

Medicalización, biomedicalización y proceso salud-enfermedad-atención

Dra. Celia Iriart¹

Introducción

El objetivo central de mi presentación es clarificar las diferencias entre medicalización y biomedicalización, el contexto de emergencia de la biomedicalización y la importancia que para mí tiene este concepto para entender el actual modelo médico hegemónico y las consecuencias que tiene en la reconfiguración del proceso salud-padecimiento-atención. Todo esto impacta en el tipo de reformas sectoriales que se proponen, la formación de profesionales, la práctica cotidiana en los servicios, y por supuesto, en los efectos sobre el proceso de subjetivación colectiva. Finalmente, voy a utilizar un analizador, el denominado trastorno de déficit de atención con o sin hiperactividad (TDAH) para ejemplificar como se dan en la práctica estos procesos. El análisis del TDAH lo hago desde la salud colectiva, no me propongo discutir la pertinencia o no del diagnóstico, no es mi especialidad. Me interesa aportar al cuestionamiento de su construcción como un problema de salud pública y lo hago desde la salud colectiva, es decir una corriente de pensamiento crítica a la salud pública. Voy a empezar, entonces, por clarificar los conceptos y luego analizar como moldean el proceso salud-padecimiento-atención usando el TDAH.

Medicalización y biomedicalización: contextos y conceptos

¿Por qué sostengo que la resignificación del TDAH lo podemos encuadrar en un proceso de biomedicalización? Primeramente, porque los fenómenos de medicalización se producen en un contexto socio-económico-ideológico muy diferente. Esto no significa que ya no se producen procesos de medicalización, sino que la biomedicalización es producto de disputas intercapitalistas muy diferentes. En base a las investigaciones que dirigí, lo que constato es que estos procesos se vinculan en el nivel macro con las estrategias que el complejo

¹ Socióloga, Magister en Salud Pública (UBA) y Dra. en Salud Colectiva (Universidad Estadual de Campinas, Brasil). Profesora Asociada Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria, Directora Asociada del Programa de Salud Pública, Escuela de Medicina, Universidad de Nuevo México, Estados Unidos.

médico-industrial, especialmente la industria farmacéutica, generó a partir de la década del noventa, para contrarrestar las reformas que el capital financiero desarrolló al entrar como administrador de programas de salud y planes de cobertura de atención médica (Iriart, Merhy & Waitzkin, 2000; Iriart & Waitzkin, 2006; Iriart, 2008). La entrada del capital financiero en el sector salud produjo transformaciones en los agenciamientos subjetivos producto de las disputas por la hegemonía del sector y por los reagrupamientos capitalistas entre ambos tipos de capital. El proceso de penetración del capital financiero en el sector salud introdujo nuevos actores sociales, cambios en la regulación del sector, y nuevos modelos de seguro que impactaron directamente la administración y la provisión de servicios. La masiva entrada de este capital y su lógica en el sector salud cambió no solo las reglas de juego a nivel económico, sino que introdujo también cambios en las subjetividades individuales y colectivas en relación a la concepción salud-padecimiento-atención (Iriart, 2005). Decisiones profesionales fueron subordinadas a la de los administradores del sistema con el objetivo de maximizar ganancias, limitando la utilización de servicios, vía el control de prescripciones y derivaciones -encubiertas la mayoría de las veces- como decisiones sustentadas en lo que, también desde los noventa se dio en llamar medicina basada en evidencia.

A fines de los ochentas y comienzos de los noventa, los profesionales de salud, los administradores de servicios y las compañías productoras de medicamentos y tecnología médica fueron impactados por las transformaciones gerenciales impuestas por la masiva entrada del capital financiero en el sector salud. Importantes cambios se impusieron en las prácticas cotidianas de los trabajadores de salud, tanto a nivel administrativo como en la provisión de servicios. Estos procesos mostraron nítidamente lo que Merhy y Franco (2006; 2008) señalaron, de que los capitales operando en salud comprendieron claramente que cualquier cambio efectivo en los procesos productivos debe intervenir en la micropolítica del trabajo vivo en acto, lugar donde se instituyen la producción del modelo tecnoasistencial, tanto en el sector público como en el privado. A esto ya había apostado el complejo médico-industrial, el que

históricamente dirigió la promoción de sus productos a los médicos, detentadores privilegiados de la relación con los usuarios y, por lo tanto, potenciales inductores de consumo y creadores de nuevas subjetividades en la producción de salud (Kassirer, 2005).

Sin embargo, las gerencadoras en salud avanzaron un paso más al no limitar su intervención a la captura del trabajo vivo de los profesionales de salud, sino que buscaron impactar la creación de nuevas subjetividades en los usuarios individuales y colectivos. Para ello capturaron el concepto de consumidor de salud, que en los sesentas había sido introducido, con una perspectiva de empoderamiento, por los movimientos de defensa del consumidor en los Estados Unidos. Muchas de sus estrategias comunicacionales con los usuarios fueron diseñadas para mostrar la necesidad de que los pacientes/usuarios se transformaran en clientes/consumidores informados de la oferta de servicios y seguros de salud disponibles, para que pudieran tomar decisiones racionales en términos de costo/beneficio al contratarlos. Cabe aclarar que pese a las buenas intenciones de los movimientos progresistas estadounidenses, el concepto de consumidor es regresivo en relación al de usuario/ciudadano usado en otros países. El concepto de consumidor implica la posibilidad de ejercer poder a partir del acto de compra, el de usuario/ciudadano lo hace desde una concepción de derecho social (Souza et al., 2007; Bahia, 2006; Tritter, 2010).

Los intereses del capital financiero confrontaron con los del complejo médico-industrial en los años iniciales de las reformas gerencadoras. Hacia mediados de los noventas las grandes corporaciones farmacéuticas y productoras de tecnología comenzaron a generar silenciosas reformas para reposicionarse en el mercado, buscando redefinir a su favor el modelo salud-padecimiento-atención (Iriart, 2008). Estos procesos requirieron nuevos cambios en el modelo médico hegemónico y en la conceptualización del proceso salud-padecimiento-atención que radicalizaron la medicalización, ahora definida por algunos autores como biomedicalización (Clarke et al., 2010). El concepto de consumidor que el capital financiero había capturado para expandir su operatoria en el sector salud, fue resignificado por la industria farmacéutica al disputar su

parte en el denominado mercado de salud. En el afán de disminuir gastos para aumentar las ganancias, el capital financiero controló a los prescriptores, especialmente los médicos, en quienes las farmacéuticas habían centrado sus esfuerzos de captura para expandir el consumo de sus productos. Ante esta situación que se instituye con fuerza en los noventa, la industria de bienes y servicios en salud redirecciona sus estrategias de ampliación de consumo dirigiéndolas directamente a los potenciales usuarios (Iriart, Franco, Merhy, 2011). En este contexto de disputas capitalistas veamos por qué el concepto de biomedicalización nos permite una mejor comprensión de los procesos que se instalan con fuerza en el nuevo milenio.

Por medicalización entiendo a partir de los trabajos de Zola e Illich (1972; 1975), y dicho muy sintéticamente, la expansión de la jurisdicción médica sobre situaciones previamente no consideradas padecimientos, como por ejemplo el embarazo y el parto no patológicos. En este tema, los procesos de medicalización se consolidaron a partir de deslegitimar prácticas que no se realizaban bajo supervisión médica, instituyendo la necesidad de control médico ante el peligro de complicaciones. Esto a su vez implicó, el continuo agregado de procedimientos diagnósticos que los avances tecnológicos fueron aportando y cuyo uso se extendió a controles de rutina. De esta forma el embarazo y parto termina siendo visualizado como una condición médica, llegando al extremo que las compañías de seguro, cuando se consolida el modelo asegurador en la década del noventa, van a tratarlo como un “siniestro”. Procedimientos médicos, como las ecografías, se han institucionalizado como una práctica regular y necesaria, sobre todo si de pacientes de clase alta o con buenas coberturas se trata. También la medicalización se puede observar en todo lo que se ha dado en llamar prevención secundaria, es decir prevención a partir de intervenciones médicas, tal el caso de los denominados chequeos anuales, uso de procedimientos para la detección de potenciales patologías como mamografías, ecografía transvaginal (utilizada en los controles normales anuales), detección precoz de cáncer de próstata, y muchísimos más. Aclaro que no desconozco que la detección precoz ha sido beneficiosa en muchos casos, lo que considero

es que hay que discriminar entre uso racional de ciertos procedimientos que ayudan a disminuir sufrimiento y un uso excesivo, innecesario, injustificado y muchas veces iatrogénico que está más relacionado con el lucro que con la salud.

La salud pública ha colaborado grandemente en generar estos procesos de medicalización, capturando temas que solo en sus efectos podríamos decir que tienen consecuencias para la salud pública, tal el caso de las violencias y muchas otras cuestiones de origen social y político que han sido capturadas bajo un discurso que mueve la discusión hacia otros aspectos que poco tienen que ver con las causas y mucho menos con las posibles soluciones. Este es el caso de los programas de salud pública que apuntan a resolver el síntoma, no la causa. Por ejemplo programas para prevenir las violencias (en sus distintos tipos), el embarazo adolescente, el bullying, la obesidad infantil (descuidando la nutrición y las causas socio-económicas de la cadena producción-consumo), solo para mencionar unos pocos.

La biomedicalización, por su parte, supone la internalización de la necesidad de autocontrol y vigilancia por parte de los individuos mismos, no requiriendo necesariamente la intervención médica. No se trata solamente de definir, redefinir, detectar y tratar procesos mórbidos, sino de que la población esté informada y alerta de potenciales riesgos e indicios que pueden derivar en una patología. Se puede ver claramente con la emergencia de conceptos tales como prehipertensión, precolesterolemia, prediabetes, etc.

Para explicar estos procesos vamos a introducir el concepto de biomedicalización desarrollado por Clarke y colegas (2010) en base a la teoría foucaultiana del biopoder y en desarrollos posteriores de Rabinow (1995). Lo importante y diferencial que considero aporta el concepto de biomedicalización, es que implica la gobernabilidad y regulación de individuos y poblaciones a través de la reconstrucción del discurso hegemónico en el campo sanitario, al que se presenta como la nueva verdad científica. Con la biomedicalización se pasa de un creciente control de la naturaleza (el mundo alrededor del sujeto) a la

internalización del control y transformación del propio sujeto y su entorno, transformando la vida misma.

Mientras la medicalización se centra en el padecimiento, la enfermedad, el cuidado y la rehabilitación, la biomedicalización se enfoca en la salud como un mandato moral que internaliza el autocontrol, la vigilancia y la transformación personal. Esto es lo central, porque claramente la biomedicalización implica el concepto de medicalización pero lo radicaliza. Supone también la apropiación de problemáticas que estaban fuera del ámbito médico y que se van a leer como problemas de salud, pero lo central es la ampliación de las definiciones de patologías ya existentes, la institucionalización de nuevas definiciones y la expansión del concepto de riesgo para abarcar a casi toda la población, a partir de correr la curva normal hacia la izquierda (Heath, 2006). Muchas de estos nuevos o resignificados problemas de salud se encuadran en el campo de la salud mental y en el de enfermedades crónicas o riesgos convertidos en el imaginario colectivo en enfermedades (por ejemplo, hipercolesterolemia y hipertensión). Mayoritariamente son problemáticas de salud para las que las farmacéuticas tienen medicamentos o aparatología para controlar la evolución y cuyo uso es de largo plazo. Muchas de los síntomas que se biomedicalizan tienen un claro contenido socio-psicológico y estaban ya definidos en manuales médicos y psiquiátricos, tal el caso de la depresión, ansiedad, el propio TDAH, y muchas más. Al redefinirlos se busca aumentar la cantidad de “casos” que pueden ser diagnosticados y más importante tratados con medicamentos o algún tipo de procedimientos. En la biomedicalización el componente de farmacéuticalización (Williams, Martin & Gabe, 2011) es importante, especialmente cuando se entiende por esto no solo el consumo de medicamentos, sino la compra de aparatos de uso doméstico. Tal el caso de tensiómetros, oxímetros, pulsímetros y de aquellos que permiten hacer pruebas en sangre (medición de glucosa, y otros valores sanguíneos).

Dos fueron los procesos que facilitaron el pasaje de la medicalización a la biomedicalización, por un lado, la posibilidad de masificar el consumo de biotecnologías, incluyendo medicamentos, instrumentos diagnósticos y otros

equipamientos. Este es el caso del acceso a bajo costo de los arriba mencionados aparatos de uso doméstico. Por otro lado, los desarrollos en computación y comunicaciones que facilitaron, tanto la captura de enormes cantidades de datos de salud de individuos y colectivos por parte de las corporaciones, como la diseminación masiva de información sobre enfermedades, padecimientos y riesgos, y las formas de detectarlos, tratarlos y prevenirlos. Como ejemplos de estos procesos se encuentran la creación de portales destinados al público desarrollados por empresas que, muchas veces, son subsidiarias de compañías farmacéuticas. Estos portales invitan a los usuarios a introducir su información de salud, los medicamentos que consumen, y otros datos, con la finalidad declarada de ayudarles a controlar su salud al recordarles cuándo controlar signos vitales y valores biológicos, consultar al médico, tomar medicamentos, etc. Sin embargo, el objetivo central de estas empresas es capturar enormes cantidades de información que usan para producir estrategias de mercadotecnia y manipular el consumo. Asimismo, a través de los portales y de otros medios de comunicación (revistas de divulgación, canales de cable y circuitos cerrados de televisión en hospitales, y otros) divulgan detallada información sobre signos y síntomas cubriendo múltiples padecimientos y difundiendo cuestionarios cortos para que el público pueda evaluar si padece alguna de las enfermedades descritas o tiene riesgos de padecerlas. Los cuestionarios cortos que se difunden entre el público en general y la comunidad educativa para prediagnosticar el TDHA, son un claro ejemplo.

Estos fenómenos facilitaron la creación de nuevas subjetividades, identidades y biosocialidades en torno al proceso salud-padecimiento-atención. Las redes sociales dedicadas a temas de salud ocupan un lugar destacado en este proceso. Algunas de estas redes han sido creadas por reales usuarios, otras por la industria, así como por asociaciones de pacientes y familiares, muchas de las cuales han sido cooptadas por la industria farmacéutica y de tecnología, vía el apoyo financiero que proveen.

Esta medicina tecnocientífica y sus subespecialidades, tal el caso de la nueva salud pública, han desarrollado discursos ilusorios según los cuales se puede mantener cuerpo y mente jóvenes y energéticos si ejercemos estricto control sobre los riesgos que nos amenazan, especialmente aquellos relacionados con los estilos de vida. Ese discurso se acompaña de una intensa diseminación del “conocimiento necesario” vía las nuevas herramientas comunicacionales para acceder a él y para compartirlo con familiares y amigos. Organismos de salud pública nacionales e internacionales forman parte de esta estrategia que promueve la biomedicalización de la promoción y prevención. Los Centros para el Control de Enfermedades y Prevención (CDC, por sus siglas en inglés) desde su sitio en la red ofrecen a los usuarios tanto anglo como hispanoparlantes, información sobre diversas enfermedades y padecimientos, herramientas comunicacionales para difundir información entre familiares y amigos, e información de cómo prediagnosticar diversos problemas de salud. Los temas son múltiples, déficit de atención e hiperactividad, sobrepeso y obesidad, autismo, síndrome de fatiga crónica, entre otros (CDC, 2014). Asimismo, desde el portal del CDC se puede conectar directamente con numerosas asociaciones de pacientes y familiares, que proveen información más directa sobre medicamentos, tipos de tratamientos y nombres de profesionales especializados en el tema. Los avances tecnológicos en internet y comunicaciones son instrumentos claves para facilitar estos procesos de biomedicalización, permitiendo a las corporaciones y también a los organismos de salud pública segmentar las estrategias comunicacionales por edades, géneros, nacionalidades, culturas, patologías, riesgos, etc., así como llegar a los usuarios a través de diversos medios de acuerdo al grupo poblacional al que se destinan, esto es, computadoras personales, tabletas, teléfonos celulares, televisión, radio, etc.

Los mensajes sobre salud-padecimiento-atención son presentados como mandatos morales, esto es que si los individuos no controlan proactivamente su salud, los resultados de sus conductas crean un peso económico al resto de la sociedad. Esto va más allá de usar intervenciones médicas para recuperar la

salud afectada por una enfermedad o padecimiento, supone la biomedicalización de la prevención y promoción que requiere la internalización del mandato moral de mantenerse saludable y prácticas de vigilancia sanitaria a nivel individual. Estar saludable en el contexto de la biomedicalización significa que es una responsabilidad individual controlarse con exámenes de laboratorio, genéticos u otros, de potenciales enfermedades y padecimientos y utilizar medicamentos, dispositivos médicos y otros productos biotecnológicos y servicios, para controlar el riesgo de desarrollar enfermedades o agravar una condición. Los servicios ofrecidos para cumplir con este mandato moral incluyen herramientas vía internet y otros mecanismos comunicacionales que ofrecen información a través de la privacidad de las computadoras personales, dispositivos de entretenimiento doméstico, teléfonos celulares, o se difunden en otros espacios cotidianos, como escuelas o lugares de trabajo. Se instruye sobre enfermedades y padecimientos, así como la forma de diagnosticarlos y controlarlos, tal el caso de la presión arterial o los niveles de glucosa usando equipos domésticos, o controlar el índice de masa corporal para evitar correr el riesgo de ser hipertenso, diabético u obeso. Los denominados riesgos se han convertido en patologías en sí mismas, no en indicadores a observar en individuos.

En el contexto de la biomedicalización, los profesionales de salud en su tradicional papel de líderes del proceso de cura de pacientes enfermos, son más y más prescindibles debido a la nueva modalidad de negocios desarrollado por el complejo médico-industrial. Como señalamos anteriormente, el proceso incluye la transformación de los pacientes y/o sus familiares en consumidores activos con el derecho de recibir información de otras fuentes, más allá de los profesionales de salud e incluso consumir productos sin intervención de un prescriptor. Esto supone también la posibilidad de traspasar fronteras sin necesidad de atenerse a regulaciones locales. Son numeroso los productos y servicios que la industria farmacéutica promueve bajo el concepto de “educar al consumidor” para evitar riesgos de enfermar, que no requieren la mediación del profesional de salud para su consumo. Asimismo, la industria ha desarrollado herramientas para enseñar a los pacientes cómo influenciar a los médicos y

otros profesionales de salud para que les prescriban el “producto deseado”. Los jóvenes son especialmente vulnerables a este tipo de mensajes de mercadotecnia que promueven la auto-prescripción.

El Trastorno de Déficit de Atención con y sin Hiperactividad como analizador de la biomedicalización

Para un análisis más detallado de la construcción del TDHA como un problema que se expande y demanda la atención de la salud pública remito al artículo que con una colega publicamos en el 2012 (Iriart & Iglesias-Ríos). Aquí, para ajustarme al tiempo y espacio que se me otorgó voy a finalizar sintetizando solo algunos puntos que nos hagan reflexionar sobre las consecuencias que esto tiene para la salud de los niños y para el futuro de las sociedades.

El TDAH nos sirve como analizador de la biomedicalización de la infancia porque es un trastorno que se diagnostica con diferentes nombres desde las primeras décadas del siglo XX y que se medica desde la década del 50, constituyendo un problema que podemos encuadrar en el concepto de medicalización de la infancia, perspectiva desde la cual ha sido analizado por diversos autores. Sin embargo, consideramos que la visibilidad que adquiere a partir del 2000, a través de un discurso alarmista que plantea un sostenido crecimiento de las prevalencias, obliga a que lo reexaminemos a la luz del concepto de biomedicalización. Este proceso se pudo observar primero en los Estados Unidos, pero muy pronto se extendió a numerosos países, entre los cuales los latinoamericanos no son la excepción (Frenk Mora et al., 2002). Es interesante observar que quienes plantean este alarmante aumento del TDHA en países de Latinoamérica, se basan en los datos de prevalencia publicados por el CDC en base a una encuesta telefónica a padres que se hace cada dos años o de estudios basados en datos clínicos (Visser et al., 2010).

La primera observación que podemos hacer es que el TDHA es un problema que comienza adquirir (como otros trastornos) nueva visibilidad a partir del 2000. El aumento de publicaciones en revistas académicas sobre este tema empieza a crecer en ese período, también la generalización del uso de cuestionarios breves para prediagnosticarlo, los que se ponen en manos de la

población en general, especialmente padres y maestros, a través de revistas de divulgación y sitios en la red. Este tipo de instrumentos se empieza a utilizar profusamente en consultorios del primer nivel de atención, ya que las restricciones de tiempo impuestas por las aseguradoras para atender a los pacientes convierte a estos “check list” en instrumentos muy valorados. Los medios de difusión masiva ofrecen cada vez más espacios para publicar datos alarmantes del aumento de la prevalencia de este trastorno, se difunde la idea de que es un problema subdiagnosticado. Organismos de salud pública como el CDC se involucran cada vez más en la difusión de datos de prevalencia, descripción del trastorno, tratamientos, conexiones a portales de organizaciones de familiares y pacientes, herramientas para que el público entienda el problema y difunda la información entre familiares y amigos. Es decir se pone en manos de la población criterios diagnósticos y potenciales tratamientos, para que desde allí se demande la intervención especializada. Se transforma al sufrimiento infantil en un desbalance bioquímico de fácil diagnóstico, del que hay que estar alerta para controlarlo en base a medicamentos y/o tratamiento del niño, en lugar de repensar la situación de la infancia en el contexto del avance de procesos de transformación profunda de la vida a escala planetaria y de reconfiguraciones y disputas capitalistas. En lugar de ver las conductas disruptivas como un síntoma de un malestar social, se la ve como un problema biológico a ser tratado individualmente, muchas veces con fármacos con la iatrogenia que esto implica. La expansión del problema no solo se da entre la población infantil, sino que ahora también los adultos son un foco de interés de este proceso biomedicalizador a través del TDHA.

La enorme difusión que se ha hecho de los signos y síntomas a detectar particularmente en niños usando medios de comunicación (especialmente programas destinados a las mujeres), material dirigido a los educadores (revistas y otros materiales de divulgación), portales en la red, etc. ha favorecido la creación de una nueva subjetividad en torno al niño inquieto, travieso, soñador, con necesidades educacionales diferentes o que con sus conductas disruptivas trata de llamar la atención sobre situaciones que lo afectan. Al

generarse el diagnóstico se disparan una serie de mecanismos que van creando una invisible red de complicidades conscientes o inconscientes frente al diagnóstico. Por un lado, los padres y maestros se sienten aliviados no son ellos el problema ni su niño tiene un problema psicológico difícil de resolver y del que pueden sentirse responsables, muy por el contrario, el niño tiene un desequilibrio químico que se puede resolver con medicación. Asimismo, en la mayoría de los países el diagnóstico de un niño en edad escolar con TDHA se encuadra en una discapacidad para el aprendizaje y por lo tanto genera recursos (humanos, materiales o económicos) adicionales para las escuelas. En algunos incluso se puede definir al niño como elegible para ampararse en legislación de discapacidad con los “beneficios” que esto provee a la familia. Romper el círculo se va tornando más y más difícil ya que el número de “beneficiarios” va creciendo y nadie quiere perder la parte que le tocó en el reparto de recursos producido por “un TDHA”. La industria farmacéutica es la más interesada y acrecienta sus estrategias manifiestas y encubiertas para avanzar y consolidar el proceso.

Los grupos de familiares y pacientes con TDHA (como muchísimos otros grupos de este tipo que se han generado en los últimos años) contribuyen asimismo a crear una nueva sociabilidad, determinada por el padecimiento por lo cual la denominamos biosocialidad. Estos grupos (reales y virtuales) le otorgan al problema una visibilidad social y lo legitiman como trastorno definido por la psiquiatría, con sus pautas diagnósticas y de tratamiento. Lo que queda intocado es el contexto familiar, educativo y social (“de eso no se habla”). Lo que muchas veces queda oculto también es que muchos de los mecanismos de difusión son financiados por las farmacéuticas que producen los medicamentos.

La identificación colectiva de un problema de salud y la presión de los grupos de interés para que se consideren prioritarios, lleva a que los gobiernos inviertan recursos escasos en estos problemas y muchas veces se descuiden otros que afectan un número mayor de población, muchas veces con menor capacidad de poner en evidencia sus necesidades. Lo que parece importante es comprender que con estos procesos lo que se está favoreciendo es la

internalización del control y regulación de los cuerpos que responde a una forma de gobernabilidad biomédica. Gobernabilidad entendida en el sentido foucaltiano de formas particulares de poder, en general definidas por saberes especializados y que implica monitorear, observar, medir y normalizar individuos y poblaciones. Y es importante resaltar que este poder no descansa en una coerción forzada, sino en mecanismos difusos, tal el caso de los discursos que prometen felicidad o salud a través de ciertas formas de conducta personal que requieren, entre otras cosas, autovigilancia y autorregulación (Clarke et al., 2010). En el caso del TDHA lo que se pretende es un niño tranquilo, atento y sociable, que obtenga buenos resultados escolares y no problematice el espacio educativo y social. Los adultos tienen un enorme temor al futuro incierto que afrontarán sus hijos, a la dificultad de que logren ubicarse en espacios laborales cada vez más competitivos, limitados y enajenantes. La creciente exclusión social se vive en muchos casos como una realidad infranqueable y muchas veces se ve en estas drogas la fórmula mágica para que el niño se “ajuste” al mundo y sobreviva. El repensar estos procesos ubicando los contextos socioeconómicos, políticos e ideológicos en los que se producen considero que aporta a crear o expandir líneas de fuga que desnaturalicen la biomedicalización y nos permitan defender la VIDA con mayúsculas.

REFERENCIAS

- Bahia L. Avanços e percalços do SUS: a regulação das relações entre o público e o privado. *Trabalho, Educação e Saúde*. 2006; 4(1): 59-169.
- CDC- Centers for Disease Control and Prevention. *Attention Deficient/Hyperactivity Disorder (ADHD)*. Disponible en: <http://www.cdc.gov/ncbddd/adhd/data.html>.
- Clarke AE, Shim JK, Mamo L, Fosket JR, Fishman JR. Biomedicalization. A theoretical and substantive introduction. En: Clarke A, Mamo L, Fosket JR, Fishman JR, Shim JK, organizadores. *Biomedicalization. technoscience, health and illnesses in the U.S.* Durham & London: Duke University Press, 2010.

- Frenk Mora, J. et al. *Programa Específico de Trastorno por Déficit de Atención 2001-2006*. Mexico City: Secretaria de Salud, 1-110, 2002.
- Heath I. Combating disease mongering; daunting but nonetheless essential. *Plos Medicine*. 2006; 3(4):e146. Disponible en: <http://www.ploscollections.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.0030146;jsessionid=A00818409F830018D0C4F1F386C87832>
- Illich, I. *Medical Nemesis - The Expropriation of Health*. New York: Penguin, 1975.
- Iriart C. The transnationalization of the health care system in Argentina. En: Mackintosh M, Koivusolo M, organizadoras. *Commercialization of health care: global and local dynamics and policy responses*. Hampshire: Palgrave Macmillan; 2005.
- Iriart C. Capital financiero versus complejo médico-industrial: los desafíos de las agencias regulatorias. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2008; 13(5):1619-1626.
- Iriart C, Franco TB, Merhy EE. The creation of the health consumer: challenges on health sector regulation after managed care era. *Globalization and Health*. 2011; 7:2. Disponible en: <http://www.globalizationandhealth.com/content/7/1/1>
- Iriart C, Iglesias-Ríos L. Biomedicalización e infancia: trastorno de déficit de atención hiperactividad. *Interface, Comunicação, Saúde, Educação*. Octubre/Diciembre 2012; 16(43).
- Iriart C, Merhy E, Waitzkin H. La atención gerenciada en América Latina: transnacionalización del sector salud en el contexto de la reforma. *Cadernos de Saúde Pública*. 2000; 16(1):95-105.
- Iriart C, Waitzkin H. Argentina: no lesson learned. *International Journal of Health Services*. 2006, 36:177-196.
- Kassirer J. *On the take: how medicine's complicity with big business can endanger your health*. New York: Oxford University Press; 2005.
- Merhy EE, Franco TB. Reestruturação produtiva em saúde. En: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, organizadores. *Dicionário da educação profissional em saúde*. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio; 2006.

- Merhy E, Franco TB. Reestruturação produtiva e transição tecnológica na saúde: debate necessário para a compreensão do processo de "financerização" do mercado na saúde. En: Bolaño CS, Silva LdO, organizadores. *Economia política, trabalho e conhecimento em saúde*. São Cristovão SE: EDUFS; 2008.
- Rabinow P. Artificiality and enlightenment. En: Crary J, Kwinter S, organizadores. *Incorporations*. Edited by New York, NY: Zone; 1995.
- Souza MHSC, Bahia L, Vianna MLT, Scheffer M, Salazar AL, Grou KA. Intervenção do Poder Judiciário no setor de saúde suplementar - tutelas antecipadas como instrumento de garantia da assistência à saúde no Brasil. *Divulgação em Saúde para Debate*. 2007; 37:44-60.
- Tritter J, Koivusolo M, Ollila E, Dorfman P. *Globalization markets and health care policy. Redrawing the patient as consumer*. London: Routledge. 2010.
- Visser, S. et al. Increasing prevalence of parent-reported Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder among children --- United States, 2003 and 2007. *Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR)*. 2010; 59(44): 1439-144.
- Williams S, Martin P & Gabe J. The pharmaceuticalization of society? A framework for analysis. *Sociology of Health and Illness*. 2011; 33(5):710-725.
- Zola, I. Medicine as an institution of social control. *Sociological Review*. 1972; 20: 487-504.