

Nuevas tendencias de la medicalización

New tendencies in medicalization

José Augusto Cabral Barros¹

Abstract *Beginning with a critical analysis of the role drugs play in the behavior of consumers and health professionals, this text aims at evaluating the influence of both traditional and new promotional strategies of the pharmaceutical industry designed to create values and believes that exceed what in fact can be expected from drug consumption. Some examples were chosen to illustrate the intensification of the medicalization process. Special emphasis was given to the irrational use of amphetamines to diminish the appetite and to control weight or to treat children supposedly suffering from Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) as well as to drugs used in cases of depression and supposed andropause.*

Key words *Medicalization, Drug promotion, Irrational use of drugs*

Resumen *Comenzando con un análisis crítico del rol de los medicamentos en la práctica de profesionales de salud y consumidores, el texto intenta recalcar la influencia ejercida por las estrategias promocionales, tanto las más antiguas como las más recientes, por iniciativa de los productores, con el fin de reforzar valores y creencias que sobrepasan lo que se puede obtener con la utilización de un fármaco. Son seleccionados algunos ejemplos para ilustrar el problema de la intensificación del proceso de "medicalización", particularmente a partir de los equívocos acaecidos del uso irracional de anfetaminas volcadas hacia el control del apetito, o hacia los niños clasificados como "hiper-activos" y "con déficit de atención", además de los fármacos para andropausa o depresión.*

Palabras clave *Medicalización, Publicidad farmacéutica, Uso irracional de medicamentos*

¹ Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Medicina, UFJF. Campus Universitário, 36036-900 Juiz de Fora MG. josebarros@uol.com.br

Introduciendo el problema

A partir del momento en que fue posible iniciar el progresivo avance tecnológico que produjo su quimiosíntesis industrial, especialmente intensificado a partir de la segunda guerra mundial y, desde sus orígenes, subordinado a la lógica del mercado, los medicamentos han sido utilizados de una forma tal que, en gran medida, pasaron a corresponder menos a los propósitos sanitarios que a los de generar una creencia desmesurada y acritica de sus poderes, una práctica que terminó por reforzar una verdadera “cultura de la píldora” dominante en la sociedad moderna. Los resultados objetivos de la inversión en propaganda son evidenciados por el aumento de las ventas observadas, justamente, para los 50 medicamentos más anunciados, responsables por 47.8% del incremento de las ventas al por mayor¹. Otro estudio da cuenta de que la propaganda dirigida a los consumidores de medicamentos que requieren prescripción tuvo un incremento de 212% entre 1996 (cuando representaban 9% del total gasto en actividades promocionales) y 2000 (en que pasa a representar casi 16%). Grandes empresas elevaron sus gastos con propagandas para los consumidores, en los Estados Unidos, a ejemplo de Merck o de Pfizer que gastaron más que el doble en 2000, en comparación a 1999. Las empresas farmacéuticas patrocinaron 314 mil eventos “educativos” en 2000 (en 1999 habían sido 280 mil y, en 1993, 70 mil)¹.

El dispendio con la promoción de medicamentos bajo prescripción, dirigida a los profesionales de la salud, persiste absorbiendo más del 80% de los gastos totales, lo que lleva a la conclusión de que las estrategias de marketing orientadas hacia los consumidores, a pesar de su aumento, continúan teniendo un carácter complementario, además de que se concentran en unos pocos productos, en general, recientes o que, todavía, no sufren la competencia de los genéricos². Para estos autores, los perjuicios potenciales de las mencionadas prácticas serían una prescripción inadecuada, inducida por las demandas equivocadas de los pacientes y el desperdicio del tiempo de los médicos al tener que explicar las razones por las que aquel producto determinado no sería el más apropiado.

El modelo biomédico, la propaganda y la “medicalización”

La propaganda, bajo las más diversas formas -

entre las que se incluyen Internet y otros medios sofisticados de divulgación electrónica- contribuye a reforzar la valoración, más allá de lo aceptable, de lo que se puede conseguir con el consumo de los productos. En el área de salud, como consecuencia del refuerzo de lo que se puede llamar “valor simbólico” del acto de consumir insumos diagnóstico-terapéuticos, se incrementa el proceso de “medicalización” en la forma de ver y actuar sobre el proceso salud-enfermedad, el cual es extremadamente cartesiano y mecanicista (privilegiando el modelo biomédico). En este modelo, el énfasis otorgado al tratamiento de las partes (órganos), asociado a los intereses mercantiles en juego, ha contribuido a intensificar una creciente y amplia crítica a la verdadera deshumanización de la medicina, así como al incremento de la búsqueda de alternativas terapéuticas más coherentes con una visión holística del proceso salud/ enfermedad^{3,4}.

Las características presentadas en las últimas décadas por la evolución científica y tecnológica imponen la necesidad de volcar la atención hacia la verdadera “patologización” - tal como ya recalca Taylor, en libro con fecha de 1979⁵, que no deja de ser actual - de condiciones fisiológicas o hasta cierto punto “naturales”, o aún situaciones que pueden tener factores determinantes poco claros, de orden psicológico (el caso de los anti-depresivos, mas adelante comentado, es emblemático) o natural, como por ejemplo la calvicie, impotencia, proceso de envejecimiento y que, al ser transformados en “dolencia”, demandan la intromisión del sector salud y su tecnología.

El concepto de “medicalización” tiene a Ivan Ilich⁶ como uno de sus pioneros. El utilizó el término para describir *la invasión de la medicina y su aparato tecnológico a un número creciente de personas y condiciones*. Esto es, para áreas de la vida individual o etapas de la misma - niños recién nacidos, mujeres embarazadas o que están en la menopausia, personas mayores - que se van convirtiendo en el “blanco” de cuidados y estrategias intervencionistas específicas, independientemente de la existencia concreta de señales o síntomas de carácter mórbido o patológico. Vale mencionar otras condiciones, más allá de las que fueron señaladas antes, que van siendo “medicalizadas”, pasando a ser objeto de la “atención médica” y su aparato tecnológico, como: depresión, alcoholismo y otras drogadependencias, esterilidad, homosexualismo y otros comportamientos no aceptables socialmente, o, aun, la obesidad - mas allá de los estudios epidemiológicos que evidencian ser esta condición un “factor de riesgo”

para males de variada naturaleza- más contemporaneamente, en nuestras sociedades para afrontar esta condición domina la apelación al uso irracional de fármacos, sean los inhibidores del apetito, sean los esteroides anabolizantes, para alcanzar masa muscular: en cualquier caso expresando los valores en relación a lo “bello”, en nuestra sociedad asociado al disfrute de un cuerpo esbelto, bien aceptado socialmente.

Martins⁷ observa muy acertadamente que *la biomedicina se alejó de sus raíces históricas y de sus compromisos éticos para aparecer como una empresa comercial, en la que los pacientes son apenas insumos y materias-primas del proceso de acumulación capitalista. Esta perversión se tornó posible por la separación radical de la relación interpersonal entre médico y paciente, separación obtenida en gran parte con el apoyo de la tecnología utilitarista. Por consiguiente, la sustitución de la ética médica tradicional por una moral utilitarista, económica especulativa en el interior de la medicina oficial, aparece necesariamente como un hecho importante para la crisis del sistema médico como un todo y para las mudanzas de paradigma actuales.*

Hacia un cuerpo bello y socialmente bien venido

Son cada vez más frecuentes las noticias que, circulando en los medios de comunicación social, contribuyen para ampliar el número de adeptos a pretendidas soluciones generadoras de bienestar y de niveles más elevados de salud. Varias de esas noticias – muchas de ellas, propaganda velada – contribuyen para el incentivo de valores relacionados al disfrute de un cuerpo saludable, estéticamente aceptable y bien visto por la sociedad. Aquí entran, en forma creciente, varios componentes del sector industrial, con destacado incremento de los relacionados a la moda, cosmética y también la industria farmacéutica: todos movidos por claros intereses mercadológicos con una serie de equívocos y riesgos inherentes a las alternativas que van creando y diseminando. Por más que pueda ser visualizada como positiva la divulgación de ideas sobre los riesgos asociados a la obesidad, muchos de ellos epidemiológicamente bien estudiados, inclusive en cuanto a las estrategias más adecuadas para el control o prevención de los mismos, causa preocupación la divulgación de noticias que se repitieron al final de 2006 comentando la muerte precoz de modelos por anorexia nerviosa. La mass-mídia divul-

gó, en el final de 2006, inicio de 2007, nada menos que seis casos de jóvenes modelos (entre 14 y 23 años) que murieron de anorexia nerviosa. La enfermedad se manifiesta en cinco en cada mil mujeres. De 1999 a 2003, son 141 los casos de óbito notificados. De cada cuatro casos, en uno o dos la recuperación puede ser completa o con pocas secuelas físicas o psicológicas. Entre las dolencias psiquiátricas, la anorexia nerviosa se sitúa entre las que presentan mortalidad a largo plazo más elevada. Cerca de 5% de los pacientes acompañados por un período de diez años mueren del problema y vale recordar que es Brasil campeón en el uso de fármacos anorexígenos (entre 1999 y 2004, Brasil presentó un aumento de 254% en el consumo)⁸. Asumimos como nuestros los cuestionamientos de los autores del texto mencionado, cuando preguntan ¿No sería el caso de confrontarnos la sociedad que estamos construyendo, que sufre de valores y oportunidades, y que produce más dolencias y hasta muertes que se explican técnicamente más son totalmente injustificables?

Tal como recalca Albert Figueras⁹, aunque *probablemente cada época ha establecido sus estándares de belleza, también es cierto que, en los últimos 100 mil años de evolución, el ser humano jamás ha tenido al alcance de la mano una panplia tan amplia de medicamentos, procedimientos quirúrgicos o herramientas para tratar de modificar el aspecto del propio cuerpo, como ahora.* En su texto bastante instigador – *Optimizar la vida: Claves para reconocer la felicidad* – el autor enfatiza la idea de que vivimos el auge de la farmacología y de avances en las técnicas quirúrgicas, a que se suman el espacio ocupado por la *mass-media* otorgando gran importancia a la imagen y los modelos a ser copiados con una eficacia publicitaria creciente, anudando psicología, *designy* estrategias de ventas de los “modelos”.

En este contexto, nos encontramos con un incremento en el uso de anorexígenos. Estos – anfetaminas utilizadas para inhibir el apetito – tendrían, pasado de 6,97 dosis diarias por mil habitantes, que Brasil presentaba en 1993-1995, para 2,57 dosis diarias en 1997-1999. Desde entonces, sin embargo, el consumo creció alcanzando el monto de 9,1 dosis diarias por mil habitantes en el bienio 2002-2004, en conformidad con el Relatório divulgado por la oficina de la ONU responsable de la fiscalización y control mundial de drogas (INCB, en la sigla en inglés) y que demuestra que Brasil está en la compañía de países como Australia, Singapur y Corea, en los cuales el consumo de las anfetaminas va crecien-

do, contrariamente a la tendencia mundial de retracción. Desafortunadamente, nuevo Relatorio sobre el tema, publicado en marzo de 2007 no se opone a la tendencia señalada antes. Tanto es así que el nuevo documento indica que es Brasil el campeón mundial de consumo de drogas estimulantes utilizadas principalmente para adelgazar. Los números sitúan el país en una posición que es de casi tres veces el encontrado en los Estados Unidos, evidenciando una ampliación de oferta (también detectada en Argentina). El Relatorio anual de JIFE (Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes), órgano independiente cuya sede está en Austria y que actúa para la Oficina Contra Drogas y el Crimen de la ONU, incluyó a Brasil entre los 17 países visitados. Entre las denuncias del documento está la de que las tasas de consumo de inhibidores del apetito per capita más altas tradicionalmente se han encontrado en las Américas, al paso que Asia, Oceanía y Europa vienen presentando disminución del consumo. Cabe, aun, resaltar que países como Chile, Dinamarca y Francia introdujeron medidas especiales de control para evitar el uso inadecuado de estos productos, hecho que ha contribuido para la caída del consumo. En otros países, sin embargo, en particular Argentina, Australia, Corea y Singapur, el consumo creció significativamente (la Figura 1, con datos de **JIFE** explicita los países que ocupan la condición de campeones de consumo, al mismo tiempo que evi-

dencia los efectos adversos principales y los efectos cuando ocurre sobredosis).

Es probable que los que están optando por disminuir la ingesta alimentar via fármacos, ya sepan de los riesgos a que están sometidos. Los fármacos anorexígenos pueden causar dependencia química, alteraciones del sueño, irritabilidad, palpitaciones y empeoramiento de la hipertensión arterial, además de estar relacionados a la incidencia aumentada de depresión, crisis de ansiedad y pánico¹⁰.

“Medicalizando” los niños “hiper-activos”

Otra anfetamina tiene por blanco los niños clasificados como ‘hiperactivos’, siendo oportuno antes de más nada conjeturar sobre los determinantes de la ampliación de ventas de Ritalina® (metilfenidato, estimulante del grupo de las anfetaminas, indicado para portadores del TDAH (Síndrome del Déficit de Atención con o sin Hiperactividad para el que, otro integrante del mismo grupo farmacológico, se ha utilizado, la dextroanfetamina, además de otros agentes (anti-depresivos tricíclicos, clonidina, antipsicóticos). ¿El incremento mencionado tendría, efectivamente, como explicación un aumento del número de casos o la superación de supuesto sub-registro? Datos de prevalencia son imprecisos o conflictivos. Véase lo que presenta sobre el tema el estu-

Los anorexígenos Son sustancias que inhiben el apetito. Se utilizan en tratamientos de obesidad grave o de trastornos del sueño y la concentración.

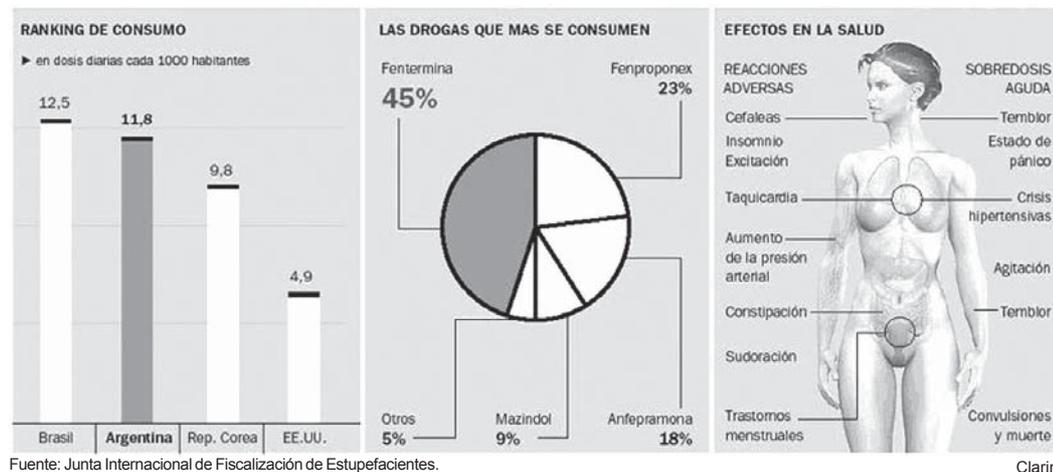


Figura 1. Campeones de consumo, fármacos más utilizados y efectos adversos de los anorexígenos.

dio de Lima¹¹ para diferentes países, en particular para los Estados Unidos: en este último país, diferentes autores indican cifras de 3 a 5% en niños en edad escolar o 10%, según otro autor o, aun, variación de 1,9 a 14,4%. Según revisión efectuada por 13 estudios para países europeos la prevalencia alcanzaría un 17,8% en Alemania y entre 15 y 20% en España¹¹. Una revisión sistemática fue realizada contemplando 102 estudios¹², tras informar datos existentes, en que niños y adolescentes sufriendo el problema oscilarían del 1,0, al 20%, señalan haber encontrado una prevalencia de 5,29%. En relación al Brasil, la investigación de Rohde en adolescentes escolares de Porto Alegre, detectó prevalencia de 5,8%¹³. El metilfenidato fue sintetizado en 1944. Aunque no estaba claro como se daba su acción al nivel del cerebro, fue aprobado por FDA (Food and Drug Administration), en 1961, con indicación para problemas comportamentales en niños y, ya en 1970, se estimaba estarían usando el fármaco, cerca de 150 mil niños en los Estados Unidos, número que ascendía a los 750 mil, en 1987, con aumento del orden de 700% en el período comprendido entre 1990 y 1997, lo que provocó una ampliación del margen de ganancias de los productores en más de 500%¹¹. En el caso de Brasil, el hecho es que las ventas pasaron de 71 mil cajas, en 2000, para 739 mil en 2004, lo que representa incremento de 940% (entre 2003 y 2004: hubo el aumento de 51%). Refuerza esa información, los datos brindados por **ANVISA** (agencia que reglamenta los medicamentos en Brasil), según los cuales el consumo del metilfenidato estaría pasando de 23 Kg en 2000 para 93 kg, en 2005¹¹. En los Estados Unidos, donde ocurre 90% del consumo de psicoestimulantes del mundo, la estimativa es de que estarían consumiendo Ritalina®, en 1997, cerca de 3 millones y medio de individuos, (de ese total, tres cuartos serían niños, mientras en Canadá el consumo per capita llegaría a menos de la mitad del observado en ese país¹¹. La persistencia del cuadro en la vida adulta, presentó variación amplia (entre 4 y 80%).

Los potenciales efectos adversos, tras el uso de ese fármaco, incluyen insomnio, dolor abdominal, anorexia y pérdida de peso (si menos intensos, pueden ser controlados con ajustes en la dosis o administrándose durante las comidas)¹⁰. El Consenso de Expertos del Área da Salud sobre el llamado TDAH presentado al Ministerio de Salud de Argentina en agosto de 2005 (con el apoyo de 150 profesionales del área académica o no), señala – basado en diferentes estudios – que el metilfenidato

- . No se puede administrar a niños menores de seis años
- . Se desaconseja en caso de niños con tics (Síndrome de Gilles de la Tourette)
- . Es riesgoso en caso de niños psicóticos, porque incrementa la sintomatología
- . Deriva con el tiempo en retardo del crecimiento
- . Puede provocar insomnio y anorexia
- . Puede bajar el umbral convulsivo en pacientes con historia de convulsiones o con EEG anormal sin ataques

Los firmantes del documento recalcan, con razón que se han **encontrado con niños en los que se diagnostica ADD (o ADHD) cuando presentan cuadros psicóticos, otros que están en proceso de duelo o han sufrido cambios sucesivos (adopciones, migraciones, etc.) o es habitual también este diagnóstico en niños que han sido víctimas de episodios de violencia, abuso sexual incluido. A la vez, los medios de comunicación hablan del tema casi como si se tratara de una suerte de epidemia, divulgando sus características y los modos de detección y tratamiento. Se banaliza así tanto el modo de diagnosticar como el recurso de la medicación.**

Según ellos, sería inadecuado desde el punto de vista de la salud pública, unificar en un diagnóstico a todos los niños desatentos y/o inquietos sin una investigación clínica pormenorizada (a propósito, se hace una crítica pertinente a la forma como se llega a sospechar del problema, a partir de un cuestionario respondido por los propios padres o maestros). Concluyen que **en el límite, cualquier niño, por el mero hecho de ser niño y por tanto inquieto, explorador y movedizo, se vuelve sospechoso de padecer un déficit de atención, aún cuando muchísimos de esos niños exhiben una perfecta capacidad de concentración cuando se trata de algo que les interesa poderosamente.**

En una revisión crítica bastante minuciosa, publicada en 2005, Rossano Cabral Lima¹¹ llama la atención sobre aspectos relevantes del trastorno, partiendo de las raíces de carácter histórico y de las investigaciones en búsqueda de la etiología, hasta los componentes epidemiológicos y terapéuticos, enfatizando en forma apropiada el lugar que los predicados corporales y parámetros biológicos fueron ocupando como fuente del ‘normal y del normativo’ (todo un capítulo del libro es dedicado a la reconstrucción de la trayectoria histórica del **TDHA**, desde el inicio del siglo pasado (en 1902, el pediatra inglés George Frederic Still es el primero que sugiere ser una “condición médica” lo que antes era tenido como “comportamiento malo”), pasando en los años

60-70 por el concepto de 'disfunción cerebral mínima', detallando el texto a continuación la evolución conceptual realizada por el DSM (Diagnostic and Statistic Manual of Mental Diseases) da Associação Psiquiátrica Americana¹¹). Según el autor habría ocurrido un salto de una cultura en que prevalecía la construcción del sujeto psicológico fundado en el desarrollo emocional interior, para un nuevo y bastante distinto abordaje en la estructuración de las bioidentidades. Recalca, por ejemplo, que, en el ansia por detectar el substrato biológico, en el contexto del predominio del fisicalismo, para explicar comportamientos de niños, pero también de adultos (adultos tenidos durante años como irresponsables, desequilibrados, desinteresados tienen la oportunidad, ahora, de ser encuadrados en un diagnóstico, con fundamento médico y "científico" de hecho bien-venidos), aparacieron teorías y conceptos en el campo de las neurociencias y de la genética, con impacto evidente, (también, a nosotros nos gustaría acotar, en diversas condiciones psiquiátricas), en la psicofarmacología (en el caso concreto, explicando el *boom* del uso de la Ritalina®, como pretendida "solución")¹¹. A pesar de la presencia en el mercado, más recientemente, de un competidor, el Concerta®, el producto antes referido se ha transformado en todos los países, prácticamente en sinónimo de la pastilla que, por su mecanismo de acción, es la estrategia elegida para lidiar con los portadores de TDAH.

Anticipando la andropausia y su "solución"

La condición designada como Disturbio Androgénico del Envejecimiento Masculino (DAEM), también llamada menopausia masculina, advenida de la disminución fisiológica de la testosterona, pasa a ser considerada en 2002, en los Estados Unidos, cuando el laboratorio Unimed (filial del grupo belga Solvay) desencadena una campaña publicitaria en los medios (el caso es narrado con detalles por Pignarre¹⁴, siendo bastante ilustrativo de las nuevas prácticas de mercado de las empresas farmacéuticas. En el anuncio publicado en *Time* se nota el indicador del nivel de gasolina indicando que el depósito está vacío, con la siguiente leyenda: "**¿Cansado? Deprimido? ¿Su libido se redujo? Quizá le falte testosterona**". Al pie de la página se proclama: "**Cuanto más envejecen los hombres, más baja su nivel de testosterona**". Al mismo tiempo que los hombres más viejos son invitados a pensar en el "proble-

ma" consecuente a la disminución de la hormona, los médicos son invitados a diagnosticarlo para que sus pacientes gocen del tratamiento con AndroGel®, el cual "devuelve la moral" y "aumenta la densidad ósea" entre otras ventajas. El producto fue autorizado en Francia en septiembre de 2001, con la indicación siguiente: "Tratamiento sustitutivo de un hipogonadismo masculino por déficit de testosterona, acreditado por signos clínicos y biológicos" estimando la agencia reguladora que el problema podría afectar 100.000 individuos en el país. En los Estados Unidos, los médicos movilizados por la empresa afirmaron que más de 5 millones de hombres sufrirían del problema y 90% de ellos no estarían siendo tratados. Un autocuestionario fue elaborado, con el siguiente contenido: "**¿Siente usted un descenso de la libido?**"; "**¿La falta de energía?**"; "**¿Su fuerza y su resistencia han disminuido?**"; "**¿Ha perdido peso?**"; "**¿Siente menos gusto por la vida?**"; "**¿Está triste o de mal humor?**"; "**¿Tiene menos erecciones?**"; "**¿Ha comprobado una reciente merma de sus capacidades deportivas?**"; "**¿Padece usted de somnolencia posprandial?**"; "**¿Ha comprobado una reciente disminución de su rendimiento laboral?**"

Sabiéndose que, tras los 40 años, el nivel de testosterona va disminuyendo, esto es un indicativo, *per se*, de una situación fisiológica. La comparación con los niveles hormonales de hombres más jóvenes, necesariamente, apuntalará un "déficit", lo que no es sinónimo de "enfermedad" y, como tal, requiriendo, la ingesta extra de hormonas. Vale recalcar que el producto fue autorizado de parte de la FDA para venta a partir de indicaciones médicas precisas (tumores de hipotálamo, Síndrome de Klinefelter (hipodesarrollo testicular congénito) o para secuelas de algunas virosis, condiciones de hecho poco frecuentes al confrontar con el uso masivo que la campaña publicitaria ha inducido.

En Brasil, una estrategia publicitaria de naturaleza similar a la que acabamos de comentar, está siendo adoptada por el laboratorio Shering, productora del Nebido®, vehiculizando para el gran público masculino, las super ventajas y, más que nada, la "necesidad" ampliada del uso del sustituto hormonal sintético. El contenido del cuestionario que los lectores son estimulados a responder es similar al autocuestionario impulsado en los Estados Unidos, teniendo el mismo propósito el outdoor expuesto en la entrada principal del Aeropuerto de Congonhas en São Paulo reproducido en la Figura 2.

El cuestionario a ser respondido tiene el fin de inducir a la ampliación del consumo, delimi-

tando un diagnóstico de DAEM, y consta una serie de preguntas (publicidad presentada en la Figura 3, siendo útil recalcar que la misma tenía como destinatario público bastante amplio, en la medida en que era parte de un boletín – **Bússola**, distribuido a los pasajeros de TAM Linhas Aéreas – así como en una revista semanal de amplia diseminación por el país – **Época**, de 12.03.07). Otorgando puntos que va del 1 al 5, respectivamente, para las correspondientes respuestas de “ningún”, “poco”, “moderado”, “grave” y “muy grave” a cada una de las situaciones listadas, al final, una vez alcanzado 17 puntos, ya tendríamos indicios de la presencia de DAEM.

El caso de los antidepressivos

Sin oscurecer los avances advenidos con la introducción de los psicofármacos, aliviando el cuadro clínico de las enfermedades mentales de distinto grado de gravedad, estudios más recientes – como los efectuados por el psiquiatra de la Universidad de Washington, John Newcomer - vienen recalcando la asociación entre estos medicamentos y efectos adversos de variada naturaleza: aumento de peso, diabetes, hipercolesterolemia y muerte precoz por infarto del miocardio. En una entrevista dada durante reciente visita a Brasil, el afirmó que **“pacientes con enfermedad mental están perdiendo 25, 30 años de vida, en promedio, muriendo en los EUA y en países en desarrollo a los 50, cuando deberían morir a los 70 y tantos”**¹⁵. El

foco de interés de los estudios se ha volcado para antipsicóticos de segunda generación (clozapina, olanzapina, risperidona, quetiapina) sin excluir aquellos hace más tiempo presentes en el mercado, a ejemplo de la clorpromazina, igualmente incriminados en los efectos mencionados.

Estudios más recientes posibilitan algunas importantes conclusiones, resumidas a continuación¹⁶ sobre el real impacto y posibles ganancias como resultado del empleo de antidepressivos:

1) Los antidepressivos actuales fueron descubiertos cuando alguien administró un derivado de la hidrazina a pacientes tuberculosos. El efecto inesperado (y único) fue que ellos se quedaron más alegres.

2) Más tarde, se descubrió que la misma sustancia aumentaba (poco importa como) la cantidad de un neurotransmisor en el cerebro (la serotonina).

3) Suponiendo que esa alteración era la responsable del buen humor de los pacientes tuberculosos, se tomó la decisión de experimentar el empleo de sustancias análogas en pacientes deprimidos.

4) Para eso, fue necesario construir un patrón de comportamientos y afectos que identificara los deprimidos naciendo así la “depresión”. De hecho, entre 30 y 40% de los que corresponden a ese patrón tienen beneficios con el uso de esas sustancias.

5) ¿Por qué no todos? a) La definición patrón de la depresión es comportamental, afectiva y discursiva, no química, pues es difícil verificar el



Figura 2. Outdoor exhibido en el aeropuerto de Congonhas, São Paulo, Brasil.



Figura 3. Cuestionario inserto en una revista de gran empresa aérea brasileña.

nivel de serotonina en el cerebro de las personas; b) por lo tanto, es posible que muchas depresiones se adecuen al patrón comportamental y afectivo establecido, pero que se expresen por alteraciones químicas diferentes de la insuficiencia de serotonina; c) conclusión: reaccionan positivamente a antidepresivos solamente aquellos deprimidos que expresan químicamente su depresión por la disminución de la serotonina en el cerebro. Como identificarlos? Solamente experimentando.

6) Así como habría depresiones que no se expresan por la insuficiencia de la serotonina, es también posible que haya, además de la depresión, tristezas y morosidades que se expresan por una falta de serotonina. En esos casos, los antidepresivos ayudarían. ¿Como identificarlos? Solamente experimentando.

Concluyendo

El hecho preocupante, para el cual llama la atención denuncias recientes de Moynihan¹⁷ es el rumbo que están tomando las nuevas estrategias de la industria, volcadas hacia las definiciones de dolencia, con las causas de las mismas, siendo descritas, sin embargo, de la manera más superficial posible. Así, siendo **en el universo de ese tipo de marketing, un problema más grave de salud, tal como las enfermedades cardiovasculares, puede ser considerado por el enfoque restringido de la tasa de colesterol o de la tensión arterial. La prevención de las fracturas de la cadera en personas mayores, se confunde con la obsesión por la densidad ósea de las mujeres de mediana-edad con buena salud. La tristeza personal resulta de un desequilibrio químico de la serotonina en personas saludables, en el intento de transformarlas de “personas preocupadas con la salud” en “enfermos preocupados”.** Así siendo, **problemas menores son descritos como problemas graves, de tal modo que ‘la timidez’ transformase en problema de ‘ansiedad social’ y la tensión pre-menstrual, una dolencia mental denominada “problema disfórico pre-menstrual”. El simple hecho de ser un “individuo predispuesto”, considerado capaz de desarrollar una patología, se torna motivo para generar un nuevo enfermo y una nueva dolencia en sí.** Una grave conclusión a que llegó el autor es de que se torna más tenue la línea divisoria entre el “sano” y el “enfermo”, la cual al

tornarse cada vez más elástica contribuye a ampliar la apertura de la definición de determinadas patologías, encuadrándose en ellas un número más amplio de ‘enfermos’¹⁷.

En la actualidad nos confrontamos con un mercado farmacéutico cada vez más distorsionado: por una parte un gran contingente de la población mundial carece de productos necesarios, a veces, para tratar problemas de salud comunes, o que son padecidas por un gran número de personas: como es el caso de las llamadas ‘enfermedades olvidadas o negligenciadas’. Por otra parte, todos son estimulados a ser tratados por un medicamento no ya para enfermedades concretas sino para “enfermedades exageradas o inventadas” (por ejemplo, calvicie, timidez, tristeza, dificultades sexuales).

La creencia desmedida en los resultados terapéuticos potenciales de los fármacos, provoca gastos innecesarios tanto de parte de las personas como de la sociedad - vía programas de asistencia farmacéutica o reembolso por parte del Estado - además de efectos adversos de mayor o menor gravedad.

En definitiva, es en el **contexto de la ideología dominante**-que hace del consumo la pretendida fuente de la felicidad y de la salud- que se inserta el intento de las técnicas publicitarias de hacer valer más intensamente el carácter simbólico de los productos que su valor-de-uso (acción terapéutica del principio activo), con el propósito de implementar el valor-de-cambio (condición de la ‘mercancía’ generadora de lucro). La promoción y la comercialización de los medicamentos, en el contexto de la lógica de mercado dominante, orientada principalmente al propósito de ampliar la oferta y la demanda, se está implementando, pues, en detrimento de la función que debería otorgarse a esos productos: atender las necesidades de alivio de síntomas o cura de las enfermedades.

En las circunstancias actuales, y considerando los diferentes agentes involucrados en la cadena de uso de los medicamentos, además de las medidas de control orientadas hacia los productores y al registro de nuevos productos, cabría institucionalizar alternativas de información y actualización independientes de la industria en su origen, contenido y formas de canalización, destinadas a los consumidores, prescriptores y a los dispensadores.

Referencias

1. Findlay S. *Prescription drugs and mass media advertising 2000: research report*. Washington, D.C.: The National Institute for Health Care Management; 2001.
2. Rosenthal MB, Berndt ER, Donohue JM, Frank RG, Epstein AM. Promotion of prescription drugs to consumers. *N Engl J Med* 2002; 346(7):498-505.
3. Barros JAC. Pensando o processo saúde e doença: a quem serve o modelo biomédico? *Rev. Saúde e Sociedade* 2002; 11(1):67-84.
4. Barros JAC. *Políticas farmacêuticas: a serviço de los intereses de la salud?* Brasília: UNESCO/ANVISA; 2004.
5. Taylor R. *Medicine out of control: the anatomy of a malignant technology*. Melbourne: Sunbooks; 1979.
6. Ilich I. *A expropriação da saúde: gênese da medicina*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1975.
7. Martins PH. *Contra a desumanização da medicina: crítica sociológica das práticas médicas modernas*. Petrópolis: Editora Vozes; 2003.
8. Rozenfeld S, Matos G, Nascimento A. Anorexia, questão de Saúde Pública. [periódico na Internet]. [acessado 2007 Jan 27]. Disponível em: <http://www.oglobo.com>
9. Figueras A. *Optimizar la vida – Claves para reconocer la felicidad*. Barcelona: Alienta Editorial; 2006.
10. Goodman LS, Limbird LE, Milinoff PB, Ruddon RW, Gilman AG. *Goodman and Gilman's: The pharmacological basis of therapeutics*. New York: McGraw Hill; 1996.
11. Lima RC. *Somo todos desatentos? – O TDA/H e a construção de bioidentidades*. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 2005.
12. Polanczyk G, Lima MS, Horta BL, Biederman J, Rohde LA. The Worldwide Prevalence of ADHD: A Systematic Review and Metaregression Analysis. *Am J Psychiatry* 2007; 164:942-948.
13. Rohde LA, Busnello EA, Chachamovich E, Vieira GM, Pinzon V, Ketzner CR. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: revisando conhecimentos. *ABP/APAL* 1998; 20(4):166-178.
14. Pignarre P. *El gran secreto de la industria farmacéutica*. Barcelona: Gedisa Editorial; 2005.
15. Leite F. Doente mental morre mais cedo. *Folha de São Paulo* 2007 Mar 11.
16. Calligaris C. Antidepressivos, aspirinas e urubus. *Folha de São Paulo* 2007 Ago 16.
17. Moynihan R, Wasmes A. Vendedores de doença: Estratégias da indústria farmacêutica para multiplicar lucros. In: Pelizzoli M, organizador. *Bioética como novo paradigma: Por um novo modelo bioético e biotecnológico*. Petrópolis: Editora Vozes; 2007. p. 151-156.

Artigo apresentado em 13/11/2007

Aprovado em 23/11/07