

El negocio del sufrimiento: medicalización, mercado y ética en la salud mental contemporánea

Resumen

En las últimas décadas la salud mental se ha consolidado simultáneamente como prioridad de salud pública global y como uno de los mercados más dinámicos de la industria sanitaria. Mientras los trastornos mentales representan ya una de las principales causas de años de vida vividos con discapacidad en el mundo, especialmente la depresión y la ansiedad, se observa un crecimiento sostenido de los mercados farmacéuticos y de servicios privados asociados a su tratamiento.

Este artículo realiza una revisión crítica de la literatura sociológica, filosófica y de salud pública sobre la medicalización del malestar, la “farmacéuticalización” de la vida cotidiana, la privatización de la atención y los conflictos éticos asociados. Se discuten contribuciones clásicas (Illich, Illich; Conrad; Horwitz y Wakefield) y contemporáneas (Moncrieff; Mills y Fernando; Balfé; Russell; Flores et al.), así como datos recientes sobre carga global de enfermedad y mercados farmacéuticos.

Se argumenta que la salud mental, en el contexto de un capitalismo neoliberal, tiende a convertirse en un “negocio del sufrimiento” donde el dolor y la ansiedad vital se traducen en diagnósticos, fármacos y servicios comercializables. Este proceso produce al menos tres riesgos éticos: (1) la patologización de experiencias normales de la vida; (2) la dependencia estructural de soluciones individuales y farmacológicas que invisibilizan determinantes sociales; y (3) la mercantilización de la relación terapéutica. Finalmente, se proponen líneas para una ética de la salud mental basada en el cuidado, la justicia social y la desmedicalización selectiva.

Palabras clave: medicalización, salud mental, farmacéuticas, privatización, ética, neoliberalismo, desmedicalización.

—

1. Introducción

En la mayoría de los informes globales, los trastornos mentales aparecen ya entre las principales causas de pérdida de salud medida en años de vida ajustados por discapacidad (DALYs). La depresión y los trastornos de ansiedad concentran una parte sustancial de esta carga.

Paralelamente, los mercados de fármacos antidepresivos y otros psicotrópicos muestran crecimientos sostenidos: se estima que el mercado global de antidepresivos alcanzó cerca de 19 mil millones de dólares en 2024 y podría superar los 26 mil millones en 2034, mientras que el mercado de fármacos para depresión en general podría pasar de 14,6 mil millones de dólares en 2023 a 21,5 mil millones en 2033.

A estas cifras se suma la expansión de servicios de salud mental en modalidad privada, seguros específicos, plataformas digitales y programas de bienestar corporativo, configurando un ecosistema donde el sufrimiento psíquico se convierte en fuente de valor económico.

Este trabajo parte de una tensión central: por un lado, el sufrimiento psíquico es real y profundo, y la respuesta sanitaria es necesaria; por otro, los dispositivos institucionales que deberían cuidar ese sufrimiento operan cada vez más bajo lógicas de mercado y acumulación de capital. El objetivo es analizar críticamente cómo se configuran hoy el “negocio del dolor” y el “negocio de la ansiedad” en salud mental, y qué implicaciones éticas y políticas conlleva.

Se trata de un artículo teórico de revisión crítica, apoyado en literatura interdisciplinar (sociología de la salud, filosofía política, salud pública, bioética y psicología crítica) y en datos recientes sobre carga de enfermedad y mercados sanitarios.

—

2. Marco teórico: medicalización, farmacéuticalización y neoliberalismo

2.1. De la enfermedad al mercado: medicalización de la vida

El concepto de medicalización alude al proceso por el cual problemas de la vida cotidiana, conductas desviadas o experiencias existenciales pasan a definirse y tratarse como problemas médicos. Peter Conrad describe cómo múltiples dimensiones de la vida (envejecimiento, sexualidad, rendimiento escolar, comportamiento infantil, etc.) se han transformado en “condiciones tratables”.

En salud mental, este proceso se ha intensificado con la expansión de categorías diagnósticas en manuales como el DSM-III en adelante, que redujeron los umbrales de duración e intensidad necesarios para etiquetar síntomas como “trastorno depresivo” o “trastorno de ansiedad”. Horwitz y Wakefield sostienen que gran parte de la tristeza normal fue reclasificada como “trastorno depresivo mayor”, contribuyendo a inflar la prevalencia aparente de enfermedad.

La medicalización no es un proceso puramente clínico; es un fenómeno sociohistórico en el que intervienen profesionales, empresas, Estados y cultura mediática. Surge en sociedades donde la incertidumbre vital y las contradicciones sociales tienden a traducirse en “trastornos individuales” más que en problemas colectivos.

2.2. Farmacéuticalización: cuando el malestar se resuelve en forma de pastillas

En los últimos años ha cobrado fuerza el concepto de “farmacéuticalización” para describir la tendencia a manejar problemas humanos mediante intervenciones farmacológicas, incluso cuando existen alternativas psicosociales y comunitarias.

Joanna Moncrieff, en su crítica al “mito de la cura química”, argumenta que la psiquiatría ha difundido la idea de que los psicofármacos corrigen desequilibrios cerebrales específicos, pese a que la evidencia sobre tales desequilibrios es débil o inexistente en muchos trastornos. Propone sustituir el modelo “centrado en la enfermedad” por un modelo “centrado en el fármaco”, que reconoce que los psicotrópicos inducen estados alterados que pueden ser a veces útiles, pero no corrigen una causa biológica claramente demostrada.

En términos económicos, la farmacéuticalización encuentra un terreno fértil: los psicofármacos se consumen a menudo de forma crónica, en contextos donde la demanda

es inelástica (el sufrimiento no “espera”) y donde el marketing directo al consumidor, allí donde está permitido, refuerza la asociación entre malestar y solución química.

2.3. Neoliberalismo, privatización y mercado de la salud mental

Los procesos de medicalización y farmacéuticalización se inscriben en un contexto más amplio de neoliberalismo, caracterizado por la expansión del mercado a esferas de la vida antes regidas por lógicas de bien común.

En el ámbito de la salud, múltiples autores han descrito la creciente privatización y mercantilización de servicios sanitarios. Balfé, utilizando categorías marxistas, analiza la privatización de los servicios de salud mental como ejemplo de “acumulación primitiva”, donde recursos públicos son colonizados por capital privado que convierte la atención en mercancía destinada a generar plusvalía.

Esta lógica se manifiesta en la expansión de seguros privados, clínicas de salud mental, plataformas digitales de terapia y programas corporativos de bienestar, donde el acceso a una atención de calidad depende crecientemente de la capacidad de pago.

—

3. El mercado del sufrimiento: datos y dinámicas

3.1. Carga global de enfermedad y ventana de oportunidad comercial

La Organización Mundial de la Salud y el Estudio de Carga Global de Enfermedad sitúan a los trastornos mentales entre las principales causas de discapacidad, con un aumento de los DALYs asociados a estos trastornos entre 2000 y 2019. La depresión y los trastornos de ansiedad concentran el mayor porcentaje de esta carga.

Esta alta carga de enfermedad, unida a la brecha global de tratamiento, ha sido utilizada como argumento tanto para reclamar más recursos públicos como para justificar la expansión de soluciones de mercado, en el marco del movimiento de “Salud Mental Global”. Este movimiento ha sido criticado por autores como Mills y Fernando por universalizar modelos diagnósticos biomédicos occidentales y por favorecer la expansión de la industria farmacéutica y de servicios en el Sur Global, a menudo sin atender a determinantes sociales locales.

3.2. Crecimiento de los mercados farmacéuticos en salud mental

Diversos informes de mercado estiman que el sector de antidepresivos y fármacos para depresión mantiene un crecimiento sostenido: el mercado mundial de antidepresivos se situó alrededor de 18–19 mil millones de dólares en 2024, con previsiones de crecer hasta 26–37 mil millones hacia 2032–2034, según distintas consultoras.

Este crecimiento se explica por:

- Mayor visibilidad y diagnóstico de la depresión.
- Estrategias de marketing dirigidas a profesionales y, en algunos países, a la población general.
- Extensión de indicaciones (depresión, ansiedad, dolor crónico, síndrome premenstrual, etc.).
- Cronificación de tratamientos, a menudo más allá de los plazos recomendados en guías clínicas.

El panorama es similar para antipsicóticos de nueva generación y otros psicotrópicos, con ventas multimillonarias y estrategias agresivas de prolongación de patentes y defensa de cuota de mercado.

3.3. Privatización y segmentación de los servicios de salud mental

En muchos países, incluida buena parte de Europa, se observa una tensión entre sistemas públicos de salud mental infrafinanciados y una expansión de servicios privados. Estudios recientes muestran cómo la privatización parcial o total de servicios de salud favorece la lógica de la “atención como mercancía”, donde la satisfacción de necesidades queda subordinada a la rentabilidad.

En el ámbito específico de la salud mental, investigaciones en contextos como Cataluña describen cómo reformas neoliberales y recortes se entrecruzan con una división sexual del trabajo y una ética del cuidado feminizada, generando condiciones de precariedad, sobrecarga y burocratización que dificultan una atención relacional y comunitaria genuina.

En síntesis, el aumento de la demanda de atención y la insuficiente respuesta pública abren un nicho de mercado donde proliferan:

- Clínicas y consultas privadas de psiquiatría y psicología.
- Plataformas digitales de terapia “a demanda”.
- Programas corporativos de bienestar centrados en la resiliencia individual más que en cambios estructurales.

—

4. Problemas éticos: cuando el valor se confunde con el precio

4.1. Patologización del malestar vital y existencial

El primer problema ético aparece cuando situaciones de sufrimiento comprensibles — duelo, precariedad, soledad, explotación laboral, violencia estructural— se traducen con rapidez en diagnósticos psiquiátricos y prescripciones farmacológicas.

Horwitz y Wakefield sostienen que, al eliminar criterios contextuales, la psiquiatría ha convertido muchas formas de tristeza y angustia en “trastornos depresivos”, difuminando la frontera entre enfermedad y reacción normal ante circunstancias adversas.

Este desplazamiento tiene implicaciones éticas:

- Invisibiliza determinantes sociales del sufrimiento, al interpretarlos como “fallos individuales”.
- Refuerza la idea de que todo malestar debe desaparecer rápidamente, en lugar de ser elaborado simbólicamente y socialmente.
- Crea mercados estables de diagnóstico y tratamiento para experiencias que antes se vivían como parte de la condición humana.

4.2. Dependencia estructural de soluciones farmacológicas e individuales

La hegemonía del modelo biomédico-farmacológico puede vulnerar principios de beneficencia y no maleficencia cuando:

- Se prescriben fármacos sin información suficiente sobre riesgos, efectos secundarios y alternativas no farmacológicas.
- Se mantiene a las personas en tratamientos crónicos sin revaluaciones periódicas, por inercia clínica o presión organizativa.
- Se destina la mayor parte del presupuesto a fármacos y dispositivos tecnológicos, relegando intervenciones comunitarias, psicoterapéuticas y de mejora de condiciones de vida.

Moncrieff muestra cómo la narrativa del “desequilibrio químico” ha funcionado como mito legitimador que simplifica el sufrimiento y lo hace más fácilmente “vendible”, desplazando la atención de las relaciones, el trabajo, la vivienda o la violencia de género como factores etiológicos.

Desde la ética de la justicia social, concentrar recursos en intervenciones farmacológicas individuales, mientras se desatienden políticas de reducción de pobreza, desigualdad y discriminación, implica una forma de injusticia estructural.

4.3. Mercantilización de la relación terapéutica

En sistemas fuertemente privatizados o sometidos a lógicas de mercado, la relación terapeuta–paciente corre el riesgo de convertirse en una transacción más:

- El tiempo se reduce a lo que maximiza el “rendimiento” por sesión o por número de consultas.
- La presión por la productividad limita la escucha, la reflexión clínica y el trabajo interdisciplinar.
- La precariedad laboral de profesionales se traduce en “rotación” y discontinuidad, lo que dificulta vínculos terapéuticos sólidos.

Balfe, desde una lectura marxista, describe cómo los profesionales de la salud mental, en sistemas privatizados, se ven obligados a producir “mercancías sanitarias” (consultas, informes, diagnósticos) bajo la lógica del aumento de plusvalía, con el riesgo de moral injury y burnout.

Estudios en contextos ibéricos muestran que esta mercantilización convive con una ética del cuidado encarnada mayoritariamente por mujeres, atrapadas entre su deseo de cuidar y las restricciones organizativas y económicas.

4.4. Conflictos de interés y captura de políticas

La dependencia de la financiación de la industria farmacéutica en investigación, formación continuada y sociedades científicas genera conflictos de interés que pueden sesgar:

- Guías clínicas (umbral de indicación de fármacos, duración de tratamientos).
- Definición de nuevas categorías diagnósticas.
- Agendas de investigación (priorizando soluciones farmacológicas sobre intervenciones psicosociales).

Illich ya advertía, en los años setenta, de una “némesis médica” donde el complejo médico-industrial se convertía en amenaza para la salud colectiva, a través de la iatrogenia clínica (daños directos), social (dependencia de la medicina) y cultural (pérdida de competencias de autocuidado y solidaridad).

Hoy, la expansión global de determinados modelos de salud mental reproduce, con nuevas tecnologías, muchos de los riesgos que Illich anticipó.

—

5. Más allá del negocio: hacia una ética del cuidado y la desmedicalización selectiva

Frente a este panorama, no se trata de demonizar a la psiquiatría, la psicología o la industria farmacéutica —que han aportado herramientas valiosas y alivio real a millones de personas—, sino de reequilibrar el campo de fuerzas y recuperar la primacía del cuidado sobre el beneficio.

5.1. Desmedicalización selectiva y prudencia diagnóstica

Una ética responsable de la salud mental debería promover:

- **Criterios diagnósticos más prudentes**, que integren contexto, biografía y cultura, evitando etiquetar como trastorno procesos de duelo, crisis vitales o reacciones esperables a la violencia y la precariedad.
- **Desmedicalización selectiva**: revisar indicaciones y duraciones de tratamientos farmacológicos, favoreciendo deprescripción cuando sea clínicamente posible y seguro.
- **Modelos explicativos plurales**, que incluyan dimensiones biológicas, psicológicas, sociales y políticas, evitando reduccionismos químico-cerebrales.

5.2. Reforzar lo público, lo comunitario y lo colectivo

Los datos sobre carga global de enfermedad justifican inversión masiva en salud mental, pero el destino de esa inversión es clave:

- **Reforzar sistemas públicos universales**, reduciendo tiempos de espera y mejorando condiciones laborales de profesionales.
- **Desarrollar dispositivos comunitarios**, que trabajen sobre redes de apoyo, inclusión social, vivienda, empleo digno y reducción de violencias.
- **Incorporar la voz de usuarios y supervivientes** en el diseño de políticas, reconociendo su experiencia como saber legítimo.

Críticas al movimiento de Salud Mental Global subrayan que centrar la respuesta en diagnósticos y fármacos, sin atender a desigualdades estructurales, corre el riesgo de “patologizar el Sur Global” y de exportar modelos occidentales inadecuados. Una ética global debería priorizar determinantes sociales y derechos humanos.

5.3. Regulación de conflictos de interés y transparencia

Para reducir la captura del campo por intereses comerciales, son necesarias políticas claras de:

- **Transparencia en financiación** de investigaciones, guías y sociedades científicas.
- **Limitación de la influencia comercial** en formación continuada y marketing dirigido a profesionales.
- **Evaluación independiente** de eficacia y seguridad de intervenciones, incluyendo psicofármacos y tecnologías digitales.

Estas medidas no eliminan el mercado, pero pueden reducir su capacidad de definir qué cuenta como “salud”, “enfermedad” y “tratamiento adecuado”.

5.4. Ética del cuidado frente a ética del rendimiento

La ética del cuidado propone desplazar el foco desde la eficiencia económica y la productividad hacia la respuesta responsable ante la vulnerabilidad. En salud mental esto implica:

- Recuperar el valor del tiempo, la escucha y el vínculo terapéutico.
- Reconocer la interdependencia: nadie se cuida solo, ni solo con fármacos.
- Entender que el objetivo no es solo “reducir síntomas” para volver a producir, sino ampliar capacidades para vivir una vida significativa.

Flores y colegas, en su estudio sobre servicios de salud mental en España y Cataluña, muestran cómo una ética del cuidado choca con lógicas neoliberales de gestión por objetivos y recortes, pero también cómo profesionales y usuarios generan resistencias cotidianas para sostener prácticas más humanas.

—

6. Conclusión

La tríada salud–ética–solidaridad no debería estar a la venta, pero en la práctica se comercializa a diario. El dolor y la ansiedad vital se han convertido en uno de los recursos más rentables del capitalismo contemporáneo: generan mercados de fármacos, consultas, seguros, aplicaciones y programas corporativos.

Este artículo ha revisado cómo procesos de medicalización y farmacéuticalización, en el contexto de un neoliberalismo que privatiza la salud, han contribuido a construir un “negocio del sufrimiento”. Se han señalado riesgos éticos claros: patologización de la vida cotidiana, invisibilización de determinantes sociales, mercantilización de la relación terapéutica y captura de políticas por intereses comerciales.

Al mismo tiempo, la crítica no niega la realidad del sufrimiento ni la utilidad de muchos recursos clínicos. La cuestión no es “tratamiento sí o no”, sino **qué tipo de tratamiento, bajo qué condiciones, con qué fines y para beneficio de quién.**

Una ética robusta de la salud mental en el siglo XXI requiere, al menos, cuatro movimientos:

1. Desmedicalizar selectivamente experiencias de malestar que mejor se entienden en clave biográfica y social.
2. Reforzar sistemas públicos y comunitarios que no dependan de la capacidad de pago.
3. Regular con firmeza los conflictos de interés y la influencia comercial.
4. Recentrar la práctica en el cuidado, la justicia social y la participación de quienes viven el sufrimiento en primera persona.

Mientras el dolor y la ansiedad sigan traduciéndose antes en oportunidades de negocio que en oportunidades de cuidado y transformación social, seguiremos confundiendo valor con precio: la salud mental como mercancía, y no como derecho.

—

Referencias bibliográficas seleccionadas (formato aproximado APA)

- Balfé, M. (2025). *Understanding privatisation of mental health services: Insights from Karl Marx’s Capital*. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*.

- Balan, A. (2023). Neoliberalism, privatisation and marketisation. *Cogent Social Sciences*, 9(1).
- Conrad, P. (2007). *The medicalization of society: On the transformation of human conditions into treatable disorders*. Johns Hopkins University Press.
- Flores, J. M., Pujal, M., & Mora, E. (2021). Ethics of care and public mental health care: A case study in Spain and Catalonia. *Salud Colectiva*, 17, e2966.
- Horwitz, A. V., & Wakefield, J. C. (2007). *The loss of sadness: How psychiatry transformed normal sorrow into depressive disorder*. Oxford University Press.
- Illich, I. (1976). *Limits to medicine: Medical nemesis, the expropriation of health*. Marion Boyars.
- Mills, C., & Fernando, S. (2014). Globalising mental health or pathologising the Global South? Mapping the ethics, theory and practice of Global Mental Health. *Disability and the Global South*, 1(2), 188–202.
- Moncrieff, J. (2008/2016). *The myth of the chemical cure: A critique of psychiatric drug treatment* (2.^a ed.). Palgrave Macmillan.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2011). *Global burden of mental disorders and the need for a comprehensive, coordinated response*. Informe al Consejo Ejecutivo.
- Russell, C. (2019). ¿El uso de más medicina nos vuelve más enfermos? Ivan Illich y la crítica de la hegemonía médica. *Gaceta Sanitaria*, 33(6), 579–581.
- Vos, T., et al. (2022). Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990–2019. *The Lancet Psychiatry*, 9(2), 137–150.
- Varios autores. (2024–2025). Informes de mercado de fármacos antidepresivos y para la depresión.

Francisco Muñoz-Martin