

LA VENTA DE ENFERMEDADES. Una tendencia contemporánea a transformar a las personas en pacientes

Dr. Horacio Lejarraga

CONCEPTO

En el primer acto de la ópera "L'elisir d'amore, el mercachifle charlatán Dulcamara anuncia a su clientela pueblerina que la última moda en la capital es el "mal de hígado" ofreciéndoles el correspondiente medicamento. La venta de enfermedades (y de medicamentos) es una antigua costumbre, aunque desde hace dos o tres décadas está mostrando un auge tan grande en el mundo que es por ello que le dedicamos este artículo. El término en inglés es "disease mongering", una expresión acuñada hace unos años por varios pioneros: Cassels¹, Moniyan²⁻⁴ y Payer⁵. Si uno dice en inglés "fishmonger", se entiende que se trata de un vendedor de pescado, un pescadero, pero si dice "scandal monger", el significado es totalmente diferente, y cercano al tema que nos ocupa en este artículo.

Esta tendencia está dirigida a incorporar como enfermedades pasibles de tratamiento con productos farmacéuticos a una serie de rasgos, conductas, aspectos biológicos o fisiológicos, algunos que se desvían ligeramente de lo normal (o de lo que se considera que es lo normal), otras que son enfermedades leves, pero presentadas como muy peligrosas, con el objetivo de aumentar el consumo y la venta de medicamentos. Daremos algunos ejemplos.

EJEMPLOS

La calvicie

En este ejemplo, podemos citar un anuncio que puede verse en la TV: "¿se le cae el pelo? ...consulte a su médico". Hoy en día se puede detener la caída del cabello conconsulte al especialista". Este simple anuncio, aparentemente inofensivo, está enviando un mensaje que transforma la calvicie fisiológica de los hombres en una entidad que merece una consulta médica y, más aún, merece un tratamiento con un producto farmacéutico. Cuando en Australia fue aprobado el producto para el tratamiento de la calvicie, los periódicos comenzaron a escribir acerca del "trauma psicológico" que pueden tener muchos hombres por la pérdida del cabello, y que datos del International Hair Institute citaban un estudio con comentarios de expertos diciendo que "la caída del cabello puede producir pánico, dificultades emocionales, incluso problemas en encontrar trabajo". En esos artículos se omitía que el estudio fue financiado por el laboratorio que fabricaba el finasteride y el experto había sido contratado por la compañía de relaciones públicas que participó en esta campaña^{2,6}. Aún cuando al laboratorio le prohibieron la publicidad directa al consumidor, éste continuó haciendo campañas de toma de conciencia y educación acerca de enfermedades, en donde aparece una persona con calvicie y dice: "Vea a su médico"². Los laboratorios señalan que

Consultor (h).

Hospital de Pediatría Juan P. Garrahan.

ellos no promueven la calvicie como una enfermedad, sino que “las personas tienen legítimo derecho a estar informadas de que hay opciones farmacológicas aprobadas para detener la caída del cabello”⁶.

Este es un ejemplo de transformación de un hecho fisiológico en una enfermedad. Veamos otros ejemplos.

Osteoporosis de la mujer menopáusica

La densidad ósea en el niño aumenta notablemente durante la pubertad, se mantiene en un “plateau” durante la vida adulta y luego desciende a partir de la quinta o sexta década de la vida, descenso que es más acelerado en las mujeres que en los hombres⁷⁻⁸.

Como es lógico, la caída de la densidad ósea vinculada con la edad, hace necesariamente que los huesos sean más frágiles y más pasibles de fracturarse. Pero esto no es una enfermedad, es un proceso fisiológico del ser humano, tan normal como la aparición de las canas, por lo cual no debemos llamarlo osteoporosis. Si consideramos como factor de riesgo a la caída fisiológica de la densidad ósea de la menopausia, entonces tenemos que considerar a todo el proceso de envejecimiento (un período de la vida como cualquier otro) como un factor de riesgo o, tal vez, como una enfermedad.

El retardo del proceso de caída de la densidad ósea puede reducir el riesgo de fracturas, de la misma manera que la reducción de la presión arterial media puede reducir el riesgo de una accidente vascular cerebral, pero para la enorme mayoría de la población normal, el eventual beneficio de un tratamiento medicamentoso, la reducción del riesgo, es extremadamente baja. Por ejemplo, en un estudio de mujeres con densitometrías óseas por debajo de -1.6 DS, tratadas con alendronato la proporción de fracturas radiológicas fue del 3.8% en el grupo placebo y del 2,1% en el grupo tratado, con lo cual la reducción del riesgo (riesgo absoluto) fue del 1.7%⁹. Adicionalmente, esta actitud de medicalización desvía la atención de medidas más saludables, de mayor impacto sobre la salud global, y como dice Moynihan², “modestamente efectivas”, tales como el ejercicio con peso, el dejar de fumar, la vitamina D y la ingesta de calcio.

A pesar de estas realidades, desde hace unos veinte años vemos un notable aumento en la literatura médica de artículos sobre la “osteoporosis” de la mujer menopáusica como si fuera una enfermedad que debe diagnosticarse, evaluarse, prevenirse y tratarse con productos farmacéuticos que “aumentan” la densidad ósea. Obviamente, eso a su vez conlleva la necesidad de “controlar” a todas las mujeres de cierta edad con densitometrías periódicas. De esta manera, se enfoca el problema con el criterio de “screening” o “pesquisa”, tal

como se hace para detectar oportunamente ciertas enfermedades en población sana.

Pero el screening no se hace con cualquier problema de salud, sino que hay criterios estrictos para incluir cada problema¹⁰, que las osteoporosis de la mujer menopáusica (o mejor dicho, las características densitométricas de la mujer menopáusica) no llenan. La tendencia no termina allí. A poco que se profundice en el conocimiento de los métodos de diagnóstico que se usan en esta área, se descubre algo verdaderamente sorprendente: al contrario de lo que ocurre con cualquier de las otras variables biológicas, que establecen el límite inferior o superior normal en ± 2 desvíos estándar de la media, el límite inferior normal de los densitómetros está establecido en un (1.0) desvío estándar por debajo de la media normal. De acuerdo al porcentaje esperado de individuos por fuera de -1 DS en una distribución Normal¹¹, podemos predecir que los densitómetros clasifican como patológicas a las densidades encontradas en un 25% de la población normal para la edad. Es como si estableciéramos que todo niño con estatura por debajo del percentil 25 ° debe ser estudiado (o peor aún, tratado), estaríamos estudiando y tratando al 25% de los diez o más millones de niños sanos argentinos menores de 18 años. En el caso de la mujer menopáusica, hablaríamos de unos 2 millones de mujeres sanas mayores de 45 años que tendrían que hacerse densitometrías en nuestro país. Seguramente no se le escapa al lector las implicancias económicas de esta práctica generalizada.

Un meta-análisis demuestra que “las mediciones de densidad mineral ósea pueden predecir fracturas pero no pueden identificar individuos que habrán de padecer una fractura, y concluye con la frase: “no recomendamos la densitometría en programas de screening de osteoporosis en mujeres menopáusicas”¹². Hay otras evidencias que apoyan estas opiniones¹³⁻¹⁵. La menopausia no es una enfermedad, no se debe medicalizar¹⁶.

Disfunción eréctil

No hay ninguna duda de que esta entidad existe, y se observa en enfermedades que comprometen al flujo vascular, o la conducción nerviosa, como por ejemplo, la diabetes, las polineuritis, el síndrome de Leriche. El sildenafil resultó ser una droga efectiva en muchos de estos casos. Sin embargo, el mercado no se resigna a reducir el campo de ventas a un grupo de pacientes, este grupo es relativamente pequeño cuando lo comparamos con el tamaño de la población normal. Considerando que esta población podría ser potencial cliente, se observa en la literatura un “movimiento” progresivo dirigido inicialmente a mostrar que hay una enorme proporción de individuos que sufren de disfunción eréctil. La estrategia aquí es maximizar el problema,

si es que hay uno, y si no hay, se puede generar. Por ejemplo, un anuncio a doble página en una revista de difusión¹⁷ comunica a los australianos que el 39% de los hombres que visitan al clínico general, tienen problemas de erección. El anuncio cita a una encuesta que a poco de profundizarla, muestra que ese porcentaje del 39% incluía a todos los tipos de problemas posibles, incluyendo aquellos se presentaban “solo ocasionalmente”, y que la edad media de los hombres encuestados era de 71 años¹⁸. Moynihan dice que en el anuncio se omite que estaba financiado por un laboratorio fabricante del sildenafil². Otro estudio hecho también en Australia, y más creíble, revela que la prevalencia de problemas eréctiles en hombres de 30-40 años es del 3% y en hombres de 70 años del 64%¹⁹.

En el año, 2000, en la TV del Reino Unido, en plena campaña televisiva en pro de la financiación del sildenafil por parte del Estado para todo aquel que lo solicite, se podía ver a una pareja madura en la que la mujer se quejaba de que ya “la relación con John no era como antes “a causa de la disfunción eréctil” del marido de más de 65 años (observación personal).

Habiendo logrado convencer de que se trata de un problema generalizado, el paso siguiente es transmitir la idea de que “todas las personas tienen derecho a disfrutar de una sexualidad plena” y se incorporan a la lista de potenciales consumidores de sildenafil a individuos sanos, de todas las edades. Entre 1998 y 2022, en USA el grupo etéreo que mostró mayor incremento en el consumo de sildenafil fue el que tenía entre 18 y 45 años, y solamente una fracción de él tenía alguna condición que pudiera llamarse “patológica”²⁰⁻²¹. No hay duda de que el sildenafil es consumido ahora por una gran cantidad de personas que no tiene patología ni disfunción eréctil, y que lo consumen porque cree que tiene disfunción eréctil, o porque quiere aumentar su “rendimiento sexual”.

El paso siguiente ha sido hablar de disfunción eréctil en las mujeres; al decir de Tiefer²² la sexualidad es sumamente vulnerable a las técnicas de venta de enfermedades porque:

- hay una larga historia de control social y político de la sexualidad, con reservorios de vergüenza e ignorancia que hacen difícil que las personas enfoquen sus problemas sexuales con racionalidad,
- la cultura contemporánea ha exagerado tal vez la importancia del sexo en la felicidad personal y en la relación con otros aspectos de la vida. La importancia de esto aumenta cuando se leen informes que dicen que solo en el 60% de los casos el sildenafil es efectivo²³.

Trastorno bipolar

Este trastorno está de moda²⁴. Hace unos 50

años, se reconocía en Psiquiatría la existencia de la psicosis maniaco - depresiva, entidad bien definida, con criterios diagnósticos claros y tratamiento específico. Los cuadros depresivos se trataban con antidepresivos, y los cuadros maniacos con antipsicóticos o sales de Litio. El DSM-IV incluía criterios muy explícitos para su diagnóstico; uno de estos criterios era que el paciente tenía que tener al menos una hospitalización por una crisis maniaca²⁵. En 1980 esta enfermedad tomó el nombre de Trastorno Bipolar (Tipo I) y la literatura médica comenzó a hablar de formas más leves de trastorno bipolar y de ciclotimia. Estas formas “leves” tomaron el nombre de síndrome bipolar tipo II. Desde entonces, las publicaciones sobre el síndrome bipolar aumentaron en forma geométrica, tal como se muestra en la Figura 1.

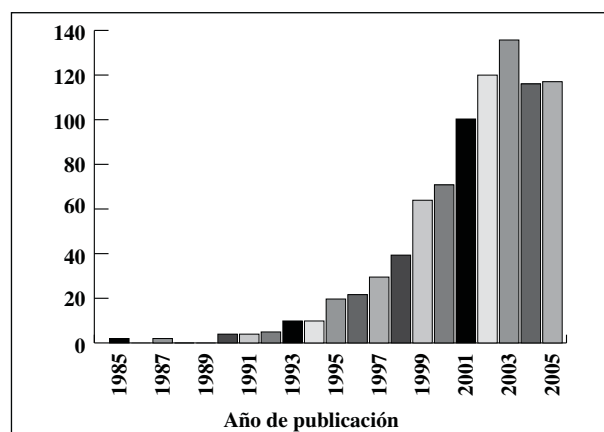


Figura 1: Número de publicaciones en Pubmed usando el término Mesh “mood stabilizers” (Obtenido de referencia 24).

Esta enorme difusión del tema en la literatura produjo a su vez una conciencia generalizada de la “problemática”. La consecuencia natural es que las estimaciones de prevalencia de trastornos bipolares han aumentado del 0.1% (cuando se considera el trastorno bipolar tipo I con el requisito de al menos una hospitalización por manía), al 5% o más cuando se incluyen los criterios más laxos ya mencionados^{24,26}.

Acompañando esta expansión extraordinaria del tema, se comienzan a interesar instituciones académicas²⁷⁻²⁸, aparecen revistas dedicadas a este problema Bipolar Disorders (<http://www.blackwell-publishing.com/journal.asp?ref=1398-5647>) y Journal of Bipolar Disorders (publicado por Lippincott, Williams, and Wilkins), creándose también sociedades científicas bipolares y conferencias anuales, frecuentemente financiadas por compañías farmacéuticas²⁴. Se comienza a hablar de “mood disorders” (trastornos del humor), y aparecen cuestionarios de laboratorios sobre “trastornos del humor”, y un sitio con los síntomas de bipolaridad <http://www>.

clubplaneta.com.mx/cocina/sintomas_del_trastorno_bipolar.htm (visitado el 10/11/2012). Este sitio está acompañado de links con anuncios sobre "Tratamiento Plan Intensivo Estrés Entorno Natural" (www.diquecito.com.ar visitado

Hay programas de televisión y encuestas dirigidas a anunciar drogas como "estabilizadores del ánimo". Healy²⁴ mencionaba que en algunos países se pueden observar en programas de TV comentarios estimulando a los televidentes visitar al "Centro de ayuda bipolar": www.bipolarawareness.com (visitado el 3/1/2013) que insta a los pacientes a no interrumpir la medicación "... por que usted puede sentirse mejor ...". Según Healy, el sitio está auspiciado por un laboratorio que fabrica un producto para el tratamiento del trastorno bipolar, con un sitio Web con un cuestionario sobre el "estado de ánimo"²⁴. Hay sitios en Internet con mensajes tales como: "el síndrome bipolar es una enfermedad que dura toda la vida", "si usted para de tomar la medicación, el tratamiento de la enfermedad resulta más dificultoso"^{24,29}.

En el pasado, casi no se hablaba prácticamente drogas con efecto preventivo de la psicosis maníaco depresiva. El Litio era la única droga que tenía alguna acción profiláctica, en el sentido que podía disminuir el número de episodios maníacos en los casos de psicosis maníaco – depresiva³, pero no hay estudios controlados aleatorizados a largo plazo sobre otras drogas psicotrópicas comparados contra la abstención de tratamiento²⁶⁻²⁷. Siempre ha habido fundamentos para tratar con antipsicóticos los síndromes bipolares, especialmente en estados maníacos³⁰. Pero a partir de la profusión de diagnósticos de síndrome bipolar tipo II, y de la sugerencia de Post en los '80 que los anticonvulsivantes podían actuar como "estabilizadores de ánimo"³¹, se ha desarrollado una tendencia a promover drogas para su prevención, hablando de "estabilizadores del ánimo (mood stabilizers)", presentado así a las drogas como preventivas de los trastornos bipolares³²⁻³⁴.

No hay ninguna evidencia de esto, por el contrario, hay un consistente cuerpo de evidencia de que los antipsicóticos ingeridos regularmente en el largo plazo se asocian a un aumento de la mortalidad³⁵⁻³⁸, y en ensayos controlados (con placebo) se ha encontrado que se asocian a un exceso significativo de suicidios³⁹. Hay recientes iniciativas que resultan aun más alarmantes, como la de utilizar drogas como Zyprexa y Risperdal en niños⁴⁰, sin casi ningún cuestionamiento sobre su posible efecto sobre el desarrollo psicomotor^{24,27}.

Trastornos de atención con hiperactividad en niños

Tal como ocurre con todos los problemas vinculados con la conducta humana, el diagnóstico de

ADHD (attention déficit hyperactivity disorder) es complejo y, aunque hay intentos de estandarizar sus criterios⁴¹, la prevalencia de ADHD dentro de cada país, entre países y aun entre regiones, es extremadamente variable⁴². Esta variabilidad ha sido muy bien demostrada por Polanszyck y colaboradores, en un meta-análisis de regresión llevado a cabo sobre una revisión sistemática de 102 artículos realizados en más de 170,000 niños⁴³. En este estudio se describen prevalencias que oscilan entre menos del 0.5% y el 18%, con prevalencias promedio por regiones entre el 2.5% en Medio Oriente, y el 12% en Sud América⁴³. Este meta análisis de regresión comprobó que la localización geográfica de los estudios no podía explicar la variabilidad en la prevalencia, y que más bien esta variabilidad era mejor explicada por las características metodológicas usadas en las diversas publicaciones⁴⁴.

Estos resultados sugieren que: 1) no hay unanimidad en los criterios diagnósticos en el mundo, 2) éstos son aplicados de manera diferente, 3) el síndrome es tan impreciso que el establecimiento de criterios diagnósticos es difícil. Otros autores coinciden en que si bien se trata de una entidad reconocida por la pediatría, hay una falta notable de consenso sobre su naturaleza, características etiológica, patogenia y tratamiento⁴⁴, y su base conceptual no es etiopatogénica sino descriptiva⁴⁵⁻⁴⁶. Tal vez éste sea un buen ejemplo de construcción social de la enfermedad⁴⁷.

Las dificultades en hacer un diagnóstico preciso en una enfermedad determinada no tienen porqué acompañarse de un aumento en el consumo de drogas para tratarla. Sin embargo, en el caso del ADHD, el consumo de drogas para tratar el síndrome aumenta progresivamente en todo el mundo⁴⁸. Para dar algunos ejemplos, en Taiwan la prevalencia de ADHD era de las más bajas publicadas, pero entre 1997 y 2005 aumentó del 0.02% al 0,35% ; y este aumento se acompañó de un aumento en el uso de drogas del 39,6 al 54% entre 1997 y 2005⁴⁹. Entre 1990 y 1995 la indicación de metilfenidato aumentó 2.5 veces en Estados Unidos⁵⁰, cinco veces en Canadá⁵¹ y, entre 1990 y 2000 aumentó nueve veces en Nueva Gales del Sur⁵². En España el consumo de metilfenidato entre 1992 a 2001 aumentó cinco veces, estimándose un aumento anual del consumo anual del 8%⁵³.

Según una encuesta realizada a los padres en 2003, el 7,8% de niños de EE UU entre 4-17 años (4,4 millones de niños), tenían el diagnóstico de ADHD, de los cuales el 56% estaban medicados en ese momento, unos 2,5 millones de niños⁵⁴.

Uno de los aspectos que dificultan la comprensión de este síndrome es que, tratándose de un problema cuyo principal escenario es la escuela, no se puede prescindir de la participación del maestro en la descripción completa del cuadro en un niño

determinado. Esta participación de docentes en el diagnóstico médico es, en principio, bienvenido. De hecho, el DSM-IV reconoce la participación del maestro en el diagnóstico de esta entidad, recomendando incluso una escala a ser usada por los maestros para este diagnóstico⁵⁵. El trabajo en equipo entre el maestro y el pediatra es una práctica necesaria, que beneficia mucho al niño, pero en esta participación el maestro se transforma también en otro destinatario de la propaganda médica.

Las ONG se suman a la tendencia. En Estados Unidos, uno de las más importantes defensores es CHADD, "Children and adults with attention deficit hyperactivity disorders", es una ONG financiada en un 22 - 25 % por empresas que producen drogas para tratar esta entidad⁵⁶.

La perspectivas en un futuro inmediato no son alentadoras, si la tendencia al aumento de consumo de drogas aumentó con la vigencia del DSM-IV (que tiene criterios bastante explícitos para el diagnóstico de ADHD), con el DSM-V, la prevalencia (y por consiguiente, la medicación) va a aumentar aún más⁵⁷. No hay duda de que las drogas tienen un efecto de modificación de la conducta sobre los niños con este síndrome; un meta-análisis llevado a cabo en 2009 lo demuestra⁵⁸, pero eso no es prueba de que el síndrome no esté notablemente sobre - diagnosticado y sobre-medicado.

DISCUSION

Las cinco entidades comentadas no son los únicos ejemplos pasibles de un análisis crítico, hay otras: el síndrome de piernas inquietas⁵⁹, la fobia social⁶⁰, el trastorno de deficiencia motivacional⁶¹, el síndrome de oposición desafiante⁶², el colon irritable³, etc.

Lynn Payer^{5,63} y otros⁶⁴ han resumido los tipos de maniobras que se ejercen para aumentar la venta de enfermedades y su tratamiento:

- Tomar un aspecto normal y dar a entender que hay algo malo con ella, y que debería tratarse (por ejemplo, la calvicie).
- Presentar un factor o condición de riesgo (p.ej. el colesterol) como una enfermedad.
- Bajar el umbral de los criterios diagnósticos (por ejemplo, el síndrome bipolar).
- Estimular usos no comprobados de las drogas, por ejemplo: indicación de drogas "preventivas" del síndrome bipolar.
- Exagerar los beneficios y posibilidades de la prevención.
- Seleccionar el uso de las estadísticas para exagerar las prevalencias y los beneficios de un tratamiento (por ejemplo la disfunción eréctil).
- Promocionar la ansiedad o el miedo de personas sanas a enfermarse en el futuro.
- Tomar un síntoma común que puede significar cualquier cosa, y presentarlo como si fuese un

síntoma de una enfermedad seria. Por ejemplo, tener días buenos (en los que uno anda contento) y días malos, en los que uno anda triste, y diagnosticar síndrome bipolar.

- Aumentar la preocupación sobre futuras enfermedades en poblaciones sanas. Ejemplo: la caída fisiológica de la densidad ósea con la edad en las mujeres.
- Promocionar tratamientos agresivos con medicamentos para síntomas o enfermedades leves (por ejemplo el colon irritable).
- Introducción de nuevos diagnósticos cuestionables, que sean difíciles de distinguir de la vida normal: por ejemplo, el síndrome de desobediencia desafiante en niños.

Inspirada en la ley de Hart del "cuidado inverso de la salud" (tienen mejor atención quienes menos la necesitan), se ha creado también la ley del "beneficio inverso", que dice que "el cociente de beneficio / perjuicio entre pacientes que toman nuevas drogas, es inversamente proporcional a la extensión con que la droga es promovidas en el mercado"⁶⁵. Las empresas farmacéuticas tienen una responsabilidad fundamental en esta tendencia. Se financian reuniones científicas, se financian viajes costosos a personalidades médicas notables, y se hacen campañas de promoción⁶⁶⁻⁶⁷.

Pero los laboratorios no están solos; hay muchos sectores de la sociedad que también son responsables.

Los médicos, al ser parte de la sociedad, también estamos sometidos a estos condicionamientos, y podemos contribuir a la instalación de la atención de salud como una mercancía. Siempre hemos estado comprometidos con la gravedad y posibles complicaciones de las enfermedades que tratamos; pero no nos resulta fácil discriminar el aluvión de información científica que hoy en día se recibe. Hay profesionales cuya principal fuente de información es la recibida de las compañías farmacéuticas. En EEUU el 80% de los médicos utiliza en su práctica clínica semanal o mensualmente información de las compañías farmacéuticas⁶⁸. También contribuimos a la tendencia mercantilista cuando aceptamos regalos, viajes y estadías en hoteles para asistir a reuniones científicas, congresos, etc.

Las revistas médicas también están involucradas. Muchas de ellas contienen propaganda de laboratorios farmacéuticos, que ayudan a financiar su existencia⁶⁹.

La participación comunitaria es bastante importante. Cuando aparecen ONGs de pacientes que padecen el problema, en defensa del tratamiento de una enfermedad, las compañías apoyan estas organizaciones⁷⁰⁻⁷¹. En EEUU está a la venta al público un collar que llaman "amuleto de vida" entre adolescentes, cuyos beneficios irían a parar a la prevención del cáncer de la Prevention Cancer

Foundation cuyo patrocinador principal es un laboratorio que produce una vacuna tetravalente frente al virus del papiloma humano (VPH)⁷⁰⁻⁷¹.

La sociedad tampoco es inocente. En la cultura postmoderna y narcisista en que vivimos⁷², estamos bombardeados con mensajes exitistas, de idolatrización de la belleza física, la juventud y el rendimiento. La sociedad quiere resultados rápidos y visibles, bienestar asegurado, si hay que tomar drogas, se tomarán. Esta tendencia es armónica con la creencia de que la juventud no es una etapa de la vida, sino una meta a alcanzar. Conrad decía que cuando un problema visto previamente como no-médico es re-definido como una enfermedad, la gente no-médica, a menudo contribuye grandemente a la diseminación de esta nueva "enfermedad"⁷³.

Pero más allá de los aspectos económicos hay otros a tener en cuenta. Pareciera que la vida entera se está "medicalizando"⁷³⁻⁷⁴, y esto se evidencia cuando una persona saludable consulta a un cardiólogo antes de jugar un partido de fútbol con los amigos, un profesor de gimnasia del colegio pide un electrocardiograma a todos los alumnos, (sin hacerse responsable ni del costo ni de los informes), una psicopedagoga pide un electroencefalograma a los alumnos, una persona sana transforma una cena en un excelente restaurante, en una simple tarea de selección del plato con bajo contenido en colesterol.

¿Qué puede hacerse?

Muchas cosas. En primer lugar, promover la responsabilidad empresarial de los laboratorios. Hay signos claros de esta tendencia. La Union Europea hace años ha producido un "Código Europeo de Buenas Prácticas", y hay empresas que progresivamente adhieren a ella, por ejemplo, Farminustria, en España, incorporó dicho Código⁷⁵.

Por otro lado, es necesario promover una mayor concientización los médicos, los académicos, los líderes profesionales y comunitarios, organizaciones defensoras de los pacientes, todas ellas deben estar al tanto de estas tendencias. Las ONGs, organismos públicos, y también profesionales que se dedican a ética médica, comités hospitalarios de ética, y de docencia e investigación, profesores de las universidades, que forman parte de los vehículos en la cadena de distribución de información, todos ellos deberían desarrollar actividades de concientización, análisis y decodificación de las estrategias de mercado y búsqueda de propuestas.

Ha habido movimientos en esta dirección: la legislación en algunos países y de la OMS sobre venta y propaganda de fármacos orientada a la protección de los pacientes y la comercialización de productos farmacéuticos⁷⁶.

En el ámbito médico, tenemos muchas revistas científicas, entre ellas PLoS Medicine, publicada en

Internet e incorporada al Index Medicus), contiene muchos artículos sobre el tema que nos ocupa, e incluso ha publicado números enteros sobre el tema de la venta de enfermedades, como hizo por ejemplo en Abril 2006, en ocasión de la celebración en Newcastle, Australia, de un congreso sobre la Venta de enfermedades⁷⁷⁻⁷⁹. Sus artículos están sujetos a revisión por pares (peer review), tiene un Consejo Consejo Asesor compuesto por científicos, del Centro Cochrane del Reino Unido, y de universidades de prestigio internacional. www.plosmedicine.org.

Hay iniciativas médicas destinadas a basar exclusivamente la información en fuentes científicas y no en la recibida de los laboratorios; una de ellas tiene el expresivo nombre de: "No free lunch" "no a los almuerzos gratis"⁸⁰. La recepción de regalos por parte de los laboratorios es algo que se viene cuestionando desde hace ya mucho tiempo⁸¹.

Los estudiantes de medicina también deberían ser incorporados a estas tareas de concientización⁸².

Los maestros tendrían que tener instituciones independientes a las cuales comunicar sus observaciones sobre medicación en niños, tales como el Australia's Adverse Drugs Reaction Advisory Committee⁸³. Ellos podrían contribuir a documentar el desempeño de niños con ADHD, participando en actividades formales de análisis de datos en las diversas regiones del país y en otros aspectos de la conducta de niños con ADHD, con registro de información estandarizada en todas las escuelas. Los maestros deberían aprender a de-codificar las estrategias de la industria farmacéutica porque son y seguirán siendo blanco de programas de "información" sobre problemas de salud en escolares^{58,63}.

Con respecto a la comunidad, la inclusión de pacientes en la cadena de distribución cambia su rol de receptores pasivos de medicamentos a consumidores activos⁸⁴.

Todas estas acciones podrán seguramente, disminuir el fenómeno contemporáneo de transformar a todos los ciudadanos en consumidores (algo ya instalado) y ahora, a transformarnos en pacientes^{3,85-87}.

Ayudemos a la gente a vivir con menos miedo. Hagamos prevención cuaternaria, que consiste en prevenir problemas de salud debido a intervenciones médicas innecesarias o excesivas⁸⁸, busquemos la sensatez en la medicina⁸⁹. Esto va a prevenir muchos infortunios producidos por la práctica de la medicina. Ayudar a la gente a recibir un tratamiento es bueno, ayudarlos a sentirse enfermos no.

Agradecimientos

A los Dres. Fernando Matera y Juan Carlos O'Donnell que, con su visión comprehensiva del mundo me ayudaron a comprender mejor las complejidades de la medicina.

REFERENCIAS

1. Cassels, A. The ABCs of Disease Mongering: an epidemic in 26 letters. Victoria, British Columbia, Canada: EmDash Publishing. USA. 1970.
2. Moynihan R, Heath I, Henry D. " Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering ". British Medical Journal 324, 886-891, 2002.
3. Moynihan R, Cassels A. Selling sickness. How the worlds biggest pharmaceutical companies are turning us all into patients. New York: Nation Books, 2005.
4. Moynihan R. David H. The fight against disease mongering, generating knowledge for action. PLoS Medicine. 3e191 doi610.1371.2006.
5. Payer L. "Disease - mongers: how doctors, drug companies, and insurers are making you feel sick" Wiley, USA, 1994.
6. Hickman B. Men wise to bald truth. Australian 1998, May 21. P4. N
7. Faulkner RA, Bailey DA, Drinkwater DT, Wilkinson AA, Houston CS M c Kay HA. Regional and total body bone mineral content, bone mineral density, and total body tissue Composition in Children 8-16 Years of Age. Calcified Tissue International 53 (1) 7-12, 1993.
8. Warming L, Hassanger C, Christiansen C. Changes in bone mineral density with age in men and women: a longitudinal study. Osteoporosis 13, 105-112, 2000.
9. Cummings SR, Black M, Thompson DE, Applegate WB. Effect of alendronate on risk of fracture in women with low bone density but without vertebral fractures: results from the fracture intervention trial. JAMA. 280:2077-2082, 1998.
10. Lejarraga H. La pesquisa de problemas de desarrollo. En: Lejarraga H. Desarrollo del niño en contexto. Cap. 13, 463-476. Paidós, Buenos Aires. 2004.
11. Snedecor and Cochran. Statistical methods in biological assays. Iowa State University Press. USA. 1971.
12. Marshall D, Johnell O, Wedel H. Meta-analysis of how well measures of bone mineral density predict occurrence of osteoporotic fractures British Medical Journal 312:1254, 1996.
13. Green C, Bassett K, Foerster V, Kazanjian A. Bone mineral density testing: does the evidence support its selective use in well women?. Vancouver, BC: British Columbia Office of Health Technology Assessment; 1997.
14. Wade JP. Rheumatology: Osteoporosis. CMAJ. 2001;165:45-50.
15. Black DM, Cummings SR, Karpf DB, Cauley JA, Thompson DE, Nevitt MC, et al. Randomised trial of effect of alendronate on risk of fracture in women with existing vertebral fractures. Lancet. 1996;348:1535-1541.
16. Meyer V. Health care for women international. Medicalize menopause, US stile. En: Health Care for Women International, Vol. 24, N° 9, 822- 830, 2003.
17. Advertisement Sydney Morning Herald. 2000. 21 Oct:76-7. (Good Weekend supplement.)
18. Chew K, Earle C, Stuckey B, Jamrozik K, Keogh E. Erectile dysfunction in general medicine practice: prevalence and clinical correlates. Int J Impotence Res. 2000;12:41-45.
19. Pinnock C, Stapleton A, Marshall V. Erectile dysfunction in the community: a prevalence study. Med J Aust. 1999;171:353-357.
20. Department of Health and Human Services, (1995) NDA 20-320: Depakote. Proceedings of the 44th Psychopharmacologic Drugs Advisory Committee Meeting. Washington (D. C.) 6, February 1995.
21. Delate T, Simmons VA, Motheral BR (2004) Patterns of use of sildenafil among commercially insured adults in the United States: 1998-2002. Internal Journal of Impotence Research 2004; 16: 313-318.
22. Tiefer L Female sexual dysfunction: A case study of disease mongering and activist resistance. PLoS Med April, 3 (4); 2006.
23. Burls A, Clark W, Gold L, Simpson S. Sildenafil—An oral drug for the treatment of male erectile dysfunction. Report number 12. Only 60 % of cases the medicine is successful. Birmingham (United Kingdom): West Midlands Health Technology Assessment Collaboration, Department of Public Health and Epidemiology, University of Birmingham. 94 p, 1998.
24. Healy D. The latest mania: selling bipolar disorders. PLoS Medicine 2006; 3 (4)-e185. doi:10.1371/journal.p.med.0030185g001
25. DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Masson SA. Barcelona; 1996.
26. Ghaemi SN, Lenox MS, Baldessarini RJ. Effectiveness and safety of long-term antidepressant treatment in bipolar disorder. J Clin Psychiatry 2001; 62: 565-569.
27. Harris M, Chandran S, Chakraborty N, Healy D. The impact of mood stabilizers on bipolar disorder: the 1890s and 1990s compared. Hist Psychiatry 2005; 16: 423-434.
28. Angst J. The emerging epidemiology of hypomania and bipolar II disorder. J Affective Disorders 1998; 50: 163-173.
29. National Advisory Mental Health Council (1993) Health care reforms for Americans with severe mental illnesses. Am J Psychiatry 150: 1447-1465.16. Citado en ref. 24.
30. Rendell JM, Gijsman HJ, Keck P, Goodwin GM, Geddes JR. Olanzapine alone or in combination for acute mania. Cochrane database Sys Rev 3: CV004040; 2003.
31. Post RM, Weiss SRB. Kindling and manic-depressive illness. Bowling TG, Trimble MR, editors. London: Wiley. pp. 209-230; 1989.
32. Tohen M, Calabrese JR, Sachs G, Banov MD, Detke HC, et al. Randomized, placebo controlled trial of olanzapine as maintenance therapy in patients with bipolar I disorder responding to acute treatment with olanzapine. Am J Psychiatry 2006; 163: 247-256.
33. Manic-Depressive Fellowship. 2004. Staying well...with bipolar disorder. Relapse prevention booklet London: produced in association with the manic-depressive fellowship sponsored by Eli Lilly and Company. 17. 2004.
34. De Hert M, Thys E, Magiels G, Wyckaert S. 2005. Anything or nothing. Señal guide for people with bipolar disorders 35. Commentary by P. Grof. Antwerp Uitverij Houtekiet. Citado por ref. 24.
35. Joukamaa M, Heliovaara M, Knekt P, Aromaa A, Raitasalo R, et al. Schizophrenia, neuroleptic medication and mortality. Br J Psychiatry 2006; 188: 122-127.
36. Osby U, Correia N, Brandt L, et al. Mortality and causes of death in schizophrenia in Stockholm County, Sweden. Schizophrenia Research 2001; 45:21-28.
37. Mortensen PB. The epidemiology of schizophrenia. In: Murray R, Jones P, Susser E, editors. Mortality and physical illness in schizophrenia. Cambridge: Cambridge University Press. pp. 275-287; 2003.
38. Osby U, Correia N, Brandt L, et al. (2001) Mortality and causes of death in schizophrenia in Stockholm County, Sweden. Schizophrenia Research 45:21-28.
39. Healy D. Shaping the intimate. Influences on the experience of everyday nerves. Soc. Stud. Sci 2004; 34: 219-245.
40. Papolos D, Papolos J (2000) The bipolar child. New York: Random House. 416 p; 2000.
41. Bauchner H. ADHD: A new practice guideline from the American Academy of Pediatrics. Attention deficit hyperactive disorder. Archives of Disease in Childhood 2000; 83 (1):63-69.
42. Biederman J, Faraone SV. Attention-deficit hyperactivity disorder. Lancet 2005; 366:237-248.
43. Polanczyk G, Silva de Lima M, Lessa Horta B, Biederman J, Rohde LA. The Worldwide Prevalence of ADHD: A Systematic Review and Meta-regression Analysis. The American Journal of Psychiatry 2007; 164, 942-948.
44. Breggin PR. The Ritalin fact book. What your doctor won't tell you about ADGD and stimulant drugs. Cambridge (Massachusetts); Perseus Publishing, 208; 2002.
45. Morell Sixto ME, Martínez González C, Quintana Gómez JL 2009. Disease mongering, el lucrativo negocio de la promoción de enfermedades. Rev Pediatr Aten Primaria 2009; 11: 43-
46. Tizón García JL. El niño hiperactivo y su síndrome ¿ mito, realidad, medicación ? FMC. 2006; 13:1-4.
47. Lejarraga A. La construcción social de la enfermedad. Archivos Argentinos de Pediatría, 2004, 102:271-276.
48. Ghodse H. Dramatic increase in methylphenidate consumption. Curr Opin Psytr. 1999;12:265-8.
49. Chien IC, Lin CH, Chou YJ, Chou P. [Epub ahead of print]. Prevalence, incidence, and stimulant use of attention-deficit hyperactivity disorder in Taiwan, 1996-2005: a national population-based study. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. April 4. Taoyuan Mental Hospital, Department of Health, No. 71, Longshou Street, Taoyuan City, 33058, Taoyuan County, Taiwan, icchien@typc.doh.gov.tw. 2012.
50. Safer DJ, Zito JM, Fine EM. Increased methylphenidate usage for attention deficit disorder in the 1990s. Pediatrics 1996; 98: 1084-1088).
51. Miller W, Niller A, Lee SK, Raina P, Klassem A, Zupanec J. et al. Review of therapies for attention /hyperactivity disorder Ottawa: Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment. Available: <http://deficit disorder in th 1990s. Pediatrics 1998; 98: 1084-1088>.
52. Salmelainen P. Trends on the prescribing of stimulant medication for the treatment of attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents in New South Wales. NSW Public Health Bulletin 13, Suppl. S 2002.
53. Lasa Zulueta A. Hiperactividad y trastornos de la personalidad. Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente 2001; 3132:5-811, 1-65.

54. Center for Disease Control and Prevention. Mental Health in the United States: prevalence of diagnosis and treatment for attention-deficit/hyperactivity disorder. United States, MMWR. 2005;54:842-7.
55. Conners CK. Manual for the Conners' Rating Scales—Revised. North Tonawanda (New York): Multi-Health Systems. USA, 1997.
56. Bauchner H. 2000 Jul;83(1):63. ADHD: A new practice guideline from the American Academy of Pediatrics. Attention deficit hyperactive disorder. Arch Dis Child.
57. Batstra L, Frances A. Source. DSM-5 Further inflates attention deficit hyperactivity disorder. *Department of Special Needs Education and Child Care, University of Groningen, Groningen, the Netherlands; and Department of Psychiatry, Duke University Medical Center, 2010. Durham, NC.
58. Fabbiano GA, Pelham WE Jr, Coles EK, Gnagy EM, Chronis-Tusciano A, O'Connor BC. A meta-analysis of behavioral treatments for attention deficit/hyperactivity disorder. Clin Psychol Rev. 2009; 29:129-40.
59. Wolohsin S, Schwartz LM. Giving legs to restless legs: a case study of how the media helps make people sick. PLoS Medicine 2006; 3 (4) 70. doi:10.137. Pubmed 30170.
60. Stein MB. How shy is too shy? The Lancet, 1996, 347, 1131-1132.
61. Moynihan R. "Scientists find new disease: motivational deficiency disorder." B M Journal 2006; 332: p. 745. doi:10.1136/bmj.332.7544.745-a.
62. Rigau-Ratera E, García-Nonell C, Artigas-Pallarés. Tratamiento del trastorno de oposición desafiante. Rev Neurol 2006;42:S83-88A
63. Payer, Lynn. Disease-Mongers. New York: John Wiley. ISBN 0-471-00737-4, 1992.
64. Andresik D. El arte de fabricar enfermedades. <http://fmv-uba-arg/antropologia> Vol 2, N° 2 2009/andresik.pdf. Visitado 208/10/2012, 2009.
65. Brody H, Light DW. The inverse benefit law: how drug marketing undermines patient safety and public health. Am J Public Health. 2011; 101: 399-404.
66. Shankar PR, Subish P. Disease mongering. Singapore Med J. 2007;48:275-280.
67. Collier J, Iheanacho I. The pharmaceutical industry as an informant. Lancet. 2002;360:1405-
68. Smith R. Medical Journals Are an Extension of the Marketing Arm of Pharmaceutical Companies. PLoS Med 2005; 2(5): e138. doi:10.1371/journal.pmed.0020138, 2005.
69. Caudill TS, Johnson MS; Rich EC, McKinney WP (1996) Physicians, pharmaceutical sales representatives, and the cost of prescribing. Arch Fam Med 5: 201-206.
70. Funding patient groups. Lancet 2006; 368: 2 (ningún autor citado).
71. Baos Vicente V. La publicidad humanitaria: vacuna VPH, colchones. Blog El Supositorio [Internet]. Madrid [consultado el 03/03/2009]. Disponible en <http://vicentebaos.blogspot.com/2008/08/la-publicidad-humanitaria-vacuna-vph.html> [actualizado el 29/08/2008].
72. Lejarraga H. La subjetividad del niño en la postmodernidad. Archivos Argentinos de Pediatría, 2012. 110:318-332.
73. Conrad P. 2007. The medicalization of society: on the transformation of Human Conditions into treatable disorders. Baltimore: Johns Hopkins University Press. USA.
74. Illich I. The limits of medicine. Penguin, London, 1976.
75. Unidad de supervisión deontológica de la industria farmacéutica. Código español de buenas prácticas para la promoción de los medicamentos. Claves útiles para los profesionales sanitarios [Internet]. Madrid: Farmaindustria; 2005 [consultado el 15/12/2008]. Disponible en www.farmaindustria.es/idc/groups/public/documents/c%3%B3digodocumento/farma_42142.pdf
76. De Vries TP, Henning RH, Hogerzeil HV, Fresle DA. Guide to good prescribing. WHO Action Programme on Essential Drugs [Internet]. Geneva: World Health Organization; 1994 [consultado el 04/12/2008]. Disponible en http://whqlibdoc.who.int/hq/1994/WHO_DAP_94.11.pdf [Links
77. The Inaugural Conference on Disease Mongering was held between April 11-13, 2006 in Newcastle, Australia. PLoS Medicine, Published: May 17, 2005
78. Moynihan R, Henry D (eds).. "A Collection of Articles on Disease Mongering.". PLoS medicine, 2006.. Retrieved 2007-06-12.
79. PLoS Medicine. April 2006 | Volume 3 | Issue 4 | e191 Download: Complete Collection (4 MB PDF). Image Credit: Illustration by Giovanni Maki.
80. No free lunch [Internet]. New York City: Goodman R [consultado el 10/10/2008]. Disponible en www.nofreelunch.org/
81. (Margolis LH. The ethics of accepting gifts from pharmaceutical companies. Pediatrics 88, (6), 1233- 1237).
82. Breville B. 2012. La explosión de los gordos. La obesidad, malñ global y grave problema social. Le monde Diplomatique. ed.159 de Buneos Aires. Sept, pp 38-40.
83. Wolinsky H. Disease mongering and drug marketing. EMBO Rep. 2005;6:612-4 [consultado el 23/03/2009]. Disponible en www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1369125
84. Rating Scales—Revised. North Tonawanda (New York): Multi-Health Systems. T Shire Pharmaceutical Group (2005) ADHD support. Available: <http://www.adhdsupportcompany.com>. Accessed 23 December 2005.
85. "At a consumer level", Health Action International (<http://www.haiweb.org>) Medicine Goes to School: Teachers as Sickness Brokers for ADHD
86. (Moynihan R, Cassels A (2005) Selling sickness: How the worlds biggest pharmaceutical companies are turning us all into patients. New York: Nation Books. 254 p.
87. Payer L (1992) Disease-mongers: How doctors, drug companies, and insurers are making you feel sick. New York: Wiley and Sons. 292 p
88. Gervás J. La prevención cuaternaria. OMS informa. 2004. 95, 8.
89. Agrest A. 2011. En busca de la sensatez en medicina. Ediciones de la Flor. Buenos Aires, 2011.