de las ganancias de éstas” (p. 13). La situación de salud de los Estados Unidos se ve entonces ampliamente determinada por las desigualdades e inequidades estructurales de la sociedad norteamericana.

La sociedad norteamericana está fuertemente imbuida del individualismo y el consumo como valores, antes que por la solidaridad social, viéndose esta última debilitada en un contexto globalizador de consolidación del individualismo como mecanismo de resolución de problemas y como forma de vida impuesta por el capital. Esta situación va de la mano con las crecientes restricciones de acceso a los servicios públicos de salud y educación, al igual que la individualización de las pensiones y los seguros médicos que han generado una progresiva dependencia de la supervivencia de cada persona con respecto a su propio esfuerzo. Aunque estos procesos individualistas no se han extendido tanto como divulgan los portavoces neoliberales, “ideológicamente han modificado la visión del mundo predominante y las formas de actuar de las personas. Un hecho objetivo de esta época es el debilitamiento objetivo y subjetivo de los lazos comunitarios en todos los niveles de la sociedad” (Flores y Mariña, 1999, p. 284).

Gráfico 2. Tasa de Mortalidad Infantil -5 años (x 1.000 nacidos vivos) y gasto total en salud como % del PIB en algunos países de la OCDE



Fuente: Elaboración propia con datos del PNUD. Informe Sobre Desarrollo Humano 2004.

En una perspectiva sociológica, en palabras de Beck (1999), la individualización significa la desintegración de las certezas de la sociedad industrial, así como la compulsión a buscar y encontrar nuevas certezas por sí mismo y entre todos. Esta situación surge ante la desintegración de las formas de socialización de la modernidad industrial simple, generándose en la modernidad reflexiva una situación en la que los individuos deben producir, escenificar y remendar ellos mismos, sus propias biografías.

Por otra parte, los resultados en la situación de salud de la población mejoran ostensiblemente en la medida en que la sociedad se estructure de manera más equitativa. Por ejemplo, en el Japón existen más equidades con respecto a las remuneraciones económicas por el trabajo desempeñado. En el país del sol naciente, devastado tras la Segunda Guerra Mundial, el primer ministro "gana apenas cuatro veces lo que gana un trabajador común. En las empresas niponas, el director ejecutivo gana comúnmente 10 veces más de lo que gana un empleado recién ingresado. En cambio, en Estados Unidos los ejecutivos ganan 475 veces más de lo que gana un trabajador raso" (Bezruchka, citado en Pickard, Ob. cit., p. 14). Hay que destacar en este punto que las diferencias entre salarios altos y bajos en el Japón no se presentan por el simple hecho de legislaciones laborales, sino que son trascendentales los valores de cohesión social y solidaridad de la sociedad en su conjunto, exaltando más el interés colectivo, en contraste con el individualismo norteamericano.

Además, con la desmembración de la antigua Unión Soviética, el sistema capitalista de libre mercado se extendió triunfante a Rusia y el resto de las ex-repúblicas socialistas. Esto significó que el otrora sistema soviético de salud, caracterizado por su concepción de servicio público gratuito, se desvaneciera lentamente. Se procedió entonces a realizar reducciones significativas en el presupuesto de los gobiernos con respecto a los programas de salud pública, con el catastrófico resultado de que inmediatamente apareció una epidemia de cólera que se extendió por todo el territorio (Heymann, 2002). Entonces, los cambios abruptos en el sistema de salud socialista para introducir la lógica capitalista neoliberal mostraron sus frutos amargos de manera contundente.

1.3. La medicalización de la sociedad.

En su trabajo *Iniciativas frente al liberalismo globalizador*, Sánchez Bayle (2009) señala que las repercusiones de la globalización sobre los sistemas sanitarios son la consecuencia de una estrategia general que se podría resumir en desregulación, privatización y mercantilización, y que en términos generales está expresada en los acuerdos y propuestas de la Organización Mundial del Comercio (OMC) y el Fondo Monetario Internacional (FMI). Esta estrategia se aplica de maneras muy diferentes en cada contexto concreto, pudiendo decirse que, en este aspecto, como en muchos otros, combina objetivos y tácticas generales con una aplicación flexible de los mismos en cada contexto concreto, de forma que su visibilidad en muchas ocasiones no es percibida por la mayoría de la población, y ni tan siquiera por los sectores directamente implicados.

Es así como, un aspecto negativo de este modelo norteamericanizado de la salud, es el que tiene que ver con lo que se conoce como medicalización. Por la misma se entiende el incremento del número de condiciones de la vida humana y del quehacer cotidiano que han pasado a ser consideradas objeto de atención médica, motivado por el crecimiento de la industria sanitaria y el prestigio del gremio médico.

La medicalización fue un concepto acuñado en los años 1970, destacando Iván Illich con su libro *Némesis Médica* (1978), en el cual se plantea una crítica romántica ante la paradoja de que en las sociedades modernas en las cuales se han incrementado de manera significativa los recursos humanos y financieros en salud, sin embargo se dan mejoras cada vez más pequeñas en el estado general de la salud. Según Illich, la medicina actual tiene un carácter de heterogeneidad y contraproductividad, debido a la medicalización de diversas funciones de la vida social anteriormente desempeñadas por otras agencias o instancias de la sociedad. El problema es que la medicina moderna se orienta tanto a curar enfermedades como a mejorar la salud, pero las mejoras no tienen límite y por ello se dan enormes incrementos en el gasto sanitario.

Transculturación del consumismo sanitario y medicalización en la globalización .4

En tal sentido, partiendo de un análisis crítico del rol de los medicamentos en la práctica de profesionales de salud y consumidores, Barros (2008) recalca la influencia ejercida por las estrategias promocionales, tanto las más antiguas como las más recientes, por iniciativa de los productores, con el fin de reforzar valores y creencias que sobrepasan lo que se puede obtener con la utilización de un fármaco. Así, algunos ejemplos para ilustrar la medicalización serían el uso irracional de anfetaminas volcadas hacia el control del apetito, o hacia los niños clasificados como "hiperactivos" y "con déficit de atención", además de los fármacos para andropausia o depresión.

En el mismo orden de ideas, puede afirmarse que el modo de vida impuesto por el capitalismo global está íntimamente ligado al proceso de producción y de consumo de bienes materiales, creando una ola consumista que tienden a promover las mismas prescripciones por la vía del consumo de drogas médicas, el auge de nuevas terapias, la medicalización de comportamientos atípicos y el tratamiento farmacológico de toda sintomatología depresiva (Llambias Wolff, 2003).

Por otra parte, Vara (2008) describió el problema de la medicalización de la vida diaria de las personas con fines económicos o de marketing, por medio de la creación de enfermedades o la exageración de situaciones fisiológicas, asociándolas con posibles sufrimientos o patologías, situación que ha sido denominada como *disease mongering*.

Dicho fenómeno sería una de las consecuencias de un cambio en las reglas de juego de la actividad científica, marcado por una creciente mercantilización de la misma. Autores como Krimsky (citado por Vara, Ob. cit.) atribuyen este cambio a la nueva legislación aplicada en los Estados Unidos para promover la transferencia de tecnología y el reconocimiento de la propiedad intelectual a través del otorgamiento de patentes, que se impuso al resto del mundo a través de la OMC.

Otros autores que se refirieron a la medicalización de la sociedad, según señala Luz (2000, p. 27), fueron Michel Foucault (1963), Dupuy y Karsenty (1974), Clavreul (1978), Attali (1979) y Boltanski (1979). En todos estos trabajos se resaltó "el carácter socialmente invasivo y, al mismo tiempo, estrechamente ligado al orden político, social y económico de las sociedades industriales de la medicina nacida con la revolución industrial y convertida en dominante en los últimos ciento cincuenta años" (Luz, 2000, p. 27).

Son ejemplos de medicalización el envejecimiento, la caída del cabello, la ansiedad, el insomnio, la disfunción eréctil, la obesidad, las cirugías estéticas, entre otras, las cuales pasaron de ser consideradas como parte de la vida, a ser susceptibles de intervención y tratamiento médico. Todas estas situaciones pretenden ser resueltas en el mayor de los casos con medicamentos, obviando otros métodos de tratamientos alternativos, muchas veces más efectivos, para satisfacer la cada vez más rentable y poderosa industria farmacéutica multinacional y fortalecer la mercantilización de la medicina.

De manera que, se ha transculturizado en las sociedades en vías de desarrollo la medicalización, que puede conllevar al consumismo sanitario. Se refuerza de esta forma el modelo curativista de la atención en salud, con énfasis en el nivel hospitalario. Esta es la representación social dominante que existe de la salud en la mayor parte de la población, y en ese contexto el modelo curativo proporcionado por el Estado es la única alternativa que se percibe en el imaginario colectivo para reponer la salud. Así, en Venezuela a partir de la década de 1970 "el énfasis en la medicina curativa continúa y trae como consecuencia un descuido en las estrategias y programas de prevención y saneamiento... Actualmente la situación de salud de la población venezolana sigue más o menos igual." (Pedrique, 2008, p. 165).

Esto ha influido en el descuido hacia la atención primaria en salud, que implica la educación para la salud, medidas preventivas como las inmunizaciones y la vacunación, dotar de agua potable y correcta disposición de excretas a las

comunidades, desarrollar planes masivos de construcción de viviendas populares, promover la participación comunitaria, atacar el hambre y, en fin, ofrecerle mejores condiciones de vida a todos los estratos de la población, como parte de una política social de Estado.

Esta medicalización, que se presenta con gran fuerza en regiones como América Latina, Asia y África, que forma parte de un modelo sanitario implantado mediante la transculturación del capitalismo globalizador, se ha encargado de crear necesidades de salud que no se corresponden con el verdadero perfil epidemiológico de los sectores más numerosos de dichas regiones. Así por ejemplo, en Venezuela no se realizan investigaciones sistemáticas para el desarrollo de medicinas destinadas a cubrir las necesidades sanitarias nacionales, siendo escaso el desarrollo de drogas autóctonas (La Cruz citado en Añez Ferrer, 1995).

Es necesario en este punto enfatizar que la industria farmacéutica multinacional está concentrada en los países económicamente más poderosos. En el negocio de los fármacos, lo que pareciera concernir con exclusividad a los laboratorios del Norte industrializado no es la salud de las personas en las sociedades en vías de desarrollo, sino que el interés es única y vulgarmente económico.

Así pues, la investigación en salud a nivel mundial no se corresponde con los grandes problemas de salud de las masas, sino con las necesidades de las sociedades opulentas y los estratos pudientes de los países subdesarrollados, que son quienes pueden pagar los altos costos en tecnología y medicamentos. De manera tal que las mayores inversiones en investigación se realizan sobre enfermedades crónico-degenerativas (Briceño-León, 1999), mientras que las llamadas patologías del mundo subdesarrollado, que son las enfermedades infectocontagiosas (malaria, VIH-SIDA, dengue y tuberculosis, entre otras), siguen cobrando numerosa vidas año tras año.

Para ilustrar lo arriba señalado, según el Informe Sobre Desarrollo Humano 2003, se observa que en el mundo existen 42 millones de personas que viven con el VIH/SIDA, de las que 39 millones pertenecen a países en desarrollo. La tuberculosis sigue siendo (junto con el SIDA) la enfermedad infecciosa con mayor mortalidad en adultos, causando hasta 2 millones de muertes al año. Las muertes por malaria, actualmente 1 millón al año, podrían duplicarse en los próximos 20 años.

Por otra parte, en cuanto a los estudios culturales resulta pertinente abordar el análisis de los patrones de comportamiento y consumo de la población, teniendo en cuenta que la globalización ha introducido cambios en dichos factores. Cuando se habla de consumo de la población obviamente que se trata de diversos bienes y servicios, sin embargo, es relevante para la salud específicamente el consumo referido a la alimentación. Esto se justifica por el hecho de que la calidad de la alimentación es decisiva en la determinación del perfil epidemiológico de la población.

Se argumenta que la globalización ha introducido cambios positivos en cuanto a la accesibilidad de diversas poblaciones a los alimentos. El mejoramiento progresivo de la higiene de los alimentos y productos gracias al comercio mundial puede motivar beneficios económicos y sanitarios tanto para los países exportadores como para los países importadores. Los países exportadores se benefician del acceso a nuevos mercados y de una protección más efectiva de la salud de su propia población, y los países importadores de nuevas posibilidades de obtener bienes de igual o mejor calidad a precios más bajos (OPS, 2003).

Pero también está latente la posibilidad de que se produzcan cambios negativos en los patrones de consumo de los alimentos. La OMS y la FAO presentaron un informe titulado Dieta, nutrición y prevención de las enfermedades crónicas (2003). El informe contiene las mejores pruebas científicas existentes acerca de la relación de la dieta, la nutrición y la actividad física con las enfermedades crónicas. El informe examina las enfermedades cardiovasculares, varios tipos de cáncer, la diabetes, la obesidad, la osteoporosis y las enfermedades dentales.

La carga que suponen las enfermedades crónicas está aumentando rápidamente; "en 2001 representaron aproximadamente un 59% de los 56,5 millones de muertes notificadas en todo el mundo y un 46% de la carga de morbilidad mundial" (OMS/FAO, 2003, p. 16). El informe concluye que la dieta con pocas grasas saturadas, azúcares y sal y abundantes frutas y hortalizas, combinada con la actividad física regular, tendrá gran impacto en la lucha contra esta elevada carga de mortalidad y morbilidad.

Lo interesante del informe es que deja claro que las enfermedades crónicas ya no son un problema exclusivo de las sociedades desarrolladas, puesto que se están incrementando paulatinamente en el mundo en desarrollo, aumentando las tasas de morbi-mortalidad por dichas causas.

Transculturación del consumismo sanitario y medicalización en la globalización .5

Se hizo necesario entonces el planteamiento de la Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud que preparó la OMS para enfrentar el crecimiento de la carga que suponen las enfermedades crónicas.

El excesivo consumo de los alimentos ricos en grasas saturadas, azúcares y sal son perniciosos para la salud. Una de las características de la globalización es el hecho de que los patrones de consumo de las sociedades desarrolladas basados en el modelo de las multinacionales se han extendido de manera global. Por lo tanto, los riesgos y peligros inherentes al consumo de los alimentos vendidos por estas cadenas de comida rápida se han ampliado a las sociedades en vías de desarrollo.

1.4. Conclusión.

En el sector salud, el modelo hospitalocéntrico, mecanicista, individualista y curativista de los Estados Unidos se ha extendido a muchas sociedades en vías de desarrollo. Esta transculturación es un obstáculo para solucionar los problemas de salud de los países en desarrollo, quienes están urgidos, además de medicamentos, de satisfacer necesidades básicas de alimentación, vivienda, empleo, educación y seguridad social, entre otros.

De manera que, el gasto en salud en las sociedades en vías de desarrollo tiene que hacer más énfasis en el nivel primario de atención en salud y no acentuarse de manera desmedida en la medicalización y el consumismo de corte norteamericano, fuertemente enfocado en el nivel terciario de atención en salud. La efectividad de un sistema de salud depende, antes que de la cantidad de los recursos, de la calidad con que se invierten.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alcántara Moreno, G. (2011). La globalización y sus implicaciones para el proceso salud-enfermedad. Una aproximación interdisciplinaria. Saarbrücken, Alemania: Editorial Académica Española.
- Añez Ferrer, R. (1995). Perspectivas sociológicas de la investigación médica. Trabajo de Asenso. Mérida, Venezuela: Universidad de Los Andes.
- Angell, M. (2006). La verdad cerca de la industria farmacéutica. Cómo nos engaña y qué hacer al respecto. Bogotá: Editorial Norma.
- Barros, J. (2008). Nuevas tendencias de la medicalización. *Ciênc. saúde coletiva* [Revista en línea] vol.13, pp. 579-587. Disponible: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000700007&lng=en&nrm=iso [Consulta: 2011, mayo 10]
- Beck, U. (1999). La invención de lo político. Ciudad de México: Fondo de Cultura Económica.
- Briceño-León, R. (1999). Las ciencias sociales de la salud. En Briceño-León, R. (Comp.) *Ciencias sociales y salud en América Latina: un balance*. Caracas: Fundación Polar, pp. 17-24.
- Brunsvick, Y., y Danzin, A. (1999). *Nacimiento de una civilización*. Vendome, Francia: Ediciones de la UNESCO.
- Calhoun, C., Light, D. y Keller, S. (2000). *Sociología*. Madrid: Mc Graw Hill, séptima edición.
- Flores, V., y Mariña, A. (1999). *Crítica de la globalidad. Dominación y liberación e nuestro tiempo*. Ciudad de México: Fondo de Cultura Económica.
- Frenk, J. y Gómez, O. (2004). Intercambio de servicios de salud entre México y Estados Unidos. *Foreign Affairs en Español* [Revista en línea]. Disponible: <http://www.foreignaffairs-esp.org/20040101faenespessay040106/julio-frenk-octavio-gomez-dantes/intercambio-de-servicios-de-salud-entre-mexico-y-estados-unidos.html> [Consulta: 2011, mayo 20].
- Heymann, D. (2002). ¿Qué enfermedades padeceremos en el siglo XXI?, en Bindé Jérôme (Coord.) *Claves para el siglo XXI*. Madrid: Ediciones UNESCO, pp. 101-106.
- Illich, I. (1978). *Némesis Médica*. México: Editorial Joaquín Mortiz, S.A.
- Larbi Bouguerra, M. (2002). Contaminación química y contaminación invisible: perspectivas y respuestas posibles. En BINDÉ Jérôme (Coord.) *Claves para el siglo XXI*. Madrid: Ediciones UNESCO, pp. 109-114.
- Llambias Wolff, J. (2003). Los desafíos inconclusos de la salud y las reflexiones para el futuro en un mundo globalizado. *Rev. Cubana Salud Pública* [Revista en línea] 29 (3), pp. 236-245. Disponible: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662003000300007&lng=en&nrm=iso [Consulta: 2011, junio 12]
- Luz, M. (2000). La salud en forma y las formas de la salud: superando paradigmas y racionalidades. En Briceño-León, R., De Souza, M, y Coimbra, C. (Coords.), *Salud y equidad: una mirada desde las ciencias sociales*. Río de Janeiro: Editora Fiocruz, pp. 25-39.
- Macionis, J., y Plummer, K. (1999). *Sociología*. Madrid: Pearson - Prentice Hall.
- Magaz, M., y Magaz, C. (2008). La construcción de la dimensión de salud como parte de la cultura [Documento en línea] Disponible: http://www.cubaarqueologica.org/document/ant06_magaz.pdf [Consulta: 2012, junio 15]
- OMS/FAO (2003). *Dieta nutrición y prevención de enfermedades crónicas*. OMS, Serie de Informes Técnicos [Documento en línea]. Disponible: <http://www.fao.org/WAIRDOCS/WHO/AC911S/AC911S00.HTM> [Consulta 2012, junio 25].
- Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud (junio 2003). *Globalización y salud*, Washington D. C., 132ª Sesión del Comité Ejecutivo.
- Pedrique, L. (2008). Acerca de la salud y la enfermedad en Venezuela. *Presente y Pasado*. 13 (55), 153-166 [Revista en línea] Disponible: <http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/26750/1/articulo8.pdf> [Consulta 2012, mayo 20]
- Pickard, M. (enero-junio 2004). "La globalización puede ser peligrosa para la salud de los pueblos", en *Medio Ambiente y Calidad de Vida*, Vol. 2, Nº 11 http://www.bcn.cl/publicadores/pub_temas_actualidad/listado/getfile.php?id=74 [Consulta realizada en fecha: 18 de julio de 2004].
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) (2004). *Informe sobre el desarrollo humano 2004: La libertad cultural en el mundo diverso de hoy*. Madrid: Ediciones Mundi Prensa.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) (2003). *Informe sobre el desarrollo humano 2003: los objetivos del milenio, un pacto entre las naciones para eliminar la pobreza*. Madrid: Ediciones Mundi Prensa.
- Sánchez Bayle, M. (2009). "Iniciativas frente al liberalismo globalizador", en Sánchez Bayle, M. (Coord.) *Globalización y salud 2009*. Madrid: Ediciones GPS Madrid. Pp. 305-320.
- Sawyer, D. (1999). *Ciencias de la salud y ciencias sociales en América Latina: el enfoque interdisciplinario y una acción orientada*. En Briceño-León, R., De Souza, M, y Coimbra, C. (Coords.). *Salud y equidad: una mirada desde las ciencias sociales* (pp. 25-36). Río de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Vara, A. (2008). *Cómo medicalizar la vida diaria: la creación de enfermedades o disease mongering*. Evidencia - Actualización en la Práctica Ambulatoria [Revista en línea] 11 (5) Septiembre/Octubre. Disponible: http://www.medicinaysociedad.org.ar/publicaciones/25_Marzo2009/Disease%20Mongering.pdf [Consulta: 2011, julio 6]

