

# “DISEASE MONGERING”.

Q. F. Victor Campos Requena.  
Prof. Dr. Carlos Barrios Guerra.  
Laboratorio de Toxicología.  
Universidad de Concepción.

## INTRODUCCION

Hoy en día es cada vez más frecuente encontrar en artículos de prensa, en conferencias, en charlas de divulgación masiva y en la sociedad en general temas como “...hoy en día la gente está demasiado medicada, las industrias farmacéuticas deben estar detrás de esto” o “...se puede hacer mucho dinero diciéndole a gente sana, que está enferma”. Todas estas frases caen en el actual fenómeno llamado **“Disease Mongering”** que se puede traducir como **“Tráfico de Enfermedades”** o **“Vendedores de Enfermedades”**, el nuevo gran negocio de los que trabajan en el área de la salud: que siempre exista más gente enferma.

Desde el año 2000 han comenzado a aparecer publicaciones acerca de este fenómeno de “disease mongering”, en revistas de información general y en revista científicas como British Medical Journal. Durante el año 2006 la Public Library of Science recogió más de 10 publicaciones respecto al tema, lo que habla del interés y la gran preocupación de los responsables de la salud en el mundo y el 11 de Abril de año recién pasado se organizó el Primer Congreso de Disease Mongering en la ciudad de Newcastle, Australia (2006)<sup>(1)</sup>.

Disease mongering es la designación anglosajona para referirse a cómo las compañías farmacéuticas promueven las enfermedades a través de campañas para “dar conocer enfermedades”, promoción directa al consumidor de los medicamentos a través del financiamiento de sociedades, de agrupaciones de enfermos y de los medios de comunicación. No dedicándose estas campañas sólo a promocionar sus medicamentos, sino también a definir los límites de las enfermedades.

Unos de los primeros en desatar la polémica respecto a este tema, fue el biólogo, químico y filósofo austriaco Iván Illich, quién en su libro *“Némesis Médica”* (1976) argumenta como los médicos nos están “medicando la vida” y habla de la “iatrogenesis social” <sup>(2)</sup>. Sin embargo, fue la periodista científica, escritora y editora de “Good Health”

del periódico New York Times, Lynn Payer (1949-2001) quién por primera vez acuñó el término “disease mongers” en su libro *“Disease-Mongers: How Doctors, Drug Companies, and Insurers are Making You Feel Sick”*, donde en sus páginas advierte del rol que cumplen las profesiones de la salud, la industrias farmacéuticas, las aseguradoras y los medios de comunicación, en el negocio de las enfermedades, y como se ampliaban los límites de estas. Ella define el término como **“tratar de convencer a gente sana de que está enferma, y a gente levemente enferma, de que está muy enferma”** <sup>(3)</sup>.

Y aún cuando el tema de “disease mongering” cada vez tiene mayor atención por las personas se encuentra aún recién en sus inicios y no ha alcanzado una definición precisa. Entre los actuales expertos en el tema se encuentran el periodista científico Ray Moynihan y el farmacólogo David Henry, ambos de la Universidad de Newcastle, Australia, que dirigieron el primer congreso de Disease Mongering <sup>(4)</sup>. Ellos, en uno de sus trabajos iniciales publicado en la revista *British Medical Journal* en el 2002, trataron de esbozar una definición de **disease mongering**, que es la más aceptada hoy en día: **“ampliar los límites de las enfermedades tratables con el fin de expandir los mercados de quienes venden tratamientos médicos”** <sup>(2,4)</sup>.

## **EL PODER DE LA INDUSTRIA FARMACEUTICA**

Sin duda alguna el negocio de la salud es un nicho económico de privilegio para el dinero. Según la revista *Financial Times* (2002) la industria farmacéutica está entre las cinco empresas más lucrativas, junto con las finanzas, la tecnología informativa, la industria del software y los seguros. Su potencial se relaciona con una competencia oligopólica basada en la dependencia de los productos, donde 25 empresas controlan cerca del 50% del mercado mundial y su factor de influencia está en la investigación y el desarrollo <sup>(5,6)</sup>.

Según la revista *Fortune* la industria farmacéutica es una de las más rentables con un 16% de retorno concentrada en pocas multinacionales, superior al sector financiero que tiene un retorno del 12%.

La industria farmacéutica global generó en ingresos el año 2001 más de 350 billones de dólares y donde USA tiene 6 de las 10 mayores industrias farmacéuticas. Estas compañías dominan la casi totalidad de la producción, investigación y

comercialización de los fármacos en el mundo <sup>(5,6)</sup>. No es extraño entonces el interés que la industria farmacéutica pueda tener y ejercer en los grandes bloques económicos de EEUU y la UE, y su utilización como instrumento en las políticas gubernamentales de los países. El gasto en “lobby” de estas compañías en el año 2000, fue de 200 millones de dólares, siendo la tercera después del sector financiero (230 millones) y del comercios (220 millones) <sup>(5)</sup>.

CONTRIBUCIONES ECONÓMICAS EN LAS ELECCIONES PRESIDENCIALES DE ESTADOS UNIDOS DEL AÑO 2000 (POR EMPRESAS)	
DONANTE	Cantidad(en dólares USA)
AT&T	2.702.871
Philip Morris	2.124.562
MBNA Corp	1.716.865
Microsoft Corp	1.586.635
Bristol-Myers Squibb	1.556.471
National Rifle Assn	1.492.972
Pfizer Inc	1.435.322
2000 Republican Senate/House Dinner Cmte	1.400.200
Freddie Mac	1.375.250
Enron Corp	1.295.990
Amway/Alticor Inc	1.183.225
Credit Suisse First Boston	1.060.156
SBC Communications	1.023.357
UST Inc	1.001.520
Global Crossing	967.293
Verizon Communications	912.176
Blue Cross/Blue Shield	901.915
Citigroup Inc	893.253
United Parcel Service	890.029
JW Childs Assoc	885.250

**UN ESCENARIO TENTADOR PARA DISEASE MONGERING: el uso de los límites entre un estado normal de salud y enfermedad.**

El problema actual para la industria farmacéutica radica en que no “aparecen” nuevas enfermedades y se debe seguir creciendo para generar más ingresos. Este escenario es una gran tentación para comenzar a revisar los difusos límites entre un estado normal y un estado patológico. Debido al gran poder de mercado que posee la industria farmacéutica, su gran influencia y el lobby que controla, la industria se halla en

una encrucijada crucial y delicada al tratarse de un área como es la salud de las personas y de los valores éticos de la profesión farmacéutica y médica. Así las compañías farmacéuticas deben tener la objetividad en las ciencias farmacológicas, la ética e imparcialidad en salud, y el privilegio de darle a la medicina la autonomía para cumplir con el juramento hipocrático: trabajar para el beneficio de los enfermos.

Sin embargo, existe una gran cantidad de dinero que se puede lograr con las enfermedades o con los factores de riesgo, difíciles de combatir cuando hay poderosos intereses económicos, políticos y profesionales puestos en ello. Generalmente se tiende a minimizar las responsabilidades políticas cuando las causas de las enfermedades son consecuencia de defectos en la estructura social y se han desarrollado lucrativas especialidades en carreras profesionales con el fin de encontrar nuevas enfermedades o factores de riesgo para situaciones que antes no lo ameritaban <sup>(7)</sup>.

Los políticos deben tener en la balanza, por un lado la innovadora y útil industria farmacéutica, con todos los beneficios económicos, terapéuticos y de empleo que trae, y por otro, la creciente capacidad de la industria de dejar en bancarrota a los sistemas de salud por una sobremedicación de la población. En muchos países, las políticas de gobierno priorizan y aseguran el desarrollo económico del mercado más que las políticas de igualdad social, como las estrategias de salud pública <sup>(7)</sup>.

Actualmente han emergido “alianzas informales” que comprenden industrias farmacéuticas y medios de comunicación, que aparentemente están ocupados de crear conciencia pública acerca de problemas subdiagnosticados y no tratados, y las promueven como generalizadas, serias y tratables.

## **MARKETING EN LA INDUSTRIA FARMACEUTICA.**

Al usar el sentido común, uno se imagina el trabajo de la industria farmacéutica con delantales blancos y tubos de ensayo, pero las compañías gastan en marketing, en relaciones públicas y administración más del doble de lo que se gasta en investigación y desarrollo, a la que se dedica solo un 12% de los ingresos de la industria. La industria farmacéutica, en el año 2000, gastó en representación, sólo en USA, más de 13 billones de dólares. <sup>(5)</sup>.

El marketing es, hoy en día, sin duda primordial para las compañías farmacéuticas, de hecho todas las grandes compañías trabajan con agencias de marketing como Edelman, Ruder Finn y Chandler-Chicco Agency en USA., y Medical Action Communications, Shire Health Group and Meditech Media en UK <sup>(5)</sup>.

Dado que estamos en una sociedad de alto consumo, en el área farmacéutica se ha llegado a hacer lo mismo que en otras áreas: comenzar a ver al individuo como un consumidor y no como paciente <sup>(6)</sup>. Así, la industria farmacéutica puede unir sus técnicas de marketing con objetivos éticos como el disminuir las enfermedades. Siendo la enfermedad una “oportunidad”, ambos lados ven “necesidad” y “satisfacción”, como complementos el uno del otro <sup>(6)</sup>.

Además, hoy en día la población se ha vuelto mas activa, mejor informada acerca de las enfermedades, riesgos y beneficios, confía menos en la autoridad del medico, y acepta menos las decisiones sobre sus vidas y sus cuerpos. Esto ha llevado a erosionar el rol del médico como experto, y la confianza del paciente en él <sup>(4)</sup>.

Un artículo reciente del New York Times informa que: “...los grupos de personas entre 20 y 30 años, deciden por sí mismos que medicamentos usar (estimulantes, antidepresivos, etc.) confiados más en sus criterios y desconfiando del psiquiatra, escogen de sus propias averiguaciones por diversas vías (ej. sitios Web) e información de amigos y conocidos cómo tratar sus depresiones. Esto ocurre por la “familiaridad con las medicamentos” que nos regalan las campañas de promoción para llegar a concluir falsamente que “El médico es útil, pero no esencial” <sup>(9)</sup>.

Actualmente, académicos, líderes de opinión, grupos defensores de pacientes, organizaciones no gubernamentales, organismos de salud pública, supervisores de ética, han sido incluidos en la cadena de distribución de la industria farmacéutica. Esta integración de los pacientes cambia su rol de “receptores de tratamiento médico” a “consumidores” lo cual se torna peligroso <sup>(8)</sup>.

## **PROMOCION DE MEDICAMENTOS AL CONSUMIDOR**

**A**ctualmente solo hay dos países en el mundo en donde es legal la promoción directa al consumidor: USA y Nueva Zelanda. Se tiene la absoluta certeza de la peligrosa influencia de la publicidad directa al consumidor (PCD) sobre la población. En

un estudio publicado en JAMA el año 2005 se muestra como la PDC en USA aumenta la prescripción de antidepresivos. Se vio que los pacientes que van al médico por problemas de ánimo (depresiones y problemas de ánimo menor) exigían un antidepresivo que vio a través de PDC (en este caso Paxil®, paroxetina), esta petición influye en que el médico se lo prescriba, incluso para desordenes de ánimo leves y temporales <sup>(10)</sup>. Ahora se ha sembrado una sombra de incertidumbre respecto a la posible apertura de PDC de medicamentos de prescripción médica en Europa, tal como en USA por parte de la Comisión Europea. <sup>(11)</sup>

Hay 89 países (46%) que tienen regulación de la promoción de medicamentos, pero en muchos otros países las promociones de medicamentos y las campañas de conciencia de enfermedades (“Visite a su doctor”) son comunes y crecientes. En Europa las compañías gastaron 85 millones de dólares en PDC en 2004, y se espera que en el año 2008 llegue a 345 millones de dólares. En USA hay promedio 9 cortos (spots) publicitarios en TV al día de medicamentos que se prescriben con receta médica <sup>(12)</sup>.

En Chile solo se permite la PDC para los medicamentos de venta libre (OTC), quedando la publicidad de los medicamentos bajo receta normal y receta retenida dirigida exclusivamente a los facultativos autorizados a prescribirlos, el médico <sup>(13)</sup>. Aunque es una realidad nacional que los productos de dispensación bajo receta médica sean expendidos sin ella en farmacias, como también es una realidad la promoción pública de alguno de estos medicamentos en medios masivos de comunicación bajo la previa advertencia: “Al distinguido cuerpo médico y químico farmacéutico se comunica que...”.

El Código de Salud en Chile no legisla acerca de las campañas de información a la población por parte de los laboratorios farmacéuticos, en cuanto a la posible promoción conjunta de sus productos. En USA, la FDA (2004) publicó una guía en donde se regulaban las campañas de salud pública sin marcas de medicamentos, que fuesen perceptivamente similares o que tuviesen links hacia alguna marca, como si fuera de la marca patrocinadora el único medicamento en su clase. De otra forma, la FDA no tendría autoridad para controlar los contenidos de las campañas de orientación de salud <sup>(13)</sup>. En Inglaterra, la UK Medicines Health-Care Products Regulatory Agency, creó guías para que las campañas públicas de conciencia acerca de enfermedades

fuesen informativas en cuanto a la educación en salud de una enfermedad y su manejo, pero sin promoción de medicamentos <sup>(12)</sup>.

A diferencia de muchos países en que hay auto-regulación por las compañías farmacéuticas, en USA, la FDA regula directamente la promoción de los medicamentos. En su sitio Web se pueden revisar las cartas de amonestación por violación a los reglamentos por parte de las compañías. En el 2005 el 71% de estas cartas de amonestación fueron por disease mongering. Estas comprenden: promocionar indicaciones no autorizadas ampliando sus indicaciones; mala representación de enfermedades para así exagerar la efectividad del tratamiento y otras menores <sup>(14)</sup>.

### **CAMPAÑAS DE CONCIENCIA DE ENFERMEDADES A LA POBLACION”**

En muchos países se dan las llamadas campañas de “toma de conciencia de enfermedades”, que son campañas que elaboran los laboratorios farmacéuticos (guiados por sus agencias de publicidad) para informar y educar a la población con respecto a las enfermedades. Estas campañas de información están generalmente ligadas a estrategias de marketing de las compañías para poder promover sus marcas y expandir mercados más que para informar o educar a la población acerca de la prevención de enfermedades o de mantener la salud, según los grupos activistas contrarios a estas prácticas<sup>(2,4)</sup>.

Esta es una situación difícil de corregir ya que en muchos casos una gran parte de la población se beneficia con la publicidad e información que se entrega tanto para la enfermedad como su tratamiento. Pero en otros casos las mismas campañas de marketing y conciencia para otras enfermedades son vistas de diferente forma de acuerdo a la perspectiva del observador. Lo que una industria farmacéutica considera una campaña de educación legítima acerca de una enfermedad subdiagnosticada, un grupo activista que no forma parte de las corporaciones, lo ven como un verdadero intento para crear mercados para potenciales medicamentos <sup>(2,4)</sup>.

El peligro es que la mayoría de las llamadas “campañas de información de enfermedades” en vez de ser creadas por instituciones con un interés primario en salud pública, actualmente están siendo creadas y aprobadas por los departamentos de marketing de las grandes compañías farmacéuticas, <sup>(2,4)</sup>.

## GUIA PARA “VENDER ENFERMEDADES”

Lo que se conoce, hasta ahora, de disease mongering se ha obtenido a través de métodos de investigación periodística y/o entrevistas, y no con métodos científicos de medición, o con investigaciones académicas por medio de técnicas cuantitativas y cualitativas. Por esto mismo, antes de investigar acerca del tema se debería tener un concepto fundamentado de disease mongering, de cómo y el por qué distintos observadores lo perciben o entienden de distinta forma, y además los contextos sociales y económicos en donde se originan estos casos <sup>(2)</sup>.

Es difícil crear herramientas y metodologías para probar y medir los factores potenciales de influencia de las campañas de marketing de enfermedades en consecuencias como: la percepción pública de una enfermedad en particular, los rangos de prevalencia / incidencia para la enfermedad, los patrones de prescripción de medicamentos para esa enfermedad, etc. La mayoría de las variables con que se miden las enfermedades en la medicina actual son variables continuas, pero la tradición médica es la dicotomía de estar entre lo “normal” y lo “anormal”, pero como en un continuo nunca hay límites fijos, estos se pueden estrechar o ampliar <sup>(2)</sup>.

Aspectos de la vida que por mucho tiempo se consideraron comunes y normales ahora son medicados (Ej. menopausia), problemas ligeros son presentados como dolencias graves (Ej. síndrome intestino irritable) y factores de riesgos enmarcados como enfermedades propiamente tales (Ej. niveles cada vez más cercanos a la normalidad de colesterol, glicemia, etc.). Una medicación inapropiada trae consigo el peligro de dinero malgastado, dolor iatrogénico, innecesaria estigmatización para el paciente, y también incluso ayudar a “sanar” obsesiones enfermizas <sup>(2,4)</sup>.

Lynn Payer y otros expertos en el tema han tratado de detectar las pautas que pueden seguir los disease-mongers, y para ello han clasificado algunas de ellas para poder identificarlas <sup>(12)</sup>:

1. Tomar una función normal y dar a entender que hay algo malo con ella, y que debería tratarse.
2. Atribuir el padecimiento de una enfermedad donde necesariamente no la hay.
3. Aumentar los rangos de prevalencia de las enfermedades.
4. Definir una condición de salud como “ausencia de una enfermedad”.

5. Seleccionar el uso de las estadísticas para exagerar los beneficios de un tratamiento.
6. Tomar un síntoma común que puede significar cualquier cosa, y hacerlo sonar como si fuese un síntoma de una enfermedad seria.
7. Promocionar la ansiedad o el miedo que personas sanas se enfermarán en el futuro.
8. Promocionar tratamientos agresivos con medicamentos para síntomas o enfermedades leves.
9. Introducción de nuevos diagnósticos cuestionables, que sean difíciles de distinguir de la vida normal.
10. Promoción de medicamentos como soluciones de primera línea para problemas que antes no eran considerados como problemas médicos.

#### **POSIBLES EJEMPLOS DE DISEASE MONGERING.**

- ✓ **Un valor de laboratorio se transforma en sufrimiento y muerte.**

Los Vendedores de Enfermedades “Disease mongering”, explotan los más profundos miedos del ser humano: el sufrimiento y la muerte. Una estrategia clave es apuntar a los medios de comunicación masivos y la prensa con historias diseñadas para crear miedos acerca de condiciones o enfermedades y enfocar así la atención hacia los últimos tratamientos. Para esto las compañías patrocinan mesas de consultores “independientes”, donde los consumidores son las “víctimas” y las compañías de relaciones públicas dan a conocer los adelantos en medicamentos a los medios <sup>(2,4)</sup>.

Un ejemplo clásico es la campaña de educación al público que el laboratorio farmacéutico Pfizer promovió en Francia y Canadá el año 2003 para Lipitor® (atorvastatina). En ella usó impresos en donde aparece la imagen de los pies de una persona muerta en la camilla de una morgue con una etiqueta amarrada a un dedo del pie que dice “Causa de muerte: Ataque al corazón” (véase figura 1). La campaña en Canadá estaba en asociación con la Canadian Lipid Nurse Network y la Canadian Diabetes Association. En TV, un hombre relativamente joven y saludable, súbitamente muere de un ataque al corazón dejando devastada a su familia. Ambas campañas

apuntan a que una prueba de colesterol y tratamientos farmacológicos pueden prevenir una muerte prematura en gente sana <sup>(12)</sup>.

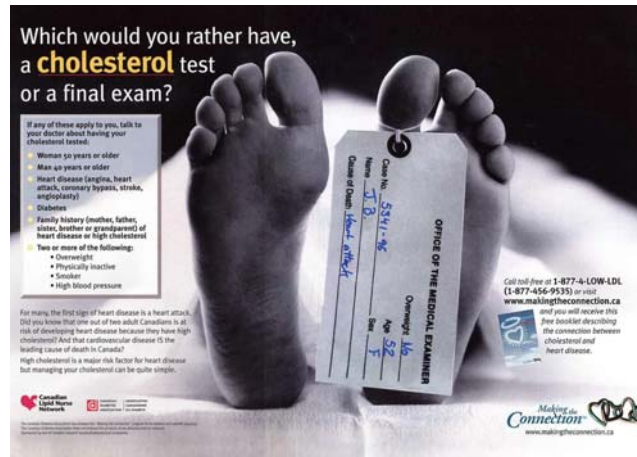


Figura 1: Campaña Canadiense de Pfizer sobre prevención primaria cardiovascular.

De acuerdo a la evidencia científica actual que Therapeutics Initiatives, un grupo de investigación libre de auspicios del sector farmacéutico, realizó en el año 2003, en uno de los estudios más grandes con medicamentos para el colesterol en prevención primaria (ASCOT-LLA, AFCAPS, WOSCOP, etc), los resultados demostraron que no existen diferencias significativas en morbi-mortalidad con respecto al placebo, midiendo la reducción de riesgo absoluto y no el riesgo relativo <sup>(15)</sup>.

Estas campañas pueden ser simplemente el reflejo de grandes influencias comerciales por ampliar mercados. Estas guías extienden el tratamiento a pacientes en los que no se ha demostrado evidencia en disminuir significativamente la morbi-mortalidad cardiovascular teniendo en cuenta el costo-beneficio para el paciente. De los autores de las pautas de tratamiento para el colesterol en USA, ocho de los nueve miembros reciben honorarios de compañías farmacéuticas, lo cual produce un conflicto de intereses <sup>(16)</sup>.

✓ **Un proceso normal se transforma en enfermedad – la calvicie:**

La medicación de la calvicie nos muestra como un proceso de la vida cotidiana y normal se transforma en un problema médico. Cuando en Australia fue aprobado el producto de Merck Propecia® (finasteride) para el tratamiento de la calvicie, los

periódicos comenzaron a escribir acerca del “trauma psicológico” por la pérdida del cabello. Se publicó un “estudio” que sugería que un tercio de los hombres han experimentado algún grado de pérdida de cabello. Con comentarios de un experto y datos del International Hair Study Institute, que decía que la caída del cabello puede llevar a pánico, dificultades emocionales, incluso problemas en encontrar trabajo. Pero no se indica que el estudio es financiado por Merck y el experto fue contratado por Edelman, la compañía de relaciones públicas que participó en esta campaña <sup>(4)</sup>.



Figura 2: Campaña de conciencia de enfermedades para la población acerca de la calvicie.

Aún cuando a Merck le prohibieron en Australia la Publicidad Directa al Consumidor (PDC) de Propecia®, ellos optaron por hacer una campaña de toma de conciencia y educación acerca de enfermedades, en donde aparece una persona con calvicie y dice: “Vea a su médico”. Merck señala que ellos no promueven la calvicie como una enfermedad, sino que las personas tienen legítimo derecho a estar informado que hay opciones farmacológicas aprobadas para detener la caída del cabello <sup>(4)</sup>.

✓ **Problemas personales subdiagnosticados se transforman en problemas médicos – Fobia Social:**

Cuando Roche promocionaba su antidepresivo Aurorix® (moclobemida) en Australia en 1997, su relacionador público emitió un comunicado anunciando que más de 1 millón de australianos tenían un trastorno psiquiátrico subdiagnosticado llamado

fobia social. Este se describió como una condición que “destruía el alma”, y citó a un psicólogo clínico que respaldó su tratamiento con antidepresivos. A esa fecha, el gobierno australiano decía que había solo 370.000 personas con las características de esa enfermedad <sup>(4)</sup>.

En 1998, un artículo de prensa titulado “Muy tímido para hablar” sugería que había 2 millones de personas con este cuadro en Australia. Los medios parecían participar de este proceso de cambiar el concepto que se ha tenido históricamente de la timidez hacia una enfermedad psiquiátrica. Roche comenzó a difundir esta nueva enfermedad en los medios, en congresos médicos, junto a “líderes de opinión: expertos”. Estas campañas se llevaron también a Europa y USA comenzando a cambiar la visión que se tenía de las personas tímidas, y transformando esto en un serio cuadro psiquiátrico el cual nunca había sido visto de esa forma <sup>(4)</sup>.

✓ **Cuadros difíciles de distinguir de la vida normal – Síndrome Disfórico Premenstrual:**

La promoción de marketing de Eli-Lilly para Sarafem® (la remozada versión de Prozac®) en el síndrome disfórico premenstrual (SDPM) es un caso para analizar. Considerado por muchos como una seria enfermedad psiquiátrica, otros lo ven como una condición que no existe. El lanzamiento de Sarafem® se produjo luego de la pérdida de la licencia de Prozac®. La European Medicines Evaluation Agency rechazó la aprobación de medicamentos para el SDPM, por el hecho de que “mujeres con síndromes pre-menstruales leves pueden erróneamente recibir un diagnóstico de SDPM lo que la llevaría a un inapropiado tratamiento a corto y largo plazo con inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS)” <sup>(12)</sup>.

En USA y Australia, se aprobó el uso de los ISRS para SDPM, pero en Australia las compañías aseguradoras de salud no otorgan cobertura de sus costos. Luego del lanzamiento de Sarafem®, la FDA llevó a juicio a Lilly por su comercial en TV al considerar que violaba las regulaciones de la FDA. En dicho comercial no se hacía distinción entre SDPM y síndrome pre-menstrual. En la revista *Psychology Medicine* se publicó un estudio de prevalencia e incidencia de SDPM en 1500 mujeres de entre 14 y 24 años por 48 meses. Se midieron con los 12 criterios del DSM-IV. La prevalencia fue

de un 6%, pero hubo un 19% en el límite de criterios, que representa una población que podría medicarse erróneamente y ser el objetivo de disease mongering <sup>(12)</sup>.

✓

### **La prensa como co-participante en disease mongering – Síndrome de las Piernas Inquietas.**

Una de las vías por las cuales se lleva a cabo disease mongering – intencionadamente o no – es a través de los medios de comunicación. La importancia que tienen los medios en la población es vital al momento de posicionar conceptos de salud, ya que la población se guía de acuerdo a estas fuentes y no a las fuentes primarias de información (publicaciones médicas, congresos médicos, etc).

En el año 2003, GlaxoSmith-Kline lanzó una campaña para tomar conciencia del llamado “Síndrome de las Piernas Inquietas” con presentaciones acerca de este síndrome en un encuentro de la Academia Americana de Neurología en donde se muestra para este síndrome el tratamiento con Requip® (ropinirol), un medicamento aprobado para el Parkinson. Como consecuencia de esta presentación se publicó en la prensa un artículo titulado “Nueva encuesta revela un trastorno subdiagnosticado muy común (el Síndrome de las Piernas Inquietas) que mantiene a América despierta toda la noche” financiado por GlaxoSmith-Kline. El 2005 el medicamento Requip® fue aprobado para este síndrome por la FDA, siendo el primer medicamento específico para este síndrome <sup>(17)</sup>.

Los criterios de diagnóstico de este síndrome son cuatro:

1. Un impulso por mover las piernas debido a molestias en las extremidades.
2. Inicio o empeoramiento de los síntomas en reposo o cuando no hay movimiento.
3. Alivio parcial o completo de los síntomas mientras hay movimiento (ej: caminar)
4. Los síntomas se dan principalmente en la noche pudiendo interferir con el sueño.

Al realizarse una búsqueda en las bases de datos Proquest y Lexis-Nexis de las noticias de los años 2003 a 2005 acerca de SPI, se encontraron 33 artículos relacionados exclusivamente con este síndrome, y se analizaron de acuerdo a los criterios para identificar disease mongering encontrándose:

- *Exageración de la prevalencia de la enfermedad:* Algunas noticias hablaban de al menos 12 millones de americanos que la padecían, otros de 1 de 10 personas. Estos índices se refieren a un estudio del año 2000 en donde sólo se evaluaba con un criterio diagnóstico, no los cuatro <sup>(18)</sup>. En otro estudio con los cuatro criterios, un 7% respondía a estos cuatro puntos, pero solo un 2.7% lo reportaba de manera moderada y severa una o dos veces por semana, grupo para el cual un tratamiento es indicado <sup>(19)</sup>.
- *Aterrorizando a la población e incitando a más diagnósticos:* Tres cuartos de los artículos destacaban las serias consecuencias físicas, sociales y emocionales de este cuadro: “...este cuadro suena chistoso, pero sus consecuencias pueden ser devastadoras. Puede llevar a las personas al suicidio al estar sin dormir por años” <sup>(20)</sup>. El 40% de los artículos publicaban las anécdotas de quienes padecían los casos más molestos. La mitad de los artículos reportaban que este síndrome es subdiagnosticado por médicos, y se incitaba a la población a hacer auto-diagnósticos y consultar al médico, pero ningún artículo hablaba de sobre-diagnósticos <sup>(17)</sup>.
- *Sugerir que todos los casos deben ser medicados:* En la mitad de los artículos se habla del tratamiento con ropinirol, refiriéndose a ella en un tercio de los artículos como “droga milagrosa”, aunque estudios de 12 semanas indican una mejoría en 13.5 puntos contra 10 de placebo. Solo en un artículo se habla de los efectos adversos del medicamento (nausea, letargo, somnolencia, etc.) <sup>(17)</sup>.

Se entiende la manera de como los medios masivos cubren este tipo de noticias. Las historias están llenas de drama: una amenaza a la salud pública que está oculta lista para acechar, doctores que no lo saben o no le dan importancia, curas milagrosas, anécdotas de los pacientes. Son los ingredientes perfectos para una “gran noticia”.

Los periodistas deben ser cautos cuando se enfrentan a nuevas enfermedades con altos índices de prevalencia ya que es difícil que una enfermedad tan “común y molesta” no se haya diagnosticado antes. Por lo tanto deben informarse previamente de los criterios de diagnósticos, definiciones y criterios de exclusión para los pacientes y también cuestionarse si es oportuno medicar incluso a pacientes con síntomas leves,

teniendo en cuenta los efectos adversos del medicamento y el costo-beneficio. La prensa debe siempre ser escéptica y cauta en este tipo de noticias <sup>(17)</sup>.

✓ **La promoción de las compañías llega a los colegios – Déficit Atencional:**

En los últimos 20 años el Déficit Atencional ha comenzado a crecer de sobremanera en los colegios y la prescripción de psicoestimulantes ha aumentado significativamente desde los 90's. Las prescripciones de metilfenidato ha subido 2.5 veces en USA (1.5 millones de alumnos entre 5-18 años, según Pediatrics 1996), 5 veces en Canadá, y 9 veces en Australia. Este caso ha originado diversas controversias y se debate en los medios acerca de la veracidad del cuadro y del costo-beneficio del tratamiento <sup>(21)</sup>.

En este escenario los profesores han sido claves al momento de enviar a los niños al médico. Y los laboratorios farmacéuticos han visto la oportunidad de fijar su atención en los profesores como identificadores del cuadro. El criterio de diagnóstico DSM-IV otorga al profesor parte del rol en el diagnóstico a través de instrumentos especializados como el Conners Teacher's Rating Scale. En un estudio publicado en el Annals of Family Medicine 2003, de un total de 491 diagnósticos médicos en USA de déficit atencional, más de la mitad fueron sugeridos por los profesores <sup>(21)</sup>.

Shire (Adderell®) y Novartis (Ritalin®) tienen sitios web especialmente dirigidos a los profesores, fuera de sus páginas corporativas. En la sección "Si los padres preguntan...". Shire pone una línea telefónica gratis 1-888-ASK-ADHD, que es otro ejemplo de información para profesores como método de educación en salud. También Novartis hizo un barrido en más de 11.000 colegios en asociación con la National Association of School Nurses, para llegar a las enfermeras con una carpeta informativa acerca del síndrome de déficit atencional <sup>(21)</sup>.

Los laboratorios farmacéuticos aportan el 22% de financiamiento del Children and Adult with Deficit/Hyperactivity Disorder (CHADD) en USA como táctica de lobby. En UK el National Attention Déficit Disorder Information and Support (ADDISS) también recibe apoyo de las compañías farmacéuticas <sup>(21)</sup>.

Los laboratorios están ya presentes en los colegios, que aunque sin nombrar marcas, educan y entregan información. Hay una penetración organizada, esto es

nuevo y no se sabe las consecuencias en colegios por parte de las corporaciones. Las empresas farmacéuticas dicen aportar en el correcto diagnóstico y en el valor de una campaña educativa, pero curiosamente no sucede lo mismo con la dislexia y el autismo (ambas también con altas prevalencias en colegios) pero donde no se aplican las mismas campañas porque no hay tratamientos farmacológicos para estas <sup>(21)</sup>.

Lo razonable sería que estas campañas debieran estar bajo la tutela de organismos de salud sin nexos con laboratorios farmacéuticos, que den una capacitación objetiva que sugiera cómo educar a los profesores en:

- Estar capacitados para decodificar y cuestionar las estrategias de marketing de las compañías
- Tener un mecanismo cómo informar sus observaciones de medicación a un organismo independiente.
- Contribuir a documentar el rendimiento educacional y otras consecuencias de los niños con déficit atencional que se estén medicados <sup>(21)</sup>.

✓ **Aumentar los rangos de prevalencia para maximizar un problema medico – Historia de Viagra:**

No hay duda de que Viagra es un medicamento altamente efectivo en la disfunción eréctil secundaria a diabetes y daño prostático, pero si solo se hubiese trabajado en este nicho hubiese tenido un éxito económico modesto. Para ampliar el mercado Pfizer buscó hacer de Viagra el medicamento de elección para el tratamiento de una población mucho más amplia de hombres y para esto la prevalencia de disfunción eréctil necesitaba ser expandida. Se debía dejar la impresión que la disfunción eréctil le concernía a muchos o al menos a la mayoría de los hombres de más de 40 años. Debía ser el tratamiento para cualquier tipo de disfunción eréctil en cualquiera de sus grados, incluso en fallas aisladas o transitorias <sup>(22)</sup>.

Así, en el sitio Web oficial de Viagra se destaca “...mas de la mitad de los hombres mayores de 40 años tiene dificultades para lograr o mantener una erección”, sin dar una referencia para soportar estas estadísticas. Una posible fuente de ello fue el estudio del MMAS (Massachussets Male Aging Study) publicado en 1994 en el Journal of Urology. Este es un estudio realizado en hombres entre 40 y 70 años desde 1987 a

1989 en USA. En este estudio se indica que el 52% de los hombres entre 40 y 70 años, sufren de disfunción eréctil de cualquier grado (mínima, moderada y completa). Pero en realidad había dos diferentes grupos en el estudio. El primero y más grande contestó un cuestionario acerca de su sexualidad con 9 preguntas. El segundo y mucho más pequeño, también contestó el mismo cuestionario más una pregunta adicional para autocalificarse como no impotente, poco impotente, moderadamente impotente o completamente impotente <sup>(23)</sup>.

Las respuestas de esta pregunta en el segundo grupo fueron aplicadas al primer grupo y se extrapoló el porcentaje. Pero hay diferencias en los dos grupos: el primero era de hombres randomizados de la ciudad de Boston, y el segundo de un centro clínico universitario de Urología. Además no se hizo la diferencia de edad entre los grupos y se extrapoló el 52% como un grupo total. Según el MMAS un 40% de los hombres de 40 tenían disfunción eréctil, incluyendo un 17% con impotencia mínima, y un 67% de los de 70 eran impotentes <sup>(23)</sup>.

Análisis de datos del National Health and Social Life Survey de USA (publicados en JAMA 1999) indica que entre los hombres de 50-59 años, el 18% declara tener problemas para mantener o alcanzar una erección. En Holanda el 1% de hombres entre 50-65 años declara inhabilidad total en alcanzar una erección, y en los de 70-78 años el porcentaje era igual al del estudio de MMAS. De 13 estudios de prevalencia de disfunción eréctil hasta 1998, el estudio MMAS fue el de mayores resultados para la disfunción eréctil, por lo que la frase de Pfizer no refleja la real variedad de prevalencia de los distintos estudios <sup>(23)</sup>.

## **El nacimiento de las Lifestyle Drugs.**

Actualmente ha comenzado a emerger un nuevo concepto de salud, que es el de la medicación de lo que hasta hace poco se consideraba como el resultado normal de la vida, del envejecimiento, o parte del rango normal de las emociones humanas. Se ha pasado del tratamiento contra enfermedades, a tratar lo que hasta hace poco eran funciones o etapas normales de la vida del hombre <sup>(22)</sup>.

Esta evolución en el uso de los medicamentos ha dado lugar a nuevos dilemas y controversias acerca de cuales son condiciones legítimas para administrar tratamientos farmacológicos. Así las preguntas ¿Es permitido medicar cualquier desviación a la “normalidad”? ¿Que hay de las personas que no tienen nada malo, y solo quieren sentirse mejor? ¿Quién paga por estas terapias?, han pasado a ser recurrentes en la sociedad. Los medicamentos que encarnan estos dilemas y controversias son los actualmente llamados “lifestyle drugs” <sup>(22)</sup>.

Las compañías farmacéuticas detectaron las lifestyle drugs como un mercado en crecimiento que tiene la gran ventaja que se pueden autodiagnosticar. Si miramos en un futuro no tan lejano, puede llegar a haber medicamentos para dejar de ser gordos, o feos, o chicos, o morenos, etc. La pregunta clave para esto es: ¿Es legítimo buscar soluciones farmacológicas o nos aceptamos como somos? Actualmente los sistemas gubernamentales ven la salud “como ausencia de enfermedad, manteniendo, restaurando o compensando la pérdida total o parcial de las funciones” <sup>(22)</sup>.

Una los primeros medicamentos catalogados como lifestyle drug fue el antes analizado Viagra, que Pfizer no quiso relegar en un nicho pequeño y dio el siguiente paso para hacer de Viagra una lifestyle drug <sup>(22)</sup>, donde tuvo que convencer a los consumidores que era la primera alternativa para cualquier tipo de disfunción eréctil, no importando su génesis. Así en su página Web hay una sección de preguntas y respuestas acerca de la Disfunción Eréctil (“About Erectile Dysfunction”), donde se leen ejemplos como:

Pregunta: *“No tengo DE y ese problema no me ocurre. Eso significa que Viagra no es para mi?”*

Respuesta: *Incluso si los problemas de erección ocurren solo de vez en cuando, Viagra te puede ayudar. Debes saber que la mayoría de los hombres con disfunción eréctil solo experimentan esos problemas algunas veces. En un estudio, Viagra ayuda al 87% de los hombres con disfunción ligera a moderada a tener mejores erecciones vs 36% de placebo* <sup>(24)</sup>.

En el comercial inicial de Viagra en la TV de USA el rostro de la promoción era un hombre mayor de 60 años, Bob Dole (ex-candidato presidencial en 1996 nacido en 1923), pero a poco andar se comenzó a promocionar con campañas tipo lifestyle drug

en el sitio Web donde aparecen de preferencia fotografías de hombres entre 30 y 50 años. Ahora en los comerciales de TV en USA aparece como rostro, Rafael Palmeiro (39 años) beisbolista del Texas Ranger, lo que hace ver como definitivamente se reorientó a Viagra como una lifestyle drug. El laboratorio farmacéutico niega que se esté publicitando como una lifestyle drug, pero en sus campañas publicitarias es así: un deportista joven y de éxito lo usa, por lo tanto el gran público lo puede usar a cualquier edad, en cualquier momento, como un plus en su estilo de vida <sup>(22)</sup>.

Los patrones de uso entre 1998 y 2002 de Viagra en EE.UU. muestran que los jóvenes son el grupo consumidor que más crece (18-45 años), y solo un tercio de ellos tiene algún grado de disfunción eréctil según un trabajo publicado el 2004 en la International Journal of Impotence Researche <sup>(25)</sup>.

En este modelo de las lifestyle drugs, los sistemas de salud no cubren las terapias que apunten a aumentar habilidades no afectadas por enfermedades. La OMS nos dice que la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad o dolencia. Si es así ¿debemos dejar a la gente que quiere mejorar ciertos aspectos para ser feliz socialmente, lo haga a través de la terapia farmacológica?

Kaiser Permanent, una compañía aseguradora de salud de USA, ya no cubre el Viagra porque un gran número de hombres lo exigen a sus doctores por problemas menores o simplemente para mejorar su “desempeño sexual”, esta decisión de la compañía es a causa de que gastaba en esto 100 millones de dólares por año. Y argumentan que si se comienzan a financiar estos gastos médicos en lifestyle drugs, quizás en un futuro otros tratamientos fundamentales quedarían sin fondos <sup>(22)</sup>.

Quizás una de las razones por la cual este medicamento ha llegado a ser un lifestyle drug es “porque el hombre se siente con más presión en tener mejor desempeño sexual a causa de las mayores expectativas de las mujeres de hoy. Muchos la usan al no sentirse 100% preparados, o demasiado ansiosos por una “primera vez”, o por enfrentarse a “la mujer del siglo XXI” más erótica, más exigente y más preocupada de sus necesidades”, asevera la psicóloga clínica y terapeuta sexual Megan Fleming, directora del Programa de Salud Sexual y Rehabilitation en Beth Israel Medical Center en New York <sup>(26)</sup>.

## CONCLUSIONES

El Trafico de Enfermedades (Disease mongering) es visto con ojos cada vez más suspicaces, y esta tendencia ha llevado a plantear acciones para evitarlo. Las compañías farmacéuticas están activamente involucradas e interesadas en patrocinar las definiciones de las enfermedades y promoverlas dentro de la comunidad científica, tanto a quien prescribe como a los consumidores. Esto ha llevado al gran problema, que la construcción social de las enfermedades está siendo reemplazada por la “construcción corporativa” de las enfermedades, las cuales transmiten un conflicto de intereses.

Se debería iniciar políticas de estado para que las autoridades de salud y en los niveles políticos propongan una renovación de la forma en que se definen las enfermedades hoy en día, para así combatir el disease mongering. No es viable ni sano que esto lo hagan paneles de especialistas con conflictos de intereses profesionales y económicos, sino que deben ser realizados por grupos libres de estos conflictos comerciales.

Los grupos activos que trabajan para un uso más racional de los medicamentos, como Therapeutics Initiatives a nivel de supervisor de estudios clínicos <sup>(27)</sup> o Health Action International a nivel de consumidores <sup>(28)</sup> pueden ser ejemplos, ya que a diferencia de muchos otros organismos de este tipo (de los cuales se cuestiona su credibilidad), no reciben auspicio de industrias farmacéuticas, aconsejando y advirtiendo a otras de no hacerlo.

Se necesitan proyectos de investigación académica de estos problemas, elegir un grupo de las enfermedades/condiciones más comunes e investigar cómo y por qué las definiciones de estas han cambiado en el tiempo en diferentes países. Estas investigaciones retrospectivas podrían incluir análisis de las decisiones y recomendaciones de los paneles que definen y redefinen enfermedades, qué evidencias llevan a esas decisiones, si existen conflictos de interés de los miembros de los paneles, y los patrocinios de estos procesos.

Los profesionales de la salud, legisladores, medios y consumidores debieran alejarse del material promocional de las corporaciones acerca de la naturaleza de las

enfermedades y su prevalencia, y dejar esto a fuentes independientes. De hecho hay conglomerados de personas como No Free Lunch <sup>(29)</sup> que abogan por mantener alejados a los laboratorios farmacéuticos de cómo se realizan las prácticas clínicas en los hospitales, y en fomentar que se use principalmente la medicina basada en la evidencia en vez de que sea a través de la promoción médica. Así como Cochrane Collaboration hace evaluaciones sistemáticas de evidencia acerca de terapias, se debiera hacer lo mismo para producir información imparcial acerca de las enfermedades.

El fenómeno del tráfico enfermedades Disease mongering debe comenzar a verse y revisarse por los organismos gubernamentales alejados de las compañías farmacéuticas, y velar por el fin primordial de la medicina y la farmacia actual: **la salud de la población.**

## **BIBLIOGRAFIA**

1. Inaugural Conference in Disease Mongering <http://www.diseasemongering.org/>
2. Moynihan Ray, Henry David “The Fight against Disease Mongering: Generating Knowledge for Action” Public Library of Sciences Vol.3, Issue 4, Abril 2006, pag 425-428.
3. Payer, Lynn “Disease-Mongers: How Doctors, Drug Companies, and Insurers are Making You Feel Sick” Wiley, USA, 1994.
4. Moynihan Ray, Heath Iona, Henry David “Selling sickness: The pharmaceutical industry and disease-mongering”. British Medical Journal 324, Abril 2002, pag 886-891.
5. Center for Media and Democracy – PR Watch [http://www.sourcewatch.org/index.php?title=Disease\\_Mongering/](http://www.sourcewatch.org/index.php?title=Disease_Mongering/)
6. El poder del mercado de la industria farmacéutica. Collazo M Revista Cubana de Farmacia 31 1997. <http://www.monografias.com/>
7. Health Iona “Combating Disease Mongering: Daunting but Nonetheless Essential” Public Library of Science, Abril 2006, Vol.3, Issue 4, pag 448-451.

8. Applbaum, Kalman "Pharmaceutical Marketing and the Invention of the Medical Consumer". Public Library of Sciences Abril 2006, Vol 3, Issue 4, pag 445-447.
9. "Young, Assured and Playing Pharmacist to Friends" New York Times, por Amy Harmon. Noviembre 2005. Disponible en:  
<http://www.nytimes.com/2005/11/16/health/16patient.html?ex=1289797200&en=ecbeab25b58126c4&ei=5088&partner=rssnyt&emc=rss>
10. Kravitz RL, Epstein RM, Feldman MD, Franz CE, Azari R, et al. "Influence of patients' requests for direct-to-consumer advertised antidepressants: A randomised controlled trial". 2005 JAMA 293: 1995–2002. Abstract disponible en:  
[http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list\\_uids=15855433&dopt=Abstract](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=15855433&dopt=Abstract)
11. Europe on the brink of direct-to-consumer drug advertising The Lancet 2002 Vol.359, número 9319. Disponible en  
<http://www.haiweb.org/campaign/DTCA/media/lancet.html>
12. Mintzes, Barbara "Disease Mongering in Drug Promotion: Do Governments Have a Regulatory Role?" Public Library of Science, Abril 2006, Vol.3, Issue 4, pag 461-465.
13. Reglamento de Sistema Nacional de Control de Productos Farmacéuticos. Dto. N° 1876, DE 1995. Título V De la Publicidad y Promoción Art. 88-107. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. Publicado en el Diario Oficial de 09.09.96.
14. Disponible en <http://www.fda.gov/cder/warn/>
15. Therapeutics Initiative "Do statins have a role in primary prevention?" 2003. Ther Lett 48. Disponible en: <http://www.ti.ubc.ca/PDF/48.pdf>.
16. Disponible: [http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/cholesterol/atp3upd04\\_disclose.htm](http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/cholesterol/atp3upd04_disclose.htm)
17. Woloshin Steven, Schwartz Lisa "Giving Legs to Restless Legs: A Case Study of How the Media Helps Make People Sick" Public Library of Science, Abril 2006, Vol.3, Issue 4, pag 452-455.
18. Phillips B, Young T, Finn L, Asher K, Hening WA, Purvis C "Epidemiology of restless legs symptoms in adults". Archives of Internal Medicine. Julio 2000;160(14), pag 2137-2141.

19. Allen RP, Walters AS, Montplaisir J, Hening W, Myers A, Bell TJ, Ferini-Strambi L. "Restless legs syndrome prevalence and impact: REST general population study" Archives of Internal Medicine. Junio 2005, 165(11):pag 1286-1292.
20. "No sleep for those with restless legs" Telegraph, Inglaterra. 2004. Disponible en: <http://www.telegraph.co.uk/health/main.jhtml?xml=/health/2004/01/12/hrest12.xml>
21. Phillips, Christine "Medicine Goes to School: Teachers as Sickness Brokers for ADHD" Public Library of Science, Abril 2006, Vol.3, Issue 4, pag 433-435.
22. Lexchin, Joel "Bigger and Better: How Pfizer redefined Erectile Dysfunction" Public Library of Science, Abril 2006, Vol.3, Issue 4, pag 429-432.
23. Feldman HA, Goldstein I, Hatzichristou DG, Krane RJ, McKinlay JB "Impotence and its medical and psychological correlates: Results of the Massachusetts Male Aging Study".1994. Journal of Urology 151, pag 54–61.
24. Disponible en <http://www.viagra.com/faqs/faqs2.asp>
25. Delate T, Simmons VA, Motheral BR "Patterns of use of sildenafil among commercially insured adults in the United States: 1998–2002. 2004 International Journal of Impotence Researche 16: pag 313–318.
26. "In an oversexed age, more guys take a pill". Warren St Jones. Diciembre 2003. New York Times. Disponible en: <http://query.nytimes.com/gst/fullpage.html?res=9804E1DD153CF937A25751C1A9659C8B63&sec=health&pagewanted=1>
27. Disponible en <http://www.ti.ubc.ca/>
28. Disponible en <http://www.haiweb.org/>
29. Disponible en <http://www.nofreelunch.org/aboutus.htm>

\* \* \*