

Medicamentos que nos enferman

e industrias
farmacéuticas
que nos convierten
en pacientes

El
gran
engaño

Ray Moynihan
Alan Cassels

Best Seller
Mundial

PDF editado
por HAL9002

Contrapunto

Medicamentos que nos enferman

e industrias farmacéuticas que nos convierten en pacientes

Ray Moynihan y Alan Cassels

Hace treinta años Henry Gadsden, director entonces de la compañía farmacéutica Merck, hizo unos comentarios sorprendentes y en cierto modo candorosos a la revista *Fortune*. Dijo que su sueño era producir medicamentos para las personas sanas y así vender a todo el mundo. Aquel sueño se ha convertido en el motor de una imparable maquinaria comercial manejada por las industrias más rentables del planeta.

Las compañías farmacéuticas, mediante su enorme influencia sobre la ciencia médica, utilizan publicitariamente el miedo para redefinir y ampliar el concepto de enfermedad y de este modo expandir la venta de los medicamentos que fabrican con la ayuda de médicos y asociaciones de pacientes patrocinados por ellas.

Con una contundente claridad, *Medicamentos que nos enferman* revela cómo se transforman en enfermedades estados de la vida cotidiana no necesariamente patológicos: los cambios de humor, la menopausia, la timidez, la presión alta, la osteoporosis, etc.

El resultado es una gigantesca expansión de un mercado que genera enormes beneficios a partir del viejo sueño de convertir a personas sanas en pacientes que consumen fármacos sin necesidad.

Ray Moynihan es un apreciado escritor y periodista australiano especializado en temas relacionados con la salud. Colabora asiduamente con el *British Medical Journal*, *The Lancet*, la *Australian Financial Review* y muchas otras publicaciones.

Alan Cassels es un investigador y escritor canadiense que ha centrado su trabajo en el estudio de las políticas farmacéuticas.

Edición original

Selling sickness. How drug companies are turning us all into patients

© 2005 Ray Moynihan y Alan Cassels

Edición española

Primera edición: junio de 2006

© de esta edición: Terapias Verdes, S. L.

Aragón, 259, 08007 Barcelona

Traducción: Helga Montagut

Diseño de la cubierta: Toni Miserachs

Fotocomposición: Víctor Igual, S. L.

Peu de la Creu, 5-9, 08001 Barcelona

Impresión: Gráficas 94, S. L.

Polígono Can Casablanques,

calle Garrotxa, nave 5

08192 Sant Quirze del Vallès

Depósito legal: B-24.433-2006

ISBN: 84-96194-88-4

Edición PDF: HAL9002

Para Marian, Lynda, Morgan y Chase

Índice de contenidos

PRÓLOGO	7
CAPÍTULO 1.....	13
CAPÍTULO 2.....	25
CAPÍTULO 3.....	36
CAPÍTULO 4.....	47
CAPÍTULO 5.....	59
CAPÍTULO 6.....	68
CAPÍTULO 7.....	79
CAPÍTULO 8.....	90
CAPÍTULO 9.....	99
CAPÍTULO 10.....	110
EPÍLOGO	121
NOTAS	124
SIGLAS	158
AGRADECIMIENTOS	159

PRÓLOGO

Enfermedades en venta

Hace treinta años, el responsable de una de las compañías farmacéuticas más conocidas hizo unos comentarios muy francos. Cerca ya de su jubilación en ese entonces, el agresivo director ejecutivo de Merck, Henry Gadsden, declaró a la revista *Fortune* que le disgustaba que los mercados potenciales de la compañía se hubieran limitado a personas enfermas. Sugirió que hubiera preferido que Merck se asemejara al fabricante de chicles Wringley's, y afirmó que durante mucho tiempo había soñado con fabricar medicamentos para gente sana, ya que, de ese modo, Merck habría podido «vender a todo el mundo».¹ Después de tres décadas, el sueño de Gadsden se ha hecho realidad.

Las estrategias de marketing de las compañías farmacéuticas más grandes del mundo se dirigen actualmente a los sanos y los ricos. Los altibajos de la vida diaria han derivado en trastornos mentales, las quejas más comunes se han transformado en condiciones alarmantes, y cada vez más gente normal se convierte en paciente. Con campañas publicitarias que sacan provecho de nuestros más profundos miedos a la muerte, al deterioro y a la enfermedad, la industria farmacéutica, con 500.000 millones de dólares, está literalmente cambiando lo que significa ser *humano*. Premiados legítimamente por salvar vidas y aliviar el sufrimiento, los gigantes farmacológicos ya no se conforman con vender medicamentos únicamente a los enfermos. Tal y como saben en Wall Street, hay mucho dinero que ganar con tan solo decir a los sanos que están enfermos.

En una época en que muchos de nosotros tenemos unas vidas más longevas, más sanas y más vitales que nuestros ancestros, la saturación de publicidad y las campañas facilonas de «concienciación» transforman la preocupación por la salud en la preocupación por la enfermedad.² Los problemas triviales se venden como graves enfermedades, de modo que la timidez se convierte en fobia social y una tensión premenstrual, en un trastorno mental denominado trastorno disfórico premenstrual. Los problemas sexuales normales se ven como disfunciones sexuales, el cambio natural de la vida es una enfermedad de deficiencia hormonal llamada menopausia, y los empleados de oficina distraídos ahora sufren un trastorno por déficit de atención. El mero hecho de «correr el riesgo» de enfermar ya se ha convertido en una «enfermedad», de modo que las mujeres sanas de mediana edad sufren hoy una silenciosa enfermedad ósea denominada osteoporosis, y los hombres maduros en buena forma, una afección crónica llamada colesterol alto.

Como ocurre con muchos problemas de salud, existe gente en el extremo del espectro que sufre una enfermedad real, o con un alto índice para que así sea, y que se beneficia de una definición médica y de una eficaz medicación. Sin embargo, para la gente relativamente sana esparcida en el resto del espectro, una definición y un medicamento pueden suponer claras desventajas, costes importantes, y un riesgo real de padecer posibles efectos secundarios mortales. Este vasto terreno se ha convertido en el nuevo mercado mundial de pacientes potenciales —decenas de millones de personas—, objetivo clave para los presupuestos promocionales de la multimillonaria industria farmacéutica.

El epicentro de esta venta es, por descontado, Estados Unidos, hogar de muchas de las compañías farmacéuticas más grandes del mundo y escenario de la mayoría de las acciones descritas en este libro.

Con menos del 5 por ciento de la población mundial, Estados Unidos ya es artífice de casi el 50 por ciento de todo el mercado de prescripciones médicas.³ Por otro lado, el gasto en este país sigue creciendo a un ritmo más acelerado que en cualquier otro lugar, con un aumento de casi el cien por cien en tan sólo seis años, no sólo por el excesivo aumento del precio de los fármacos, sino porque los médicos cada vez recetan más medicamentos.⁴

Las recetas para las categorías más conocidas, como los fármacos para el corazón o los antidepresivos, se han disparado de forma astronómica en Estados Unidos, doblando en menos de dos años las cantidades invertidas en estos fármacos.⁵ En muchos otros países la tendencia también está en alza. Los jóvenes australianos consumieron diez veces más de antidepresivos en 2000 que en 1990.⁶ En Canadá, el consumo de los nuevos fármacos para reducir el nivel de colesterol subió a un asombroso 300 por ciento durante un periodo de tiempo similar.⁷ Muchas de estas prescripciones mejoraron la calidad de vida o la alargaron, pero hay un creciente sentimiento que demuestra que demasiados de estos medicamentos se recetan bajo las malsanas influencias de un mercado engañoso, en lugar de hacerse por causas de necesidad real. Y esas estrategias de marketing, como las que aplican las compañías farmacéuticas, son realmente mundiales hoy en día.

Desde su despacho de Manhattan, en Nueva York, Vince Parry representa la vanguardia de este marketing mundial. Experto en publicidad, Parry está especializado en la forma más sofisticada de venta de fármacos: trabaja codo a codo con compañías farmacéuticas para crear nuevas enfermedades. En un sorprendente artículo titulado «El arte de fabricar una enfermedad», Parry reveló recientemente la implicación de las compañías farmacéuticas a la hora de alimentar la creación de dolencias médicas.⁸ A veces, una dolencia poco conocida recibe una atención renovada. Otras veces, una enfermedad conocida se redefine o renombra y, otras veces, se crea todo una nueva afección. Los preferidos de Parry son los trastornos eréctiles, el trastorno por déficit de atención en los adultos, y el síndrome disfórico premenstrual, un trastorno tan controvertido que incluso algunos investigadores afirman su inexistencia.

Con rara franqueza, Parry explicó cómo las compañías farmacéuticas toman el mando, no sólo con la marca de sus exitosas pastillas como Prozac o Viagra, sino también en la promoción de las afecciones que generan mercado para dichas pastillas. Bajo el liderazgo de los operadores de mercado del sector farmacéutico, los gurús de la Avenida Madison de Nueva York, como Parry, se reúnen con expertos médicos para «crear nuevas ideas sobre enfermedades y afecciones».⁹ Comenta que el objetivo es ofrecer a los clientes de las compañías farmacéuticas de todo el mundo «una nueva manera de pensar sobre las cosas».¹⁰ El propósito es siempre el de establecer un vínculo entre la afección y su medicación, a fin de maximizar sus ventas.

La idea de que las compañías farmacéuticas promocionan la creación de nuevas enfermedades puede sonarnos extraño a muchos de nosotros, pero es un hecho muy familiar para los que se mueven en esta industria.

Un informe reciente de la empresa de estudios de mercado Reuters Business Insight, diseñado para ejecutivos de empresas farmacéuticas, argumentaba que la habilidad de «crear nuevos mercados de enfermedades» está generando incalculables millones en la vertiginosa venta de fármacos.¹¹ Una de las principales estrategias de venta, según el informe, consiste en cambiar el modo en que las personas perciben sus dolencias más comunes, transformar los «procesos naturales» en afecciones médicas. La gente debe «convencerse» de que los problemas que posiblemente hayan aceptado previamente como simples molestias —como la

calvicie, las arrugas o los problemas sexuales— ahora se consideran «merecedores de intervención médica».¹² Mientras celebra el desarrollo de emergentes y rentables mercados de enfermedades como la disfunción sexual femenina, el tono del informe es optimista frente al futuro económico de la industria farmacéutica. «Los años venideros serán testigos de la creciente creación de enfermedades, apoyada por las empresas.»¹³

La influencia malsana de la industria farmacéutica se ha convertido en un escándalo a escala mundial. Básicamente, esta influencia está distorsionando la ciencia médica, corrompiendo el modo en que se practica la medicina y corroyendo la confianza pública en sus médicos.¹⁴

La ocultación de estudios desfavorables sobre los niños y los antidepresivos, los peligros de los fármacos contra la artritis y las investigaciones sobre los presuntos sobornos a médicos italianos y norteamericanos son sólo la última novedad de una sarta de bochornosos eventos.¹⁵ La explosión de gastos en medicamentos ha favorecido el incremento de dos cifras en los costes de las primas de los seguros médicos, avivando la rabia ya generalizada contra la industria, sobre todo en Estados Unidos. Como consecuencia, muchos médicos, científicos, defensores de la salud, políticos y editores de publicaciones médicas se están moviendo para intentar que retroceda la influencia de la industria sobre la investigación científica y en los hábitos de prescripción de los médicos.¹⁶ Ha llegado el momento de entender el modo en que esta influencia está contaminando las propias definiciones de enfermedad.

De hecho, los responsables de marketing no se sientan para redactar las normas de diagnóstico de una enfermedad pero sí financian a aquéllos que lo hacen. Hoy en día, la industria patrocina de forma continuada reuniones importantes de médicos donde se debate y actualiza la definición de las enfermedades. En algunos casos, como veremos más adelante, los expertos médicos que redactan las normas cobran a su vez sumas procedentes de los fabricantes farmacéuticos, quienes esperan cobrar miles de millones, en función de cómo se redacten esas normas. Muchos de los especialistas expertos en decidir si nuestros problemas sexuales deben o no ser considerados como trastornos sexuales, si nuestros dolores de estómago deben o no diagnosticarse como afecciones médicas, o si nuestros riesgos diarios deben o no tacharse de enfermedades mortales, están en nómina en las empresas que desean vendernos medicamentos. El dinero no necesariamente compra dicha influencia, pero, a los ojos de muchos observadores, los médicos y las compañías farmacéuticas sencillamente han intimidado demasiado.

Existe una gran incertidumbre a la hora de trazar la línea que separa la salud de la enfermedad en el caso de muchas dolencias. Los límites que separan lo «normal» de lo «anómalo» son a menudo muy elásticos. Éstos difieren abismalmente de un país a otro y varían con el tiempo. Es evidente que cuanto más extensos son los límites que definen una enfermedad, más amplio es el abanico de pacientes potenciales, y mayor el mercado de quienes fabrican los medicamentos. Los expertos que hoy trazan estos límites lo hacen con demasiada frecuencia empuñando la pluma de las compañías farmacéuticas, y los dibujan cada vez más amplios siempre que se reúnen.

Según estos expertos, el 90 por ciento de los ancianos estadounidenses sufrirá una dolencia denominada hipertensión, casi la mitad de las mujeres estarán aquejadas de un trastorno sexual llamado disfunción sexual femenina y más de 40 millones de americanos deberían consumir fármacos para reducir su nivel de colesterol.¹⁷ Con la pequeña ayuda de algún medio de comunicación sediento de titulares, lo último en enfermedades se anuncia rutinariamente como algo muy extendido, grave y, por encima de todo, curable con fármacos. Las vías alternativas para entender o tratar los problemas de salud y las bajas estimaciones del número de las personas afectadas se erradican frecuentemente con el frenesí promocional de una compañía farmacéutica.

Mientras las fronteras que definen la enfermedad se amplían todo lo posible, las causas de estas presuntas epidemias se dibujan de la forma más reducida posible. En el mundo del marketing farmacológico, un grave problema público de salud, como las enfermedades cardíacas, a menudo puede quedar relegado a la atención pormenorizada de los niveles de colesterol de una persona o de su tensión. La prevención de fracturas de cadera en personas de edad se convierte en una pequeña obsesión por el valor de densidad ósea de mujeres de mediana edad sanas. Se considera que la angustia se debe al desequilibrio químico de serotonina en el cerebro, una explicación tan limitada como anticuada.

Como casi todo lo que ocurre en la asistencia médica actualmente, las ideas que tenemos sobre la enfermedad han sido moldeadas bajo la sombra de los gigantes farmacéuticos mundiales. El cada vez más restringido enfoque nos impide de forma creciente tener una imagen clara de la salud y la enfermedad, a menudo con grandes costes para el individuo y la comunidad.

Pongamos un sencillo ejemplo: si mejorar la salud humana fuera nuestro principal objetivo, algunos de los miles de millones invertidos actualmente en los costosos fármacos para reducir el nivel de colesterol de la gente sana serían mucho más rentables si se gastaran en campañas contra el tabaquismo, o para aumentar la actividad física y mejorar la alimentación.

Existen muchas y muy diversas estrategias promocionales para vender enfermedades, pero el factor común que las asemeja es el marketing del miedo. El miedo a sufrir ataques al corazón se utilizó para vender a las mujeres que la menopausia es una enfermedad que requiere una sustitución hormonal. El miedo a los suicidios entre los jóvenes se utiliza para vender a los padres la idea de que incluso las depresiones leves deben tratarse con medicación fuerte. El miedo a una muerte prematura se utiliza para vender el colesterol alto como algo que automáticamente requiere una receta médica. Irónicamente, sin embargo, los ultra promocionados medicamentos provocan a veces el mismo daño que supuestamente curan.

La terapia de sustitución hormonal a largo plazo incrementa los riesgos de ataques al corazón en las mujeres, y los antidepresivos parecen aumentar el riesgo de suicidio cuando se habla de gente joven. Al menos uno de los exitosos fármacos para reducir el nivel de colesterol ha sido retirado del mercado tras descubrirse su implicación como *causante* de muertes. En uno de los casos más espeluznantes, un fármaco comercializado para aliviar problemas intestinales comunes derivó en un estreñimiento tal para ciertas personas que éstas murieron sin más. De nuevo, en este caso, como en tantos otros, los organismos de control gubernamentales parecieron más interesados en proteger los intereses de las compañías farmacéuticas que los de la población.¹⁸

La industria farmacéutica y sus partidarios defienden sus campañas publicitarias alegando que se trata de acciones para una mayor concienciación acerca de enfermedades malinterpretadas y para suministrar información de calidad sobre los últimos fármacos.

Los responsables de las compañías hablan de dar poder a los consumidores con la publicidad. Se supone que los famosos a sueldo educan al público sobre los estados de salud mediante brillantes artículos en revista de papel couché y tertulias televisivas. No cabe duda de que se dan valiosos ejemplos de campañas subvencionadas por la industria para «desestigmatizar» un problema de salud o estimular una acción de necesidad imperiosa, tal y como ocurrió con el sida. Sin embargo, en otros casos, estas campañas no son en absoluto instructivas, sino una promoción pura y dura: desviar nuestra percepción de las causas de la enfermedad y distorsionar nuestro conocimiento acerca de los remedios, sobrevalorando las ventajas de los fármacos y restando importancia a los daños y costes de éstos.

Un relajamiento en las regulaciones publicitarias de Estados Unidos a finales de la década de 1990 ha legado una avalancha sin precedentes de marketing farmacológico dirigido a la gente de a pie, quienes actualmente ven una media de diez o más de estos anuncios a diario. Los espectadores de Nueva Zelanda también están sujetos a este tipo de promoción. En otras partes del mundo, la industria lucha implacablemente para alcanzar una «desregulación» similar. Para los seguidores de la industria, este marketing es un valioso servicio. Para los críticos, pone la enfermedad en el centro de la vida humana. Empuja a los enfermos hacia un limitado abanico de las soluciones médicas más costosas, y saca decenas de miles de dólares de la gente sana que teme que su cuerpo está descompuesto, que no funciona correctamente, que es deficiente y está deteriorado. Este tipo de alimentación de enfermedades es un atentado contra nuestro espíritu colectivo por parte de aquéllos que desean sacar tajada de nuestros miedos. No se trata de ninguna sucia conspiración, sino simplemente de un robo a mano armada.

Medicamentos que nos enferman desenmascara las últimas técnicas de marketing que utilizan las compañías farmacéuticas en las campañas de multifunción. Técnica a técnica, dolencia a dolencia, una fórmula que cambia nuestra percepción de las enfermedades en aras de expandir los mercados farmacológicos.

Las enfermedades que aquí analizamos no son las únicas sobrevenidas. Sin embargo, se encuentran entre los ejemplos más radicales, convincentes y actuales de que disponemos. Cuando el lector o lectora se familiarice con la fórmula y cuando empiece a reconocer las artimañas del comercio, empezará a ver la magia negra del marketing de enfermedades en funcionamiento por todas partes.

Es posible que algunas de las estrategias promocionales resulten familiares, pero las jugadas sucias y las operaciones encubiertas probablemente escandalizarán y despertarán la furia de muchos lectores. El propósito de *Medicamentos que nos enferman* no es desacreditar todavía más la ya denigrada industria farmacéutica ni sus muchos valiosos productos. Tampoco pretende difamar las muchas personas de principios sólidos que trabajan con motivación dentro de esas gigantescas corporaciones, como muchos otros científicos médicos de fuera, que investigan para desarrollar nuevas terapias seguras y eficaces. Por supuesto, el plan consiste en exponer el modo en que la maquinaria promocional de la industria convierte exageradamente la vida ordinaria en una enfermedad a fin de expandir los mercados farmacéuticos.

Durante las últimas tres décadas, un inconformista pensador llamado Ivan Illich dio la voz de alarma declarando que un establecimiento médico en expansión estaba «medicalizando» la vida, socavando la capacidad humana de sobrellevar la realidad del sufrimiento y la muerte, y convirtiendo a demasiada gente normal en pacientes.¹⁹ Criticó un sistema médico «que reivindica su autoridad sobre las personas que todavía no están enfermas, personas que no pueden razonablemente esperar sanarse, y aquéllos para quienes los médicos no disponen de tratamientos más efectivos que los que pudieran ofrecerles sus tíos o tías».²⁰ Hace una década, la escritora médica Lynn Payer describió un proceso que denominó «sembrador de enfermedades», y que consiste en que los médicos y las compañías farmacéuticas amplían las fronteras de la enfermedad para tener más pacientes y vender más fármacos.²¹ Desde entonces, estas publicaciones han sido cada vez más relevantes, ya que el rugido del marketing de la industria ha sido cada vez mayor y su garra en el sistema de salud, más sólida.

El disparo de las ventas ha convertido las compañías farmacéuticas en las corporaciones más rentables del planeta durante unos años concretos de la última década.²² Sin embargo, la otra cara de los saludables resultados para los accionistas se traduce en un aumento insostenible de los costos para quienes financian el sistema sanitario, ya se trate de gobiernos

o compañías de seguros privadas. No es sorprendente que la influencia malsana de la industria, que explotó en Australia durante las negociaciones sobre el reciente acuerdo de comercio libre con Estados Unidos, se haya sumado al debate político de muchos países. A medida que el público aumenta sus conocimientos sobre la influencia de la industria en las definiciones de los trastornos y disfunciones, y de sus métodos para crear «nuevos mercados de enfermos», es muy probable que la venta de enfermedades vaya posicionándose en el centro de dichos debates.

Como cualquier investigación científica que se respete, este trabajo periodístico se brinda como parte de una conversación en directo que debe compartirse con amigos, familiares, médicos, otros actores de la vida sanitaria, colegas de trabajo, funcionarios del mundo de la medicina y representantes de los ciudadanos. Una conversación que cuestiona la venta de enfermedades patrocinada empresarialmente, y que explora nuevas vías para definir y entender la enfermedad. Es una conversación que podría sacar partido inmejorable de la energía y el entusiasmo de toda una nueva colaboración mundial de investigadores independientes y defensores de la salud, cuyo reto principal radica en promover un debate público más racional y más informativo sobre la salud humana, en lugar de ceñirse a vender miedo para alcanzar ventas de productos farmacéuticos.

CAPÍTULO 1

Vender a todos

El colesterol alto

Apenas considerada una dolencia cuando Henry Gadsden todavía estaba al mando de la compañía farmacéutica Merck hace treinta años, el miedo a una enfermedad llamada «colesterol alto» ha pasado vertiginosamente a dominar las preocupaciones personales de salud de decenas de millones de personas en todo el planeta. Para los vendedores de pastillas, promover este temor ha tenido una copiosa recompensa: las naciones de todos los rincones del mundo han gastado más en fármacos para reducir el nivel de colesterol en los últimos años que en cualquier otra categoría de fármacos.¹ En calidad de grupo, estos medicamentos generan actualmente ingresos de más de 25.000 millones de dólares anuales a sus fabricantes, una lista de los nombres más importantes de la industria mundial, que incluye la alemana Bayer, la británico-sueca AstraZeneca y la americana Pfizer.² En países menos acaudalados, incluyendo algunos estados de Europa del Este, el vertiginoso aumento de los costes de este grupo de fármacos puede amenazar con la bancarrota a todos los sistemas sanitarios.³

Contrariamente a lo que muchos puedan pensar, el colesterol en sí no constituye un enemigo mortal, sino un elemento constitutivo de nuestro organismo e indispensable para la vida. Hay una prueba científica que demuestra que, para mucha gente, un elevado nivel de colesterol en sangre se asocia a un riesgo más elevado de sufrir futuros ataques al corazón e ictus. Aparte de eso, hay mucha incertidumbre acerca del riesgo puntual de sufrir un ataque al corazón por un aumento en el nivel de colesterol en gente sana, y del número de personas para quienes sería un problema real.

Lo que sí se reconoce es que tener el nivel de colesterol alto es solamente uno de los muchos factores que afectan unas futuras posibilidades de padecer ataques al corazón. De todos modos, este hecho llama la atención porque se puede tratar con unos fármacos que ahora cuentan con presupuestos promocionales que rivalizan con marcas de cerveza o refrescos. Para algunos especialistas en prevención, como el investigador y profesor británico Shah Ebrahim, los nuevos fármacos reductores del nivel de colesterol, denominados estatinas, son un valioso recurso para los individuos que ya han padecido un ataque al corazón, pero para la mayoría de las personas sanas existen métodos menos costosos, más seguros y eficaces para mantener una buena salud sin recurrir a las estatinas. Las populares y obvias estrategias consisten en mejorar la alimentación, hacer más ejercicio físico y abandonar el tabaco.

Ebrahim es uno de los muchos investigadores que opina que centrar la visión en el colesterol es una distracción potencialmente peligrosa que proviene del verdadero negocio de la prevención. De hecho, una de las estatinas, Baycol de Bayer, ya ha sido retirada del mercado tras verse implicada en varias muertes.⁴ La nueva estatina Crestor de AstraZeneca también ha sido señalada para su retirada del mercado, debido a sus efectos secundarios, escasos aunque debilitadores, como desgaste muscular e insuficiencias renales.⁵

Los albores de la nueva era del colesterol vieron la luz en 1987, cuando Merck lanzó la primera de las estatinas, Mevacor, en medio de un gran entusiasmo en el mercado médico. Mevacor fue aprobado como reductor de los niveles de colesterol, lo que significaba que el medicamento podía promocionarse y recetarse también a personas sanas, mercado potencialmente extenso. Otros competidores de este fármaco han sido aprobados desde entonces y la promoción tanto de estos medicamentos como de las enfermedades a que están asociados se ha vuelto frenética.

Hay una pastilla en concreto fuera de serie y que ahora controla casi la mitad de todo el mercado: Lipitor (en España, Zarator). Acumulando ventas de más de 10.000 millones de dólares al año, Lipitor es el fármaco recetado más vendido de la historia.⁶ Su fabricante, Pfizer, es la compañía farmacéutica más grande de todos los tiempos. Con sede en Manhattan y un valor de mercado del orden de 200.000 millones de dólares, Pfizer es una de las industrias más grandes del planeta, gracias a la no poca difusión del temor generalizado al colesterol alto.

La venta de estos fármacos se ha disparado en la última década porque el número de personas definidas con «colesterol alto» ha crecido astronómicamente. Tal y como ocurre con muchas otras enfermedades, se revisa con regularidad la definición de lo que constituye el «colesterol alto» y, como con cualquier otro estado de salud, la definición se ha ido ampliando para considerar enferma a más gente sana. Con el tiempo, los límites que definen los estados de salud se amplían progresivamente y el *corpus* de pacientes potenciales se ha ido expandiendo ininterrumpidamente. A veces, el incremento es súbito y drástico. Un equipo de expertos en colesterol de Estados Unidos volvió a redactar las definiciones hace pocos años y rebajaron los niveles de colesterol considerados como necesarios para recibir tratamiento, entre otros cambios, sobre todo para revelar que millones de personas sanas estaban enfermas y, casi de la noche a la mañana, triplicar el número de individuos que pudieran seguir un tratamiento farmacológico.⁷

Según las directrices sobre colesterol de los US National Institutes of Health (Institutos Nacionales de Salud) de los años 90, trece millones de americanos han necesitado sus tratamientos con estatinas. En 2001, una nueva junta de expertos volvió a redactar esas directrices y, efectivamente, engrosó ese número hasta los 36 millones, recordando el sueño de Henry Gadsden de vender a todo el mundo.⁸ Sin embargo, cinco de los catorce autores de esta nueva definición ampliada, incluido el presidente de la junta, tienen vínculos con fabricantes de estatinas.⁹ En 2004, otra junta de expertos actualizó de nuevo esas directrices y recomendó que, junto al valor de los cambios en el estilo de vida, más de 40 millones de estadounidenses podrían beneficiarse del consumo de medicamentos.¹⁰ En ese momento los conflictos de intereses fueron incluso peores.

Ocho de los nueve expertos que redactaron las últimas directrices sobre colesterol también trabajaron de ponentes, consultores o investigadores a sueldo para las compañías farmacéuticas más importantes del mundo: Pfizer, Merck, Bristol-Meyers Squibb, Novartis, Bayer, Abbot, AstraZeneca y GlaxoSmithKline.¹¹ En la mayoría de los casos, los propios autores tenían relaciones con al menos cuatro de estas compañías. Uno de los «expertos» recibió dinero de diez de ellas. Las relaciones que mantenían no fueron mencionadas en la versión publicada de las directrices sobre colesterol y la amplitud de los conflictos no se hizo pública hasta que las organizaciones mediáticas los sacaron a la luz, desencadenando una controversia todavía mayor.¹² La existencia de esas relaciones no debería significar que cualquiera de esos redactores hiciera recomendaciones para satisfacer a sus patrocinadores de las compañías farmacéuticas. El problema radica en la creciente percepción de intimidad entre las dos partes.

Toda la información sobre esos vínculos financieros fueron posteriormente publicados en un sitio web del gobierno estadounidense y vale la pena echarle un vistazo.¹³ Extraños como puedan parecer a la gente de fuera, tales conflictos de intereses se han convertido en el pan nuestro de cada día para aquéllos que trabajan en el mundo de la medicina. Véase a continuación otro caso claro en que los médicos que redactan las propias definiciones de lo que constituye el colesterol alto, y que recomiendan la posología para tratarlo, son los mismos que reciben honorarios habituales por parte de las compañías que fabrican esos medicamentos.¹⁴ No obstante, el colesterol no es diferente en este sentido respecto a muchos otros estados de salud habituales. Se estima que casi el 90 por ciento de quienes redactan directrices para sus semejantes tienen conflictos de intereses debido a lazos económicos con la industria farmacéutica.¹⁵

Los lazos entre los redactores de directrices y la industria son solamente un detalle en la vasta red de interrelaciones entre médicos y compañías farmacéuticas. La influencia que la industria ejerce sobre la práctica de los médicos, sobre la formación en medicina y sobre la investigación científica es tan generalizada como controvertida, no sólo deformando el modo en que los médicos recetan medicamentos, sino también afectando el modo de definir y promover estados como el «colesterol alto». Tal y como afirmó un investigador con toda sinceridad, la íntima relación entre los médicos y la industria farmacéutica ya se ha convertido en un «estilo de vida».¹⁶

El engaño empieza con el reparto gratuito de pizzas para los diligentes médicos internos y en prácticas, y se convierte desde entonces en un sin parar.¹⁷ Los médicos estadounidenses se gradúan en las salas del hospital y de ahí pasan a sus propias consultas. Para saludarlos a diario, existe un poderoso ejército de 80.000 representantes farmacéuticos o vendedores, siempre bien dispuestos, sonrisa en boca, con alguna que otra rosquilla y una alta dosis de amabilidad para dar consejos sobre los nuevos fármacos en el mercado y las más recientes enfermedades descubiertas. Tal y como afirman los que estudian estas interacciones, éstos son los pilares de las relaciones que se entablan de por vida entre la industria y la profesión.¹⁸

A continuación viene la formación médica continuada, los cursos de reciclaje a los que se insta vivamente a asistir a los médicos, cuando no se les obliga. En Estados Unidos, ésta es una empresa de mil millones de dólares, con casi la mitad de sus fondos procedentes directamente de la industria farmacéutica.¹⁹ Los médicos han sido «educados», en lugares patrocinados por los laboratorios, acerca de cómo utilizar los medicamentos y de cuántos de nosotros deberíamos tomarlos.

Seguidamente a la formación viene la investigación científica. Se estima que un 60 por ciento de la investigación y de los avances en biomedicina en Estados Unidos están actualmente financiados por fuentes privadas, principalmente compañías farmacéuticas.²⁰ En algunas áreas, como en las pruebas de fármacos contra la depresión, las cifras rozan el ciento por ciento. La financiación de casi todos los ensayos clínicos para probar los nuevos antidepresivos procedía de sus fabricantes en lugar de proceder de fuentes públicas o sin ánimo de lucro.²¹ La industria debate y divulga esta evidencia de investigación en más de 300.000 mítines, eventos o conferencias científicas cada año, acontecimientos a menudo apoyados por asociaciones médicas como la American Heart Association (Asociación Americana del Corazón), quienes a su vez están parcialmente financiadas por compañías farmacéuticas.²²

En la cúspide de esta jerarquía están los llamados «líderes de opinión», los médicos experimentados que redactan las directrices, dirigen las investigaciones patrocinadas, forman a sus colegas en conferencias subvencionadas, y publican documentos en revistas médicas que se mantienen gracias a la publicidad de las compañías farmacéuticas. Muchos de los líderes de opinión ocupan altos cargos en prestigiosas instituciones académicas y forman

parte de la plantilla de alguna compañía farmacéutica como asesores y conferenciantes pagados.

Uno de esos líderes de opinión en el ámbito del colesterol es el Dr. Bryan Brewer, alto directivo de los National Institutes of Health (NIH), financiados con fondos públicos, con sede en Bethesda, justo a las afueras de Washington DC. A medida que se aproximaba el lanzamiento de la nueva estatina Crestor de AstraZeneca, el Dr. Brewer realizó una presentación durante un seminario de la American Heart Association, donde describía el controvertido fármaco en términos muy positivos: muy seguro y eficaz.²³ Su ponencia fue considerada relevante e influyente, y fue publicada más adelante en un suplemento especial del *American Journal of Cardiology*, cuyos lectores son los médicos que prescriben.²⁴ La sincronización no podía ser más acertada para el fabricante farmacéutico, ya que el artículo de la revista coincidió con el lanzamiento de Crestor dentro del gigantesco mercado estadounidense.

El seminario de la American Heart Association y el suplemento especial de la revista fueron ambos financiados por AstraZeneca. De igual modo lo fue el Dr. Brewer pese a que sus lazos no fueron revelados en su artículo del suplemento de la revista. Por ese entonces, el Dr. Brewer trabajaba como asesor remunerado para la compañía y formaba parte de la cartera de ponentes a sueldo de la empresa.

Según posteriores sesiones públicas en el Congreso de Estados Unidos, el Dr. Brewer recibió del orden de 200.000 dólares procedentes de intereses privados externos, incluyendo ciertas compañías farmacéuticas, mientras ocupaba un puesto de jefe de departamento en el NIH estatal.²⁵

Los intentos de desentrañar estas enredadas relaciones entre médicos y compañías farmacéuticas sí han recibido publicidad en los últimos años, pero a menudo no han sido más que interesadas apariencias. Por ejemplo, bajo un código voluntario creado por la industria, sigue siendo aceptable para una compañía farmacéutica enviar a 300 facultativos supuestamente independientes a un centro vacacional de golf, pagarles por asistir, «educarlos» sobre los últimos fármacos de la compañía y luego formarlos para que pasen a engrosar la cartera de portavoces a sueldo de la empresa.²⁶

De hecho, el concepto de centro vacacional de golf fue respaldado por un portavoz de la industria que afirmó que era totalmente apropiado para que una compañía farmacéutica formara el elevado número de ponentes necesarios para apoyar su «esfuerzo de comunicación».²⁷ Y ahí reside el peligro fundamental de tal relación: los médicos, que son en quienes confiamos para recibir un asesoramiento intachable sobre pastillas eficaces, se convierten en parte de las campañas de marketing de esas mismas pastillas, sea cual sea su grado de independencia, no sólo a la hora de vender las pastillas, sino para vender una definición de enfermedad en concreto que expande los mercados de esas medicinas. En este caso, el colesterol alto se ha definido así para que 40 millones de estadounidenses sean clasificados como enfermos y potencialmente en la necesidad de consumir medicamentos. Uno de los miembros de la comisión de expertos que redactó esa definición era el Dr. Bryan Brewer, quien está económicamente ligado a ocho compañías farmacéuticas además de AstraZeneca.²⁸

Entre algunos grupos independientes defensores de la salud existe el sentimiento de que los «expertos» en colesterol ligados a compañías han llegado demasiado lejos esta vez, han rebasado ampliamente los límites de la enfermedad y han atrapado a demasiada gente sana entre sus redes.

La preocupación del Center for Science in the Public Interest (Centro para la Ciencia en el Interés Público), con sede en Washington D. C., ha llegado a tales límites que ha lanzado una campaña pública para hacer un llamamiento en pro de una revisión independiente de las

directrices oficiales sobre el colesterol.²⁹ Más de treinta médicos, investigadores en materia de sanidad y científicos han puesto su nombre en una contundente carta dirigida al director del NIH, alegando que las directrices, con sus recomendaciones para terapias farmacológicas, no están justificadas por argumentos de peso científico rotundamente rechazados por el NIH.³⁰

Esta campaña de base fue inspirada en parte por una transparente crítica realizada por el Dr. John Abramson, escritor y profesor de la Universidad de Harvard. Arguye que la comisión que estableció las directrices había dibujado un marco excesivamente positivo de la evidencia científica sobre los riesgos y las ventajas de los fármacos para reducir el nivel de colesterol y que había inducido a error tanto a médicos como al público en general.³¹ «Es una perversión de la ciencia», afirma. «Opino que han llegado demasiado lejos».³² Abramson es un ferviente partidario de utilizar estos fármacos en personas con un alto riesgo de sufrir ataques al corazón, sobre todo en aquéllas, por ejemplo, con antecedentes de este tipo. También es una de las voces dentro del mundo científico que afirma que la prescripción de estatinas a hombres y mujeres sanos con riesgos relativamente leves de sufrir futuros ataques al corazón puede no aportarles ningún beneficio significativo; es más, puede incluso exponerlos a verdaderos riesgos.³³

Mientras se ponía en marcha la campaña en favor de una revisión autónoma de las directrices sobre el colesterol, en otro lugar de Estados Unidos se lanzaba otra campaña muy distinta y mucho mejor fundada. Un nuevo grupo defensor de los pacientes, llamado Boomer Coalition, se dio a conocer mundialmente con un anuncio publicitario televisado durante la ceremonia de la entrega de los Oscars en 2004.

El anuncio inició una campaña para que la enfermedad cardíaca fuera «la enfermedad más comentada» entre los *baby boomers*, los americanos nacidos tras la Segunda Guerra Mundial.³⁴ Presentó al célebre Henry Winkler, más conocido entre las generaciones maduras de todo el mundo como el gracioso comediante Fonzie, quien, junto a la Wonder Woman, Lynda Carter, y a los vibrantes mitos del pasado James Coburn y Errol Flynn, se sumó a esta nueva y curiosa coalición de celebridades.³⁵

A la par que sugieren abandonar el tabaco y hacer más ejercicio físico, el grupo insta a la gente a visitar a su médico y realizarse pruebas del nivel de colesterol regularmente. En su sitio web, sugieren que cada uno «debería saber sus niveles» en cada momento y llevarlos a todas partes rutinariamente, «como un carnet de conducir».³⁶ La página de inicio del grupo está adornada con ingeniosas imágenes de las campañas sobre derechos civiles y protestas pacíficas de la década de 1960, jugando con temas de lucha por la emancipación y rebelión.

Mientras que la Boomer Coalition puede parecer para algunos un nuevo movimiento en la onda, no lo es más que el último intento de *astro-turfing*: la creación de falsas campañas de carácter popular por profesionales de relaciones públicas a sueldo de grandes corporaciones. Según el diario *Wall Street Journal*, el concepto para la coalición fue ideado por una empresa de relaciones públicas holandesa y financiado por Pfizer —fabricante del fármaco Lipitor, reductor del nivel de colesterol— con una inversión inicial estimada en al menos 10 millones de dólares.³⁷ Aunque los mensajes sobre el chequeo puedan verse en principio como un valioso servicio público, los materiales del grupo no reflejan ninguna de las incertidumbres ni controversias que existen en relación con la definición de esta enfermedad y a quien deberían tratar con fármacos. A diferencia del *astro-turfing* de la coalición de reparto estelar, ciertos grupos de base como el Center for Medical Consumers (Centro para los Consumidores del sector Médico) con sede en Manhattan aconsejan un escepticismo más sano frente a la promoción del colesterol alto como una dolencia aterradora. Dicho grupo, que no está en la nómina de la industria, recalca que el colesterol constituye solamente uno de los muchos factores de riesgo y que las ventajas medicinales se suelen exagerar sobremanera.³⁸

En el campo del consumo se reproduce con rapidez el chanchullo financiero de la industria farmacéutica con la profesión médica, creando grupos como el financiado por Pfizer, la Boomer Coalition. Un estudio mundial de Gran Bretaña calculó que dos tercios de todos los grupos defensores de los pacientes y de todas las organizaciones benéficas sanitarias cuentan actualmente con la ayuda económica de las compañías farmacéuticas o de los fabricantes de aparatos médicos. Según los resultados del estudio, el patrocinador más prolífico es Johnson & Johnson y el segundo, Pfizer.³⁹ Pese a una aparente generosidad corporativa, dicho patrocinio puede aportar numerosos beneficios tanto al patrocinador como al destinatario. Lo más relevante es que los grupos de pacientes son una excelente manera para moldear la opinión pública sobre las dolencias que sus productos tratan. Con el colesterol alto, hay opiniones claramente diferenciadas, dentro de la amplia comunidad sanitaria, sobre la definición de la enfermedad y sobre los destinatarios de esos fármacos. La financiación de grupos defensores que tienden a mantener mensajes sencillos y el enfoque centrado en el miedo al colesterol alto maximizarán inevitablemente las ventas de medicamentos reductores del nivel de colesterol.⁴⁰

En la White River Junction, enclavada entre las verdes montañas de Vermont, al noreste de Estados Unidos, la propagación del miedo al colesterol ha empezado a desestabilizar a médicos en ejercicio como la Dra. Lisa Schwartz. «Los pacientes se preocupan muchísimo por el colesterol», afirma, «y muchos de ellos vienen y quieren que se les haga una prueba de colesterol».⁴¹ Schwartz intenta tranquilizar a sus pacientes diciéndoles que el colesterol no es tanto una enfermedad sino más bien un factor de riesgo entre tantos otros que pueden aumentar la posibilidad de padecer un ataque al corazón en el futuro. Su marido, el Dr. Steve Woloshin, detecta las mismas preocupaciones en muchos de sus pacientes y coincide en que el colesterol no es una enfermedad, sino un factor de riesgo.

«Intenté contextualizarlo con otros factores de riesgo a los que se enfrenta la gente», dice. «Si eres fumador, por ejemplo, probablemente lo más importante que debas hacer es dejar de fumar.»

Schwartz y Woloshin, que trabajan en el Veterans Affairs Medical Center (Centro Médico para Veteranos) en la White River Junction, están a favor del uso de los fármacos reductores del nivel de colesterol en personas que ya hayan sufrido alguna enfermedad cardíaca y en otras en grave peligro de sufrir futuras enfermedades de ese tipo. Sin embargo, temen que para otras personas sanas con un bajo riesgo el uso a largo plazo de estatinas pueda ofrecer escasas ventajas y daños desconocidos. La obsesión innecesaria sobre los niveles de colesterol también puede provocar una ansiedad gratuita en muchas personas.

Formados en las bulliciosas salas de los hospitales neoyorquinos, el dúo médico se mudó a Vermont para emprender carreras académicas en el Dartmouth Medical School, donde ambos son actualmente profesores no numerarios, junto con su trabajo en el Veterans Affairs Medical Center. A diferencia de muchos de los que redactaron las últimas definiciones sobre el colesterol, éstos no mantienen vínculos financieros con la industria farmacéutica. En calidad de médicos de un hospital del gobierno federal, no tienen contacto con los comerciales de las compañías farmacéuticas y rechazan las ofertas para trabajar como ponentes de la industria farmacéutica. Ambos publican artículos en las revistas médicas más importantes del mundo y pueden tener una sala repleta de curtidos investigadores desternillándose con sus ocurrentes e ingeniosas actuaciones.

Uno de sus proyectos más recientes trataba sobre la visión crítica de las directrices oficiales del colesterol. Mientras que estas directrices sugieren que más de 40 millones de estadounidenses podrían beneficiarse del consumo de fármacos para reducir su nivel de colesterol, Woloshin y Schwartz calculan que hay más de 10 millones de personas consumiéndolos.⁴² Entre los más de 30 millones que, por tanto, están sin tratar, esta pareja

cree que muchos podrían beneficiarse de los medicamentos. No obstante, también hay muchos otros que podrían reducir sus riesgos de sufrir un ataque al corazón o ictus sencillamente sin fármacos, por otros medios, como dejando de fumar. «Nos preocupamos por el *sobretratamiento*, pero estas cifras muestran que también existe mucho *subtratamiento*», declara Woloshin. «Debemos hacer un esfuerzo y centrarnos en la gente que realmente necesita y puede beneficiarse de la mayoría de medicamentos, en lugar de distraernos en tratar a tanta gente con un bajo riesgo», añade Schwartz.

Su valoración de las directrices sobre el colesterol forma parte de una visión más general que engloba el modo en que las definiciones de muchas afecciones comunes se están ampliando y, por consiguiente, también lo está la cartera de pacientes potenciales susceptibles de consumir medicamentos o seguir otras terapias. El colesterol es para ellos un ejemplo excelente de lo que consideran una tendencia al alza. «Es un esfuerzo para que todos estén enfermos», dice Schwartz. «Y la tendencia es general», añade Woloshin.

Una de las estrategias clave para hacer creer a la gente sana que está enferma es la publicidad directa de fármacos y enfermedades, y hay más de 3.000 millones de dólares invertidos en eso cada año solamente en Estados Unidos, lo que se traduce en unos 10 millones de dólares diarios. Un reciente anuncio televisivo muy recurrente en Estados Unidos con sensacionales secuencias mostraba una surfista de edad mediana dominando a la perfección el manejo de su tabla entre las olas. Esa atmósfera de calma se ve rota cuando la surfista aterriza con su tabla en la playa y, accidentalmente, atropella una hilera de tablas de surf cuidadosamente plantadas en la arena. De algún modo, con la magia del marketing, el accidente con las tablas de surf se relaciona con el alto nivel de colesterol de la surfista, y aquí es donde la estatina, objeto del anuncio, soluciona la situación.

«Hemos amedrentado a la gente con esta dolencia», afirma Schwartz, «y los medicamentos ofrecen una solución fácil para hacer algo al respecto. Se percibe que el objetivo es reducir el colesterol. Se oye esa frase de "todo depende de tus niveles", pero no es cierto, depende de si has rebajado tu riesgo de padecer un ataque al corazón. El colesterol se ha convertido en una enfermedad y puedes definir el éxito de un tratamiento por el hecho de haber reducido el nivel de colesterol, como si el colesterol en sí mismo fuese un problema.»

Aquí, el *problema* reside en encontrar vías efectivas para reducir las enfermedades cardíacas, los ictus y la muerte prematura, *no* los niveles de colesterol. Para algunas personas, no cabe la menor duda de que los fármacos pueden ayudar a reducir esos niveles; para otros, es probable que el medicamento no sea útil en absoluto, que sea un derroche económico e incluso que sea dañino. Según análisis rigurosos e independientes de todos los ensayos clínicos de las estatinas, no se desprende ninguna evidencia de que estos fármacos presenten beneficios a mujeres sanas que no hayan sufrido todavía algún ataque cardíaco, mujeres como la surfista aparentemente sana del anuncio de windsurf.⁴³ Para mujeres que ya han experimentado algún tipo de enfermedad cardíaca, los fármacos podrían suponer leves reducciones del riesgo de sufrir futuros problemas cardíacos, rebajando las posibilidades en un plazo de unos cinco años del 18 por ciento al 14 por ciento.⁴⁴ Con todo, no existen pruebas fidedignas que demuestren que los fármacos pueden reducir las posibilidades de muerte prematura en las mujeres.

Para los hombres la situación es un tanto diferente. Para aquéllos que ya padecen alguna enfermedad cardíaca y otros con alto riesgo de sufrirla, los medicamentos pueden reducir sus posibilidades de sufrir posteriores enfermedades o una muerte prematura. El extenso Heart Protection Study (Estudio para la protección del corazón), publicado en la revista británica *The Lancet*, demostró que quienes padecían alguna enfermedad cardíaca y tomaron una estatina durante cinco años redujeron sus posibilidades de morir de aproximadamente un 15

por ciento a un 13 por ciento, y que también redujeron sus posibilidades de sufrir ataques cardíacos e ictus de un 25 a un 20 por ciento.⁴⁵

Para los varones que nunca han padecido ningún ataque al corazón, los beneficios no son tan claros. Existen visiones diferenciadas sobre los datos científicos de este grupo, donde algunos científicos alegan importantes beneficios y donde otros, como Abramson de Harvard, arguyen que no existen pruebas fehacientes de que los fármacos reduzcan el riesgo de enfermedades cardíacas o de muerte de un modo significativo. Una reciente revisión de las pruebas sugirió que, para las personas que no hayan experimentado ninguna enfermedad cardíaca, los fármacos ofrecían «escasas mejoras y, clínicamente hablando, poco significativas».⁴⁶ En definitiva, para muchos otros hombres y mujeres sanos, no existen pruebas de peso que demuestren que estos fármacos puedan contribuir significativamente a prevenir una muerte prematura.

Sin embargo, la idea de que los fármacos para reducir el nivel de colesterol también reducen las posibilidades de morir prematuramente ha sido uno de los mensajes clave fomentado en todas partes, incluso en países donde la publicidad directa de fármacos sigue prohibida y el marketing masivo adopta la forma de «concienciación sobre enfermedades». El uso del miedo para comercializar las estatinas ha escandalizado a los científicos independientes, consumidores y físicos en todo el mundo. La preocupación es por partida doble. En primer lugar, para la mayoría de las personas a quien va dirigido este marketing masivo, no hay pruebas fidedignas que acrediten que las estatinas reduzcan las posibilidades de morir prematuramente. En segundo lugar, y más relevantemente, el foco promocional sobre el colesterol desvía la atención de otros métodos más eficaces y eficientes para prolongar y mejorar la vida.

En 2003, varios responsables de la Organización Mundial de la Salud se alarmaron hasta tal punto con las actividades que Pfizer adoptaba para «concienciar» que redactaron una declaración donde denunciaban dicha promoción, publicada en forma de carta en *The Lancet*.⁴⁷ Los expertos de la OMS se horrorizaron, sobre todo frente a la publicidad en periódicos y revistas donde se mostraba un cuerpo en un depósito de cadáveres acompañado de un título que rezaba: «Un simple análisis de sangre habría podido evitarlo». A la par que ocurre con mucha de la promoción farmacéutica de hoy día, los anuncios no hacían referencia a un fármaco en concreto, sino que más bien intentaban expandir el mercado farmacéutico mediante el miedo, al tiempo que ofrecían información distorsionada y engañosa sobre la salud y la enfermedad. Se suponía que el anuncio debía incrementar la concienciación pública acerca de las enfermedades cardíacas, un problema de salud muy extendido y relacionado con muchos factores de riesgo como el tabaco, la vida sedentaria, el desequilibrio alimentario, la obesidad, la hipertensión, la diabetes y demasiado colesterol en sangre.

El problema con el anuncio, afirman los responsables de la OMS, era que, de entre todos los factores considerados de riesgo, «sólo se mencionaba el colesterol».

Para nosotros, la consecuencia es que los fumadores, los individuos con obesidad o aquéllos que llevan una vida sedentaria pueden seguir fumando, con sobrepeso o sin apenas realizar ejercicio físico tranquilamente, siempre y cuando tomen su medicación para reducir sus niveles de colesterol.

La carta de la OMS vino a denunciar que la campaña financiada por Pfizer no era «escrupulosa, informativa o equilibrada». Por el contrario, era engañosa y con toda probabilidad inducía al «consumo injustificado de medicamentos». La carta concluía insistiendo en la necesidad de que las autoridades sanitarias sean más rotundas a la hora de

regular la promoción farmacéutica, y de producir información sobre la salud más imparcial e independiente para contrastarla.

El problema aquí, sin embargo, no es únicamente la información engañosa y la necesidad de que la gente esté mejor informada. Esta clase de promociones es mucho más perniciosa. Tal y como otros han observado, las exhaustivas campañas de ventas que promueven el colesterol alto como principal problema de salud y los fármacos como su solución clave también afecta a los que se encargan de proteger y mejorar la salud pública.⁴⁸ La obsesión de «bajar los niveles» polariza la atención de muchos responsables de tomar decisiones oficiales que suelen limitarse a centrarse en una sola parte del cuadro, restringiendo su capacidad de luchar más creativa y eficazmente contra las enfermedades cardíacas.⁴⁹

La malsana obsesión con el colesterol ha alcanzado los niveles más altos de los responsables de la toma de decisiones a nivel mundial, tal y como hemos visto con las directrices oficiales apoyadas por el gobierno estadounidense que recomiendan que casi uno de cada cuatro adultos consuma estatinas. Estas mismas directrices sugieren que toda la población de más de veinte años (unos 200 millones de personas) debería revisar regularmente su nivel de colesterol.⁵⁰ Otras naciones todavía no disponen de recomendaciones tan radicales, en parte por cuestiones como el creciente coste y los daños innecesarios que pueden derivarse del tratamiento inapropiado en gente sana.

Para la Dra. Iona Heath, que ejerce en Londres, la idea global de prevención ha sido distorsionada por la promoción farmacéutica. Médico generalista de las zonas urbanas deprimidas, y durante tiempo funcionaria en el Royal College of General Practitioners (Colegio Real de Médicos Generalistas), la Dra. Heath muestra un enfoque estricto y ético de la medicina. También ha escrito ampliamente acerca de la relación entre la pobreza y la salud. A ella y a muchos de sus compañeros de trabajo les preocupa cada vez más que la medicina moderna se centre tanto en los «ricos sanos» y no lo suficiente en los «enfermos pobres».⁵¹

Como Lisa Schwartz y Steve Woloshin al otro lado del Atlántico, los médicos británicos como Iona Heath se ven ahora evaluados según sus éxitos a la hora de reducir los riesgos de que sus pacientes padezcan una enfermedad cardíaca. En los Estados Unidos, el sistema financiado por el Veterans Affairs del gobierno puntúa oficialmente a sus médicos como Woloshin y Schwartz por su grado de concienciación a la hora de revisar y tratar el factor de riesgo que es el colesterol alto, sobre todo en personas que ya hayan sufrido un ataque al corazón. En el Reino Unido, el National Health Service (Servicio Nacional de Salud) del gobierno dispone de planes similares.⁵² Esquemas como éste, en que se mide el rendimiento de los médicos, sí tienen algunas ventajas, afirma Heath, en el sentido de que garantizan que los médicos se tomen las cardiopatías en serio. Por otro lado, también opina que estos esquemas actúan como fuertes incentivos para que los médicos prescriban una dosis rápida: fármacos para reducir el nivel del colesterol. Lo preocupante de un sistema semejante es que, prestando tanta atención en disminuir los riesgos de la gente sana, «las necesidades de los enfermos pueden quedar marginadas». Mirándolo desde un punto de vista más global, Heath arguye que se están tergiversando las prioridades y que se están gastando miles de millones de dólares en apenas reducir los riesgos de sufrir ataques cardíacos entre los ricos sanos. «Está tan ligado a la codicia de los países ricos y al miedo a morir que la gente parece capaz de negar la realidad de la muerte hasta el último momento. Reducir el colesterol en Occidente mientras que no se aplica ningún tratamiento a los moribundos de sida en los países africanos es, en pocas palabras, deshonesto.»⁵³

Las inquietudes de Heath sobre la perversión que atañe a la prevención encuentran eco en el profesor Shah Ebrahim, de la Universidad de Bristol, especializado en envejecimiento y enfermedades cardíacas. Siendo un firme creyente en recetar estatinas a quienes ya hayan

padecido algún episodio de infarto cardiaco, considera que los beneficios para la mayoría de pacientes restantes son tan nimios que no justifican «que se transforme en pacientes a gente como yo», generalmente hombres de mediana edad sanos.⁵⁴ Afirma que las pruebas científicas sugieren que el sistema sanitario debería gastar menos tiempo recetando estatinas a personas sanas y más en idear políticas antitabaco estrictas y oficiales, garantizando que la gente tenga más opciones de hacer ejercicio físico y más acceso a tiendas de verduras frescas. Esta serie de cambios, según Ebrahim, generará beneficios que van más allá de la reducción de enfermedades cardíacas.

Aunque no hay duda de que las estatinas pueden beneficiar a mucha gente, sus efectos secundarios, en casos muy raros, pueden ser mortales. Todos los fármacos tienen inconvenientes y los que sirven para reducir el nivel de colesterol no son una excepción. Cuando se receta un fármaco a una persona sana, como suele ocurrir con los medicamentos diseñados para *prevenir* enfermedades, estos efectos secundarios son mucho mayores. Pese a que esta categoría de fármacos es una de las más vendidas de la historia y que la gente la toma durante años, sus efectos adversos a largo plazo no han sido apenas estudiados. Una reciente revisión de todas las pruebas clínicas de las estatinas demostró que sólo un tercio de estas pruebas daba un informe completo de los efectos secundarios.⁵⁵ «Es un escándalo con mayúsculas», declara el generalmente afable Ebrahim, quien se siente seriamente consternado por tal laguna en las pruebas científicas, «es bastante sorprendente».

De las pruebas que se han recopilado sobre los efectos secundarios, hay al menos dos muy relevantes aunque muy poco frecuentes: un estado de emaciación muscular llamado rhabdomiólisis, y la lesión de hígado. Por otro lado, con tantos millones de personas consumiendo estatinas en todo el mundo, incluso los efectos secundarios muy raros empiezan a asomar más de lo normal.

Los informes sobre la a veces emaciación muscular relacionada con la estatina de Bayer llamada Baycol, cuando se consume con otro fármaco, desencadenó su retirada del mercado algunos años atrás. La empresa y sus compañías aseguradoras tuvieron que reservar más de mil millones de dólares para afrontar o liquidar miles de los pleitos que surgieron.⁵⁶ La empresa alega que comercializó el fármaco con sentido de la responsabilidad y defiende cada pleito caso por caso. Sin asumir su mala actuación, Bayer ya ha pagado 3.000 casos y tiene otros 8.000 pendientes de resolver.⁵⁷

Con su nueva estatina, Crestor, su fabricante ha tenido que defenderse del organismo de control Public Citizen (Ciudadano Público) que reclamaba su retirada del mercado. Hay informes en curso en que se denuncia un pequeño aunque creciente número de personas con desgaste muscular y, en algunos casos, incluso con insuficiencia renal.⁵⁸ Aunque se admite que algunos casos raros de desgaste muscular y de insuficiencia renal están ligados a Crestor, AstraZeneca mantiene que su fármaco es tan fiable como el resto de estatinas y acusa a Public Citizen de generar «excesivas inquietudes». Con todo, a principios de 2005, la compañía informó a los reguladores de que había un informe sobre la muerte de un paciente, probablemente relacionado con el fármaco.⁵⁹

En Estados Unidos, el órgano que decide si un fármaco debe o no retirarse del mercado es la Food and Drug Administration (FDA-Administración para el Control de los Alimentos y Medicamentos), el organismo gubernamental encargado de garantizar la seguridad y eficacia de los medicamentos. La FDA es conocida mundialmente y sus decisiones pueden influir en las de muchos otros países. De hecho, igual que con los médicos, los grupos de pacientes y las asociaciones de profesionales, la propia FDA se basa actualmente en una financiación parcial procedente de compañías farmacéuticas cuyos productos evalúa. Un nuevo sistema de pagos al usuario, introducido en la década de 1990, ha significado que más de la mitad del trabajo de revisión farmacológica de la FDA viene directamente financiado por la industria

farmacéutica, una situación muy similar a la de muchos otros países como Australia, Gran Bretaña y Canadá.⁶⁰ La petición de retirar Crestor del mercado ha sido valorada por personas que saben que algunos de sus salarios, y los de sus compañeros de trabajo, proceden de AstraZeneca y otros gigantes farmacéuticos.

La campaña contra Crestor fue liderada por el Dr. Sidney Wolfe, director del Grupo de Investigación sobre Salud de Public Citizen. Intelectual de un metro noventa de alto y pianista que va a su oficina de Washington DC cada mañana, Wolfe es uno de los consejeros sanitarios mejor informados, más agresivos e influyentes del mundo. Pese a décadas de experiencia en el negocio, sigue indignado con lo que considera un conflicto de intereses enfermizo que contamina la figura global de la medicina, alcanzando incluso el corazón de organismos reguladoras como la FDA.

Fueron Wolfe y sus colegas quienes decidieron ejemplificar los conflictos de intereses de un alto funcionario de otro organismo público, los National Institutes of Health, cuando descubrieron hasta donde llegaba el doble papel del Dr. Bryan Brewer como funcionario y portavoz a sueldo de AstraZeneca, el fabricante de Crestor. Wolfe se dirigió por escrito al director de los NIH formulando preguntas acerca de los vínculos que Brewer mantenía con la compañía y apuntó que no se hacía mención alguna de éstos en el influyente artículo defendiendo el Crestor publicado en su revista.⁶¹ Como respuesta, el director de los NIH expresó su desacuerdo en que los vínculos económicos del Dr. Brewer con el fabricante farmacéutico no se revelaran y apuntó que era aceptable que los investigadores gubernamentales experimentados trabajasen para compañías farmacéuticas en su tiempo libre.⁶²

El Dr. Brewer rechazó las peticiones de entrevista para hablar sobre el tema pese a que en una carta dirigida al director de los NIH defendía su postura pública sobre Crestor como «objetiva».⁶³ Probablemente no es el único investigador experimentado de los NIH que mantenga estrechos lazos económicos con la industria farmacéutica. Ciertas revelaciones procedentes de periodistas de investigación entre otros durante los últimos años han desenmascarado considerables conflictos de intereses, y han desencadenado averiguaciones por parte del Congreso.⁶⁴ Durante una sesión del Congreso de Estados Unidos en Washington's Capitol Hill, emplazamiento del Congreso, los miembros de la comisión parlamentaria se mostraron consternados por el caso de un investigador de los NIH que había recibido 430.000 dólares de la industria, y el de otro que tenía acciones por valor de 2 millones de dólares.⁶⁵ Aunque inicialmente defendía algunos de esos vínculos, a finales de 2004 los NIH anunciaron para sorpresa de todos una moratoria del personal científico referente a todos los lazos económicos con compañías privadas.⁶⁶

Irónicamente, aunque la FDA, financiada por la industria, decidió investigar enérgicamente las cuestiones sobre seguridad referentes a Crestor, y convocó un comité de consejeros para realizar deliberaciones, la comisión estaba formada casi por completo de médicos con estrechos lazos económicos con fabricantes de estatinas, lo cual es un conflicto de intereses endémico dentro de muchas de las comisiones reguladoras de asesoramiento y en muchos de los cuerpos influyentes de toma de decisiones dentro del marco sanitario.⁶⁷ En una extraña postdata en la controversia de las directrices del gobierno sobre el colesterol, dos de los redactores de estas directrices abandonaron sus antiguos puestos de trabajo para unirse a la industria farmacéutica, uno de ellos a la empresa del fallecido Henry Gadsden, Merck.⁶⁸

Sea cual sea el futuro de Crestor y del resto de estatinas, sean cuales sean las previsiones para regulaciones farmacológicas más independientes y directrices más objetivas, hay un escepticismo creciente sobre la patología del colesterol alto y sobre el valor de los medicamentos para combatirlo.

De hecho, desde el principio del *boom* sobre el colesterol en la década de 1980, algunos críticos como Thomas Moore, periodista de investigación en sanidad, han estado exponiendo las flaquezas de los argumentos de aquéllos que aparentemente ven con buenos ojos las estatinas en el agua potable.⁶⁹ De igual modo, investigadores como Lisa Schwartz y Steve Woloshin, y sus colegas de Dartmouth, han desarrollado una posición internacional para promover un enfoque más escéptico y detallado sobre los riesgos y beneficios de todas las terapias, y para que haya una mayor concienciación sobre la ampliación de las definiciones de enfermedad, que nos ponen a todos en peligro de convertirnos en pacientes innecesariamente.

Tal vez el mayor obstáculo para un debate más racional sobre el colesterol, las enfermedades cardíacas o cualquier otro problema de salud, sea el simple hecho de que, entre las personas a quienes pedimos consejo (nuestros médicos), demasiados están vinculados a fabricantes farmacéuticos. A veces, dichos vínculos representan cientos de miles de dólares al año; otras, unas simples rosquillas recién salidas del horno.

CAPÍTULO 2

Rosquillas para médicos

La depresión

Nota: Los fármacos abordados en este capítulo tienen nombres diferentes en algunos países. Por ejemplo, Paxil se comercializa con el nombre de Aropax en Australia, Serotax en el Reino Unido y Serotax en España. Zoloft se llama Lustral en el Reino Unido.

Las ráfagas de aroma a bollería recién hecha emanan del coche de Michael Oldani cuando abre la puerta y salta del vehículo para abrir el maletero. Recoge una caja de cartón llena de muestras gratuitas de medicamentos y apila sobre ésta dos más, todas ellas adornadas con etiquetas que rezan el nombre de un famoso antidepresivo. Uno más entre el ejército de 80.000 *soldados* que trabajan como agentes comerciales para las compañías farmacéuticas de Estados Unidos, Oldani ha empezado su día cargando el regalo más seductor: las rosquillas calientes.¹

De pelo negro azabache, moreno y bien parecido a la manera italiana, Oldani hacía incursiones diarias en la primera línea de los despachos de médicos, blandiendo las armas de la industria para seducir a las masas: comida, adulación, amistad... y muchas muestras gratuitas.² Su principal objetivo era maximizar las ventas del antidepresivo de su compañía, pero una estrategia clave para conseguirlo consistía en vender un cierto tipo de depresión. Durante casi dos décadas, Oldani y miles de personas como él han ayudado a inculcar y reforzar la idea de que la depresión es una enfermedad psiquiátrica muy extendida y causada casi totalmente por un desequilibrio químico en el cerebro.

También inculcan la idea de que este desequilibrio se supera mejor con la ayuda de un moderno grupo de fármacos denominados inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina, o ISRS, donde se incluyen Prozac, Paxil y Zoloft.³ Su trabajo ha sido remunerado generosamente: en algunos países, las recetas de estos medicamentos se triplicaron durante los años 90, haciendo de los antidepresivos una de las categorías de fármacos más vendidas, y generando unas ventas globales de más de 20.000 millones de dólares a sus fabricantes.⁴

El dinero que las compañías farmacéuticas invierten en agentes comerciales y en muestras gratuitas constituye el mayor componente de los 25.000 millones de dólares que se destinan anualmente en Estados Unidos para publicidad y es la base de la red global de artimañas entre la industria y los profesionales.⁵ Lo que empieza con rosquillas para médicos acaba en copiosos banquetes para los líderes de opinión en hoteles de cinco estrellas. Y en cuanto se puede, no solamente se venden los fármacos, sino también puntos de vista muy concretos sobre las enfermedades.⁶ Tal y como afirman los especialistas en enfermedades mentales, la idea de que la depresión viene generada por una deficiencia de la serotonina química cerebral es tan sólo uno de los muchos puntos de vista científicos, y de hecho muy simplista y anticuado en este aspecto.⁷ Sin embargo, es una teoría muy viva en la gran maquinaria del marketing, que empieza con las consignas matutinas de los agentes comerciales de las compañías farmacéuticas.

Tras un cambio radical de ánimo y de carrera, Michael Oldani trabaja actualmente en su doctorado sobre antropología en Princeton, donde intenta darle sentido a las interacciones entre los vendedores de medicamentos y los médicos. Explica que los vendedores que salen adelante en un entorno tan competitivo son «maestros a la hora de establecer creencias, forjar alianzas, y adquirir compromisos, compartiendo información y dando lo mejor de sí mismos».⁸

Los seres humanos tienen una tendencia natural a agradecer la bondad, y la mejor manera de hacerlo por parte de los médicos es recetando los productos con los que los representantes los presionan.⁹ Para Oldani, estas relaciones bilaterales adquieren un carácter muy personal, y las «transacciones comerciales en sí mismas nunca se llevan a cabo... nunca quedan patentes». Pese a que estos tratos intimistas quedan totalmente encubiertos de cara al público, son muy efectivos para aquéllos que los costean.

Los contactos entre representantes y médicos tienden a generar hábitos de prescripción menos racionales, aunque muchos médicos niegan que se les haya influenciado.¹⁰ La investigación sugiere que los médicos expuestos a visitas de comerciales son más propensos a terapias con fármacos que sin ellos, y son más favorables a recetar medicaciones caras cuando la eficacia es la misma que con medicaciones más baratas del mercado.¹¹ Los investigadores han llegado incluso a sugerir que existe una asociación entre la dosis y el resultado: es decir, cuanto mayor es el contacto entre médicos y comerciales, mayor es el número de médicos que captan los mensajes «comerciales» como opuestos a la percepción «científica» del valor de un producto.¹²

En el caso de los nuevos antidepresivos, la laguna entre los mensajes comerciales y la percepción científica se ha convertido en algo extremadamente desproporcionado, siendo los beneficios de estos fármacos mucho más modestos, y sus riesgos mucho más elevados de lo que se ha dado a entender durante toda una década.¹³ Según análisis independientes referentes a los ensayos clínicos, casi todos financiados por sus propios fabricantes, en promedio las ventajas de estos antidepresivos frente al placebo o las pastillas de azúcar son, como mucho, modestas. Sin embargo, sus efectos secundarios pueden generar problemas sexuales, reacciones graves de abstinencia y un aparente aumento de sufrir comportamiento suicida entre los jóvenes.¹⁴ Curiosamente, de algún modo, parte del marketing de estos nuevos antidepresivos ha influido directamente en el miedo a pensar que se puede llegar al suicidio si no se trata la depresión de una persona joven.¹⁵

Mientras muchos médicos e investigadores confían en que, efectivamente, los fármacos evitan el suicidio en algunas personas, las pruebas de que disponemos sugieren que los niños y adolescentes que consumen estos medicamentos aumentan sus riesgos de concebir ideas y conductas suicidas.¹⁶ Cabe destacar que las pruebas científicas no apuntan a un incremento del suicidio real, sino más bien del comportamiento y pensamiento suicida.

Mientras las nubes y la niebla de un temprano día de mayo se ciernen sobre los tejados de Manhattan, miles de psiquiatras se amontonan en un gigantesco centro de convenciones para aprender algo sobre los últimos avances científicos, durante el congreso anual de la American Psychiatric Association (Asociación Americana de Psiquiatría), la APA. Al entrar, no han podido escapar de las vallas publicitarias gigantescas que anuncian la reunión, adornadas con el nombre de uno de los principales patrocinadores del congreso, Pfizer, el fabricante del antidepresivo más vendido del mundo: Zoloft.

Dentro del centro de convenciones, parecido a una catedral, el primer puerto de escala para la multitud de visitantes es el gigantesco pabellón de exposiciones, donde se puede realizar un viaje surrealista dentro del enmarañado mundo de la psiquiatría, financiado por compañías farmacéuticas.

El primer expositor del pabellón es Pfizer. Todavía es pronto en esa mañana de domingo, la conferencia, que durará cinco días, acaba de inaugurarse, y miles de médicos se alinean ya frente a los puestos como niños impacientes durante el carnaval, rellenando formularios y sumando sus nombres a participaciones de concursos con la esperanza de ganar algún caprichillo o chuchería. En una de las cabinas, el premio ofertado es un simple puntero láser y, sin embargo, la emoción es enorme. Es la hora del circo y, para trabajar con la multitud, hay docenas de amables y eficientes agentes comerciales como elegantes cabecillas. «Encantado de conocerle», dice uno de ellos, educadamente.

La íntima relación que existe entre la psiquiatría y la industria farmacéutica se ha hecho famosa.

Cuando el antiguo editor del *New England Journal of Medicine* (Revista semanal de medicina general que publica los más recientes trabajos de investigación, artículos y editoriales de opinión sobre una amplia variedad de temas fundamentales en la ciencia biomédica y la práctica clínica), la Dra. Marcia Angell, publicó su célebre editorial «Is Academic Medicine for Sale?» (¿Está la medicina académica en venta?), fue éste el grupo de especialistas que escogió para ilustrar el tema.¹⁷ Escribió que cuando el personal de la revista buscaba un psiquiatra experimentado e independiente para que redactara una crítica sobre los antidepresivos, tuvo muchas dificultades en encontrar uno porque en Estados Unidos sólo «unos pocos» estaban libres de vínculos económicos con los fabricantes de fármacos.

El congreso anual de psiquiatras patrocinado por la industria también se ha vuelto legendario.¹⁸ En 2004, las compañías farmacéuticas pagaron del orden de 2.000 dólares por cada diminuto espacio de 3m² en el pabellón de expositores.¹⁹ Y es que las compañías no solo pagaron para tener espacio para sus stands, sino que también patrocinaron más de 50 sesiones científicas durante toda la semana que duró el congreso. La APA no revelará cuánto cobra la organización a las compañías por tener el privilegio de patrocinar un simposio, pero se ha calculado que pagan decenas de miles de dólares por sesión.²⁰

Para los psiquiatras asistentes, el patrocinio creó una orgía de indulgencia culinaria, ya que, de un modo u otro, el simposio financiado por la industria siempre coincidía con las horas de comer. En el congreso de Nueva York, los psiquiatras se documentaron acerca del trastorno bipolar durante una sesión de desayuno en el Hotel Marriott Marquis por cortesía de Lilly, los fabricantes de Prozac.²¹ En una sesión durante la hora del almuerzo en el Grand Hyatt patrocinada por el fabricante de Paxil, GSK, los delegados recibieron formación acerca de la depresión materna.²² Y para el simposio de la cena, los aplicados médicos oyeron hablar del trastorno por ansiedad generalizada en la conocida sala Grand Ballroom del histórico Hotel Roosevelt de la ciudad; todo gracias a Pfizer.²³ Bienvenido al mundo moderno de la ciencia médica.²⁴

No todos los psiquiatras se han acomodado en el tren del chollo. El Dr. Lauren Mosher, psiquiatra formado en la Universidad de Harvard, provocó revuelo unos años atrás al abandonar su asociación profesional con indignación. Miembro de la APA durante casi tres décadas, Mosher declaró en aquel momento que en su opinión «la psiquiatría ha sido casi íntegramente comprada por las compañías farmacéuticas» y que él, por lo pronto, no quería ser «el bobalicón de ninguna de ellas».²⁵ Declaró que la APA y otras asociaciones como ésta en todo el mundo no estaban haciendo ningún favor a la salud humana y los instó a «ser realistas con el dinero, la política y la ciencia. Etiqueta a cada uno por los que es... es decir, sé honesto».

Lo que más fastidió a Lauren Mosher no fue la infame alianza en sí misma, sino el efecto corrosivo que según su opinión tenía esta alianza en la práctica psiquiátrica. Estaba horrorizado por lo que consideraba un enfoque limitador de las terapias farmacológicas, haciendo que los psiquiatras de cualquier parte fueran menos capaces de «entender las

personas en su totalidad en sus contextos sociales». Porque vio una causa más noble en la psiquiatría, más allá del mero papel técnico de reajustar los neurotransmisores de los pacientes, incluida la serotonina, dijo que ya no podía seguir ejerciendo si su profesión condonaba «el uso y maluso generalizado de sustancias químicas tóxicas».

La voz de Mosher no es ni mucho menos la única que critica los estrechos lazos entre la industria y el limitado enfoque sobre las causas y soluciones químicas. Psiquiatra de la Universidad de Wales, el Dr. David Healy es especialista en la historia de los fármacos utilizados en psiquiatría, un médico que receta antidepresivos a sus pacientes y consultor ocasional para varias compañías farmacéuticas. En los últimos años, con muchos artículos, libros y apariciones en medios de comunicación a sus espaldas, ha emergido como crítico líder en la manera en que el marketing farmacéutico está moldeando nuestras percepciones de lo que es la enfermedad.²⁶

Healy sostiene que las primeras teorías según las cuales un desequilibrio de la serotonina provoca depresión no han sido verificadas con investigaciones posteriores.

Al tiempo que reconoce el papel de causas biológicas, Healy argumenta que se ha exagerado la teoría de la serotonina para favorecer las ventas de los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina, incluidos Prozac, Paxil y Zoloft. Afirma que se le dado demasiada importancia porque las compañías reparan en que constituye «un material de marketing maravilloso».²⁷ Es lo típico que un médico generalista utiliza cuando intenta persuadir a una persona para que tome pastillas. Es también el tipo de lógica que los representantes de fármacos como Michael Oldani utilizan para conseguir que los médicos receten sus productos. «Intentan hacernos pensar de un modo en particular», dice Healy. «Intentan hacernos ver a nosotros, los médicos, las enfermedades que más adelante veremos en ustedes, los pacientes; luego la venta de sus productos irá rodada... Yo entro en el juego poniéndole pastillas en la boca, y usted será el que sufra las consecuencias de todo si algo va mal.»²⁸

Si bien el marketing de la industria puede contribuir a *limitar* la atención sobre las causas y soluciones químicas, también ayuda a promover una visión más *extensa* de las personas aquejadas de trastornos mentales como la depresión. Durante la última década, muchos de nosotros hemos oído repetidamente que tal vez un tercio de la población sufra algún tipo de trastorno mental. Una de las principales fuentes de este dato fue un estudio sobre americanos realizado a principios de los 90 que afirmaba haber hallado que, en cualquiera de los años estudiados, el 30 por ciento de las personas sufría algún trastorno mental.²⁹ Aunque suene absurdamente elevado hasta el punto de ser ridículo, este número se ha citado a lo largo y ancho del planeta, en marketing y en otros campos, y ha contribuido a causar la impresión de que millones de personas no han sido diagnosticadas ni tratadas.³⁰

Uno de los que opinó que la cifra sonaba un tanto demasiado elevada fue el psiquiatra William Narrow, que en aquel entonces trabajaba para los National Institutes of Health, financiados por el gobierno estadounidense. Él y sus colegas empezaron a fijarse en el método exacto de recopilación de resultados del estudio. Lo que hallaron fue que muchas de las personas calificadas con un «trastorno mental» por los investigadores del estudio, no tenían un trastorno «relevante a nivel clínico».

En otras palabras, no tenían en realidad ningún trastorno que justificara un tratamiento.³¹ Cuando Narrow empezó a distinguir entre los que padecían un trastorno «significativo a nivel clínico» de los que no lo padecían, surgió un panorama muy distinto.

En 2002, Narrow y sus colegas publicaron un documento científico titulado «Revised Prevalence Estimates of Mental Disorders in the United States» (Revisión de la prevalencia estimada de trastornos mentales en Estados Unidos).³² Entre las corteses líneas de lenguaje académico del documento, las conclusiones del primer estudio quedaron largamente

cuestionadas. Se puso en tela de juicio la ortodoxia según la cual un tercio de las personas padecen depresión o cualquier otro tipo de trastorno psiquiátrico. La revisión de las exageradas previsiones resultó radicalmente a la baja, recortando drásticamente el índice total de aquéllos que supuestamente sufrían un trastorno mental, durante cualquier año, del 30 por ciento a menos del 20 por ciento.

En los cálculos revisados, la proporción de personas que supuestamente padecían una depresión grave prácticamente se redujo a la mitad, pasando del 10 por ciento a menos del 5 por ciento. Y lo que es más importante, Narrow y sus colegas justificaron estos porcentajes apoyándose en los problemas y limitaciones marcados por los métodos del estudio inicial, casi como si los índices reales de trastornos fueran incluso menores.³³ El resultado final era que muchas personas con problemas leves habían sido incluidas en esos primeros cálculos, lo que acarreó que éstos fueran excesivamente elevados.

«Cuando buscas notoriedad, una manera de hacerlo es impresionar a la gente con grandes números», dice Narrow, haciendo conjeturas sobre el porqué los investigadores del primer estudio decidieron publicar cifras tan sumamente elevadas.³⁴ Tras preguntarle si creía que las cifras originales inducían a error, Narrow declaró: «sobre eso todavía no puedo dar una opinión». En calidad de psiquiatra en activo, Narrow explica que una de sus motivaciones clave es asegurarse de que toda persona que necesite ayuda la tenga.

Sin embargo, también dice que hay un riesgo real de perder las subvenciones públicas para tratar a las personas con trastornos reales si se incluyen a los millones de personas que padecen problemas leves en las estimaciones de enfermedades mentales.

El Dr. Ron Kessler, mentor del estudio original, admite que cuesta creer que el 30 por ciento de la población sufra algún trastorno mental. Sin embargo, se ciñe a sus resultados y rechaza la revisión de William Narrow alegando, llanamente, que es errónea. Kessler, profesor de Harvard sobre políticas de asistencia médica, alega que incluso aquéllos con trastornos mentales leves tienen más números de suicidarse que el resto y que, por tanto, merecen tratamiento, comoquiera que se les etiquete.³⁵ «Si no queremos llamar trastorno a un problema leve, no lo hagamos. Digamos entonces que los trastornos leves no son trastornos. Llamémoslo riesgo si se quiere, pero sea cual sea su denominación, tratémoslo. Tenemos que mantenerlo en nuestro punto de mira porque es un área del sufrimiento humano en la que deberíamos pensar en hacer algo. Me gusta la idea de llamarlo trastorno porque lo presenta como algo en lo que debemos seguir trabajando.»³⁶

Los cálculos de Kessler sobre los extendidos trastornos mentales hacen la boca agua a los comerciantes de fármacos y, aunque su estudio original fue financiado por el gobierno, hoy día las compañías le hacen la corte con regularidad. Si bien no trabaja como asesor o ponente asalariado, vínculo económico que otros investigadores experimentados aceptan gustosamente, se ha beneficiado de fondos procedentes de varias compañías para subvencionar sus actuales trabajos de investigación. Como, entre las más recientes, Lilly, GSK y Pfizer, fabricantes de los tres antidepresivos más vendidos del mundo.³⁷

Uno de los últimos estudios de Kessler incluía sondeos en catorce naciones, dirigido entre 2001 y 2003. El sólido proyecto fue financiado por muchas organizaciones públicas y privadas, incluidas Lilly, GSK y la fundación Pfizer, aunque los sondeos se llevaron a cabo guardando las distancias con sus patrocinadores.³⁸

Las conclusiones revelan algunas asombrosas diferencias entre países. Pese a las críticas de Narrow y otros, este estudio internacional declaró que, en un año cualquiera, el 26 por ciento de la gente en Estados Unidos responde a los criterios que la definen como paciente de un trastorno mental. En México, la cuota era del 12 por ciento; en China y Japón, del 9 por ciento, y en Italia, del 8 por ciento. Con todo, de entre los que calificó con trastornos mentales, muchos eran en realidad casos «leves» según las definiciones que Kessler y sus

colegas utilizan. En Estados Unidos, más de un tercio eran casos leves, lo cual significa que tal vez ni tan siquiera se justificara un tratamiento en función, claro está, de si se escucha a William Narrow o a Ron Kessler.

En lo referente a lo que comúnmente llamamos «necesidades no cubiertas», el reciente estudio de Kessler también ofrecía nuevas y fascinantes reflexiones aunque, de un modo u otro, contradictorias entre sí. Halló que alrededor de la mitad de aquéllos clasificados con trastornos *graves* no estaban recibiendo el tratamiento médico que requerían. En otras palabras, aquí teníamos la prueba del *infratratamiento*. Sin embargo, el estudio internacional también demostró que al menos la mitad de las personas en tratamiento probablemente no lo necesitan. La reseña del estudio, publicada en el *Journal of American Medical Association* por Kessler y sus colegas, afirmaba que «o bien la mayoría o la casi totalidad de las personas en tratamiento en cada país son o bien casos leves o bien no son casos de ningún tipo».³⁹ La obsesión general de las «necesidades no cubiertas», noción constantemente promocionada por médicos y compañías farmacéuticas para justificar la agresividad del marketing de fármacos, puede estar creando un nuevo y extraño fenómeno: «cubrir a los no necesitados».⁴⁰

Uno de los programas educativos que promovió enérgicamente la idea de las «necesidades no cubiertas» se difundió en Australia en la década de 1990.⁴¹ Grupos de médicos generalistas que asistían a encuentros de «formación médica permanente» fueron informados de que un tercio de las personas que visitaban sus consultas padecían una enfermedad mental y se les instó a ser más agresivos a la hora de detectar y tratar la depresión.

Como ocurre con la mayoría de encuentros de formación en medicina, el programa estaba en parte financiado por una compañía farmacéutica. A las preguntas sobre los obvios conflictos de intereses, en que una compañía que fabrica antidepresivos está en parte financiando los programas educativos sobre la depresión protagonizados por el médico, se respondía que era en interés de todos aumentar el número de personas en tratamiento, ya fuera con terapias psicológicas o mediante fármacos.⁴²

Estos seminarios de formación eran en verdad parte de un proyecto mucho mayor cuyo objetivo era aumentar la concienciación entre los médicos y el público australianos acerca de la depresión, financiado parcialmente por Bristol-Myers Squibb, fabricante del antidepresivo llamado Serzone. La financiación también provino del gobierno estatal y de los gobiernos federales. A su vez, este proyecto fue sólo uno entre muchos proyectos similares destinados a «educar» a los médicos, que generosamente financiaron los fabricantes del resto de antidepresivos en la década de 1990. Los programas cosecharon importantes beneficios para sus patrocinadores privados. El volumen de recetas de antidepresivos en Australia se triplicó entre 1990 y 2000.⁴³ Entre los jóvenes de entre 15 y 24 años, los índices se multiplicaron por cinco.⁴⁴

Uno de los componentes clave del programa educativo financiado por Bristol-Myers Squibb era un simple test de filtros, una lista de preguntas, diseñado para que los médicos de familia lo utilizaran a la hora de diagnosticar si sus pacientes sufrían algún trastorno mental. No obstante, este test era tan amplio que clasificaba al 49 por ciento de la gente como aquejada de lo que se denominaba trastorno de «Nivel 1» y al resto, la otra mitad, como pacientes con un trastorno menos grave de «Nivel 2».⁴⁵ Si bien éstas son buenas noticias para Bristol-Myers Squibb y otros fabricantes farmacéuticos, estas proporciones pueden sonar a cálculos absurdamente inflados para los observadores imparciales, quienes por su parte cuestionarían inmediatamente un test potencialmente defectuoso.

De hecho, ciertos investigadores del Monash Medical Centre (Centro Médico Monash) en Melbourne, examinaron posteriormente y con mucha atención este test de filtros, y señalaron graves problemas. Según sus cálculos, la mayoría de personas estudiadas a quienes se

diagnosticó un trastorno mental en este test probablemente no padecía ninguna enfermedad de este tipo en absoluto.⁴⁶ Hay riesgos evidentes cuando los médicos bienintencionados utilizan tests que puedan clasificar erróneamente ciertas personas como aquejadas de alguna enfermedad; no solo existe el riesgo potencial del etiquetaje inapropiado, sino la posibilidad de exponer personas sanas a los efectos secundarios de medicamentos fuertes. Es un peligro que los propios investigadores de Monash recalcaron.

Etiquetar un importante número de personas que no sufran depresión como «probablemente depresivas» puede, razonablemente, considerarse un daño potencial. No queremos remplazar una situación de *no reconocimiento* con otra de *sobre reconocimiento*, porque ninguna de las dos es beneficiosa para el paciente.

Estos antidepresivos, excesivamente promocionados, tienen graves efectos secundarios. En cuanto salió al mercado, los efectos secundarios asociados con el antidepresivo fabricado por Bristol-Myers Squibb, Serzone, fueron tan graves que el fármaco se retiró del mercado en todo el mundo tras salir a la luz pruebas que lo vinculaban a la hepatitis e incluso a la insuficiencia hepática en algunos pacientes. La compañía alegó que la retirada se debió más bien a causas comerciales y no tanto a causas de seguridad.⁴⁷ En el caso de Prozac, Paxil y Zoloft, es sabido por todos que pueden causar graves problemas sexuales llegando incluso a dificultar el orgasmo.⁴⁸ Con Paxil, tal vez hasta un 25 por ciento de quienes usaron el medicamento tiene problemas para dejarlo a causa de los síntomas que genera la preocupación por su retirada. Con todo, lo más alarmante fueron las revelaciones que ponían de manifiesto el riesgo de comportamiento y pensamiento suicida en niños y adolescentes, descubierto sólo después de que las autoridades sanitarias, bajo la presión de activistas en favor de los consumidores, entre otros, exigieran poder ver el juego completo de pruebas financiadas por la compañía, algunas de las cuales han sido sepultadas entre los archivos de la compañía farmacéutica.⁴⁹

Estas revelaciones salieron a la luz en el momento en que las recetas de estos medicamentos a niños aumentaron drásticamente.⁵⁰ En 2002, sólo en Estados Unidos, había más de 10 millones de prescripciones para personas menores de edad en relación con los tres antidepresivos más importantes del país.⁵¹

La protesta pública acerca del tema del comportamiento suicida causó tanto ruido que incluso la FDA, simpatizante de la industria, se vio obligada a convocar reuniones de asesores para investigar. La primera de dos reuniones históricas se celebró en febrero de 2004, en el Holiday Inn de Bethesda, en el extrarradio de Washington DC. «Nuestra hija Julie se sentía excitada ante la idea de ir a la universidad y había sacado 1.300 puntos en sus exámenes de ingreso», contó Tom Woodward a los asesores de la FDA poco después de iniciarse la reunión. Unas semanas después de sus exámenes finales del colegio, según lo que sus padres describen como una racha de conflictos juveniles, a Julie se le diagnosticó una depresión y se le recetó Zoloft. Una semana después de iniciar el tratamiento, Julie se encerró en el garaje de la casa familiar y se ahorcó.⁵² «En lugar de escoger una universidad para nuestra hija, mi mujer y yo tuvimos que escoger una parcela del cementerio para ella,» contaba Woodward con una voz llena de tristeza y rabia. «En lugar de mirar adelante y visitar a Julie en la universidad, ahora visitamos su tumba.»

Las causas de cualquier suicidio en particular son casi siempre muy complejas y esclarecer el rol de cualquier enfermedad subyacente partiendo de los efectos secundarios de un fármaco es ardua tarea. En el caso de Julie, pese a que sus padres tienen una firme convicción acerca de las causas que provocaron el suicidio de su hija, en el momento del parte no hubo ninguna investigación sobre su estado de salud antes de morir ni sobre el

posible efecto del fármaco. No obstante, su historia fue una más de las presentadas en la sesión diaria en Bethesda; una más de las que ayudó a centrar la mirada del regulador de fármacos en los posibles daños de estos antidepresivos tan recetados.

Recapitulando el sentimiento creciente de desazón entre los asesores experimentados que escucharon a los padres de Julie y a muchos otros, el profesor Mark Hudak de la Universidad de Florida instó a la FDA a que actuara para proteger a los niños con problemas de salud leves del tratamiento con medicaciones fuertes.

Si queda claro que están muy enfermos, cualquier cosa que se pueda hacer debe hacerse. Sin embargo, para muchas de las personas que hablaron esta mañana... el panorama que presentaban de su hijo o de algún conocido no era el de alguien muy, muy enfermo. Se trataba de alguien que tenía unos síntomas de tipo relativamente menor, y a quien se le aplicó un tratamiento con estos fármacos con consecuencias terribles.⁵³

A la larga, el análisis que hizo el regulador sobre todas las pruebas de las compañías en niños y adolescentes, incluidas las que no se han publicado, sugería que los fármacos, en promedio, aumentaban los riesgos de comportamiento y pensamiento suicida del 2 por ciento al 4 por ciento. En otras palabras, según un resumen de los ensayos clínicos, el 2 por ciento de los que tomaron un placebo experimentaron ideas o comportamientos suicidas. De entre los que tomaron antidepresivos, el índice fue del 4 por ciento.⁵⁴ Las pruebas no mostraron ningún aumento en los casos de suicidio real.

Y lo que es más, para casi todos los medicamentos, salvo Prozac, no había evidencia en las pruebas clínicas en niños que demostraran que los antidepresivos aliviaran mejor la depresión que un placebo o unas pastillas de azúcar. Las autoridades británicas se movilizaron a finales de 2003 a fin de intentar frenar la prescripción de fármacos a niños.⁵⁵ Un año más tarde, las autoridades de Estados Unidos solicitaron a las compañías que agregasen una contundente advertencia en las etiquetas de los antidepresivos, más de una década después de que los fármacos salieran por primera vez al mercado.⁵⁶ En todo prospecto informativo aparece una advertencia formulada categóricamente y en un recuadro negro: el formato más sugerente para advertencias sobre seguridad. Para Tom y Kathy Woodward, sea cual sea su solidez, las advertencias llegaron sencillamente demasiado tarde.

Cuando esta pareja de clase media empezó a valorar el tratamiento farmacológico que sanaría las dificultades emocionales de su hija, nadie les habló del posible riesgo de que ésta experimentara un comportamiento suicida.⁵⁷ Para Tom Woodward, la muerte de su hija pone de manifiesto lo que él ve como una flagrante falta de regulación, agravada por el hecho de que la FDA se apoya en los fondos de la industria para la mayoría de sus trabajos de revisión en farmacología. «Estos medicamentos se recetan como churros», cuenta Woodward. «Parecer ser que se recetan para casi todo, y sus consecuencias dan miedo». Republicano durante largo tiempo, Woodward se ha convertido en un activista de base para exponer lo que a sus ojos es la malsana influencia de la industria farmacéutica sobre el Congreso de Estados Unidos y la Casa Blanca. También es defensor de una regulación más estricta y más independiente respecto a los fármacos.⁵⁸ «Procuraremos llegar a tanta gente como sea posible, explicaremos nuestra historia e intentaremos hacer correr la voz para que la gente pueda tomar decisiones con fundamento. Si creen que estos fármacos tienen algún interés, que así sea. Pero vayan con los ojos abiertos, sabiendo cuál es la parte oscura porque puede ser muy importante».⁵⁹

Como a Tom Woodward, a la médico generalista londinense, Dra. Iona Heath, le preocupa que a demasiada gente con experiencias de la vida cotidiana normales se les recete rápidamente un fármaco y una marca. Sobre todo le preocupan los cuestionarios y listas de

control de filtrado mediante las cuales se pregunta a las personas si se han sentido tristes, deprimidas, desdichadas o con pocos ánimos, la clase de preguntas a las que muchos de nosotros responderíamos afirmativamente. Heath señala que igual que es importante que los médicos detecten y traten las enfermedades mentales reales, este tipo de tests de filtrado son tan amplios que probablemente etiqueten a personas sanas como enfermas en demasiadas ocasiones. Apunta que muchos casos de depresión serán relativamente leves y que pueden solucionarse en cuestión de meses, aunque, según algunos cálculos, millones de personas toman estos antidepresivos durante varios años o más.⁶⁰

La Dra. Heath dice que lo importante es que los médicos se tomen el tiempo necesario para escuchar a sus pacientes, muchos de los cuales, opina, no quieren ver reducidas sus quejas a un simple problema de niveles de serotonina en el cerebro. La doctora detecta muchas fuentes de sufrimiento emocional en su día a día laboral, incluidas personas que experimentan sufrimientos graves, como la pérdida de un ser querido, el riesgo de perder el trabajo, abusos por parte de la pareja o un hogar estresante, con familia numerosa o peligroso.⁶¹ Mucha gente lucha para justificar su sufrimiento y mucha desarrolla las aptitudes para hacerle frente.

Heath, que trabaja con el Royal College of General Practitioners (Real Colegio de Médicos Generalistas) así como con la revista médica británica *British Medical Journal*, rechaza el modelo «una pastilla para cada enfermo», donde el paciente se caracteriza por estar «roto» y el médico está para «arreglarlo». En cambio, ve la interacción con sus pacientes como parte de una relación mucho más rica. Su objetivo es llegar a un acuerdo mutuo en la medida en que una persona quiera ver sus dificultades como un problema médico que pueda requerir tratamiento. Si se recurre al tratamiento, la doctora presenta un amplio abanico de soluciones, incluidas las medicaciones y las terapias de diálogo, para las cuales hay un buen nivel de eficacia probado.⁶² A veces, Heath sugiere a las personas que escriban o cuenten las historias de su sufrimiento o de su angustia, e incluso recomienda tomar clases de baile o hacer más ejercicio, estrategias mucho menos propulsadas que los enfoques bioquímicos favorecidos por los vendedores de las industrias.

Estudios en varios países demuestran que casi el 80 por ciento de los médicos siguen concediendo visitas a los vendedores de los laboratorios, aunque no sea el caso de ciertos médicos generalistas como la Dra. Iona Heath y el canadiense Dr. Warren Bell.⁶³ Como médico de familia en Salmon Arm, una pequeña población rural en el interior de British Columbia, Bell hace una mueca al hablar sobre la temprana adulación y la rápida amistad que estos vendedores de fármacos le ofrecían cuando trabajaba de joven como interno.

«Básicamente, me ofendía mucho, me ofendía enormemente el hecho de que la gente no fuera amable conmigo por quien yo era, sino por el papel que desempeñaba en la sociedad. Creo que fue el primer contacto que tuve con personas que me trataban como una entidad política en lugar de una persona. Me molestaba de veras.»⁶⁴

Lo que Bell hizo tan pronto como empezó a practicar la medicina en la comunidad fue cortar cualquier tipo de relación con el marketing de la industria, por completo. No tiene logotipos en su oficina ni ha recibido nunca la visita de ningún agente comercial, jamás, en sus 27 años de ejercicio como médico. Esboza una tímida sonrisa cuando piensa en el desconcierto de sus colegas y en la prisión desesperanzadora en que están sumidos dentro del mundo de la charlatanería farmacéutica... incluso personas bastante inteligentes, bastante cultas, no logran mantenerse al margen porque nadan en este mar de logotipos de la industria farmacéutica.»⁶⁵

Bell y Heath no son los únicos en haberse deshecho de las influencias del marketing de la industria farmacéutica. El grupo neoyorquino No Free Lunch (No a las comidas gratis) ha estado desarrollando una campaña mundial al respecto durante algún tiempo, con un eslogan

que reza «Simplemente di no a los viajantes de medicamentos» y su «amnistía del bolígrafo» de gran impacto que anima a los médicos a devolver los bolígrafos que las compañías farmacéuticas regalan entre otra mucha parafernalia.»⁶⁶ El grupo de activistas ya ha disfrutado de algún éxito de importancia. Inspirado en cierto modo por No Free Lunch, hace unos años la poderosa American Medical Student Association (Asociación de Estudiantes de Medicina Americanos), compuesta por 50.000 miembros, montó su propia campaña «PharmFree» (Libre de fármacos) solicitando el cese de cualquier forma de almuerzos gratuitos.⁶⁷

Mientras, en el congreso de la American Psychiatric Association en Nueva York, parece que No Free Lunch ya tiene un impacto considerable. Esta noche, el programa para los psiquiatras anuncia una conferencia pronunciada por un líder de opinión en el salón de baile imperial del Sheraton, que les hablará sobre trastornos de ansiedad.⁶⁸ Cultivar una escudería de líderes de opinión es una parte clave de las estrategias de marketing de la industria, ya sea para la depresión como para cualquier otra dolencia.

La calidad de esta escudería depende en gran parte del trabajo de campo de los agentes comerciales como Michael Oldani, quienes valorarán el grado de influencia, de primera mano, de un médico joven sobre sus semejantes, como parte de su rutina diaria.

Los vendedores señalan a los candidatos más prometedores como posibles líderes de opinión y luego les encomiendan breves tareas de oratoria para probarlos. Más adelante, si su valía ha quedado demostrada, puede que se les pague para hablar regularmente en pequeñas reuniones a nivel local sobre los últimos fármacos en fase de creación. Con un poco de suerte, el líder de opinión puede acabar encontrándose en la «sala de ponencias» de alguna compañía, ganando miles de dólares por hacer presentaciones a sus compañeros internacionales sobre las últimas enfermedades, en eventos de gran impacto, como el congreso de la APA en Nueva York.

De hecho, las alianzas con los líderes de opinión son tan importantes que algunas empresas de marketing calculan el «rendimiento de la inversión» que una compañía farmacéutica puede cosechar de esta clase de presentaciones.⁶⁹ La actividad de un líder de opinión puede rastrearse mediante la medición secreta del impacto de sus mensajes sobre lo que prescriben aquéllos que reciben «formación». Oldani recuerda de su paso por la industria que los mejores portavoces eran los que ofrecían un discurso equilibrado y que jamás promocionaban abiertamente un fármaco. Los asistentes a tales sesiones de formación o científicas nunca sabrían que estaban siendo objeto de una acción comercial. Los más talentosos de estos líderes de opinión, o «campeones de producto», tal y como también se les conoce dentro de la industria, podían realmente manipular a la multitud y «vender sin vender».⁷⁰

Mediante cualquier análisis objetivo, una de las razones por las cuales médicos de todo el mundo aceptaban prescribir de tan buen grado y durante tanto tiempo los antidepresivos ISRS era que el duro trabajo que realizaban los agentes comerciales como Oldani quedaba respaldado por los psiquiatras líderes de opinión, mercenarios de los fabricantes de fármacos.

Al comparar la realidad científica de los modestos beneficios y graves perjuicios de estos fármacos frente a los entusiastas mensajes defendidos durante más de una década, muchos dentro del campo de la psiquiatría deben de sentirse avergonzados actualmente. Y aunque su especialidad está posiblemente más involucrada que otras, la misma red de vínculos económicos existe dentro de prácticamente todo el panorama médico. Cuando se trata de educar a los médicos con rosquillas, pocas especialidades médicas se han dejado de lado.

Para una dolencia como la depresión, intentar separar el marketing de la ciencia no ha sido siempre tarea fácil, porque sí hay gente que sufre trastornos mentales reales, muchos de los cuales pueden tratarse eficientemente con medicación, y otros muchos que sufren graves

problemas no reciben el tratamiento que necesitan. Asimismo, muchos de los médicos que trabajan codo a codo con las compañías farmacéuticas están muy motivados para actuar en interés de los pacientes. Sus vínculos con la industria pueden reflejar un interés profesional compartido y no tanto una relación comercial inapropiada. Y para complicar las cosas un poco más, tenemos el argumento actual sobre lo que son las «necesidades no cubiertas» y el «cubrir a los no necesitados» respecto a la depresión y a otras enfermedades mentales.

Por otro lado, a veces los procesos más naturales y normales de la vida se venden como estados de salud que deben tratarse con fármacos. Y, a veces, este marketing se hace todavía más fuerte y efectivo gracias a la intangible magia de las celebridades que se encargan de su publicidad.

CAPÍTULO 3

A por los famosos

La menopausia

El verano de 2002 trajo buenas y malas noticias para Lesa Henry, la atareada responsable de relaciones públicas de la compañía farmacéutica Wyeth, y la mujer que ayudó a comercializar uno de los regímenes farmacológicos más vendidos de todos los tiempos: la terapia de sustitución hormonal. La buena noticia fue que acababa de recoger un premio otorgado por la industria de la publicidad por su trabajo con famosos para promover fármacos y que había sido nombrada como uno de los 25 mejores vendedores del año. La mala noticia fue que los científicos acababan de descubrir que el uso a largo plazo de la terapia de sustitución hormonal estaba causando más perjuicios que beneficios a las mujeres.¹

En el mundo del marketing farmacológico, se considera que Lesa Henry, de la compañía Wyeth, es una fuera de serie. Fue la primera en reconocer el valor que tienen los famosos a la hora de «educar a los consumidores» sobre los estados de salud y sobre los fármacos para cada uno de ellos.² Uno de los golpes maestros de Wyeth fue el de contratar a la *top model* Lauren Hutton para aumentar la concienciación pública sobre un «estado de salud» conocido de otra forma como la menopausia: el momento de la vida de una mujer en que sus períodos y su fertilidad llegan al fin.

El célebre rostro de Hutton ha liderado una sólida campaña de marketing donde se promocionaban tanto los «peligros» de la menopausia como la «promesa» de las pastillas hormonales de Wyeth. En calidad de director de comunicación dentro de la división de asistencia a la mujer, Henry llevaba la compañía hacia delante, según el jurado que le otorgó el premio, «al usar tan acertadamente portavoces célebres en un esfuerzo de comunicación innovador y pensado para obtener resultados».

Los famosos se han convertido en las principales figuras de las campañas farmacológicas para cambiar nuestra manera de ver las dolencias propias de la vida. Las estrellas del baloncesto ayudan a transformar los miedos que genera nuestro rendimiento sexual en pastillas para los trastornos sexuales y, ahora, los héroes del fútbol venden la timidez como síntoma de alguna enfermedad mental. A cambio de sus problemas, las estrellas reciben nada más y nada menos que entre 20.000 y 2 millones de dólares, aunque el importe exacto de estos cheques se guarda muy en secreto.³ Es más, en muchas de las entrevistas y de los artículos sensacionalistas aparecen estos famosos como si estuvieran comprometidos en estimables actividades «de concienciación», sin mencionar en modo alguno los copiosos honorarios estelares tras los escenarios. Una de las campañas con más cinismo fue la de Wyeth, que intentaba infundir miedo sobre la menopausia al tiempo que los científicos habían estado documentando el riesgo que entrañaban los fármacos de la compañía contra la menopausia. La suma ironía es que la terapia de sustitución hormonal, después de haber sido minuciosamente estudiada, causaría a la larga algunos de los mismos problemas de salud que supuestamente curaba.

Un hito en la campaña para «educar» a las consumidoras sobre la menopausia fue un artículo en el año 2000 anunciado en la cubierta de *Parade*, el suplemento semanal que se vende con los periódicos en todo Estados Unidos.⁴ Con unos 70 millones de lectores americanos cada domingo, es sin duda una de las revistas más leídas del planeta y un artículo en su interior es el sueño de cualquier director de marketing.⁵

Fotografiada junto a otras dos sonrientes celebridades, la sexy Hutton ocupaba la cubierta de *Parade* donde rezaba el siguiente titular: «Vive más tiempo, mejor y con más cabeza: la guía indispensable de este año para todos.» Confundiendo los límites entre noticias y publicidad, Hutton no sólo aparecía en la portada de la revista y en su artículo estrella, también protagonizaba la sensacional publicidad de Wyeth en el mismo número, donde hablaba sobre las consecuencias de la «pérdida de estrógenos» durante la menopausia.

La publicidad de Wyeth detallaba una lista aterradora de lo que aparentemente tienen por delante las mujeres tras la menopausia: enfermedad de Alzheimer, ataques al corazón, cáncer de colon, cataratas, pérdida de los dientes, sudores nocturnos, sequedad vaginal, fracturas óseas y mucho más. «Habla con tu médico», instaba urgentemente la imagen de Hutton, siempre reconfortante, «porque cuanto más informada estés sobre la menopausia y la pérdida asociada de estrógenos, más activamente querrás interesarte por tu salud».

Justo unas páginas más adelante de la publicidad había un artículo titulado «Los famosos revelan sus secretos», donde la *top model* y abogada de la salud de 55 años compartía sus consejos para sentirse bien y estar fabulosa. Empezaba alabando las virtudes de las manzanas, del pescado, de la pasta y del yoga. Y luego venía la parte más importante del mensaje de Hutton. «Mi secreto n° 1 son los estrógenos», contaba. «Son buenos para tu ánimo, son buenos para tu piel. Si tuviera que escoger entre todas mis cremas y mi maquillaje para sentirme bien, elegiría el estrógeno». Las normas de la FDA prohibieron a los directivos de Wyeth realizar este tipo de afirmaciones unilaterales sobre los fármacos hormonales de la empresa en sus anuncios publicitarios, sin mencionar en absoluto los efectos secundarios. Sin embargo, su famosa a sueldo no está bajo las mismas restricciones de la FDA.

Vender que la menopausia es un momento de *pérdida* hormonal espantoso prepara el terreno para vender la promesa de la *sustitución* hormonal. Tal y como reconoció la revista del gremio llamada DTC *Perspectives* al ungir a Lesa Henry como una de las mejores representantes del año: utilizar gente famosa da resultado.

Y es que Lauren Hutton no es la única estrella de la escudería de Wyeth. La diva del *soul* Patti LaBelle y la actriz Cheryl Ladd también han estado en nómina.⁶ No es de extrañar que Lesa Henry ganara el mismo galardón de la industria por segunda vez un año más tarde.⁷

Wyeth defiende acérrimamente la intervención de famosos alegando que las mujeres deciden participar en programas formativos según sus experiencias personales y su deseo de compartir estas experiencias con otras mujeres. En lo referente a los premios, un portavoz de Wyeth declaró que la compañía se sentía orgullosa de que se reconociera el éxito profesional de sus empleados.⁸

«Estas campañas son muy efectivas a la hora de llegar a los consumidores», afirma la cazafamosos Amy Doner Schachtel. Desde su oficina de Nueva Jersey, la atractiva y antigua experta en relaciones públicas de la industria farmacéutica ha dado un salto a la vanguardia del marketing médico.⁹ A veces atendiendo dos llamadas a la vez, pone en contacto prominentes famosos con compañías farmacéuticas de renombre, entusiasmadas por educar al público sobre los estados de salud comunes. «Con tan sólo un fragmento de un programa de entrevistas nacional o un artículo impreso en uno de los diarios más importantes, se puede tener un impacto tremendo sobre las decisiones de los pacientes a la hora de solicitar tratamiento», afirma. El objetivo de estas campañas de famosos financiadas por la industria es, tal y como insiste Schachtel constantemente, que los pacientes se acerquen a las consultas

de sus médicos en busca de tratamiento. Schachtel ha contribuido en la búsqueda de celebridades que aumenten la concienciación sobre el síndrome del colon irritable, la depresión y el trastorno de ansiedad social. Ha trabajado con Rob Lowe, ídolo de la serie televisiva estadounidense *West Wing*, con Naomi Judd, la cantautora de música *country*, y la superestrella de televisión Cybill Shepherd. «La gente va a ver a los famosos» dice, «porque cree en ellos».

El papel de Hutton, como el de otros famosos, no era inventarse un estado de salud, sino más bien intentar vender una cierta percepción del mismo. En este caso, el anuncio publicitario protagonizado por Wyeth intentaba convencer a las mujeres de que la menopausia no es simplemente una parte natural de la vida, sino más bien un estado de «pérdida de estrógenos» que genera y aumenta el riesgo de enfermedades aterradoras y mortales y que requiere una visita médica. Esta imagen de la menopausia no es nueva en absoluto, pero durante estos últimos años las razones de Wyeth para promocionarla se han intensificado, al tiempo que el mundo ha ido aprendiendo más y más sobre los peligros de las píldoras hormonales de esta compañía. Cuando salió la famosa portada en el *Parade* en el año 2000, las primeras conclusiones de un extenso estudio financiado por el gobierno sobre el uso prolongado de los fármacos empezaban a aflorar. Tal y como veremos más adelante, la fórmula combinada de terapia a largo plazo de sustitución hormonal, una de las más aplicadas de la historia, tenía más efectos nocivos que positivos en las mujeres del mundo entero que la utilizaban: aumentaba ligeramente el riesgo de padecer ataques al corazón, ictus, trombosis y cáncer de pecho.¹⁰

La promoción de los cambios vitales naturales femeninos como un estado de «pérdida de estrógenos» tiene una historia de décadas como mínimo. Igual que hoy día, los famosos sostenidos por las compañías farmacéuticas estaban en el centro de la acción. El Dr. Robert Wilson publicó el monumental trabajo titulado *Feminine Forever* (Femenina para siempre).¹¹ La cubierta del libro hacía una declaración revolucionaria: «el descubrimiento de que la menopausia es un trastorno de deficiencia hormonal, que tiene cura y que es totalmente evitable», lo cual significa que «todas las mujeres, independientemente de su edad, pueden tener una vida sexual plena durante toda la vida y sin riesgos». Algunos pasajes del libro fueron publicados en *Look* y *Vogue*, y se vendieron 100.000 ejemplares en cuestión de meses.¹² El libro se convirtió en un éxito de ventas y Wilson, en un médico famoso. «En lugar de estar condenadas a ser testigos de la muerte de su feminidad durante lo que supuestamente deberían ser los mejores años», cuenta el preámbulo del libro, «las mujeres permanecerán plenamente femeninas, física y emocionalmente, tanto tiempo como vivan».

...la menopausia es un trastorno de deficiencia hormonal, que tiene cura y que es totalmente evitable...

Feminine Forever, 1966

La principal reivindicación de *Feminine Forever*, de la que se hacen eco las declaraciones de la célebre Hutton 40 años más tarde, era que la menopausia es un estado que requiere asistencia médica. Es un *trastorno deficitario* que se sana con pastillas. «Con una terapia con estrógenos», declaraba Wilson, «la rápida decadencia física de la mujer en los años que siguen a la menopausia se paraliza. Su cuerpo retiene su relativa juventud igual que ocurre con el hombre». Se utilizaron gran cantidad de artículos científicos para apoyar las reivindicaciones de Wilson sobre las propiedades milagrosas de los estrógenos. Pese a que era evidente que las pastillas podían tener efectos beneficiosos a corto plazo en lo que a alivio sintomático se refiere, sus riesgos y beneficios a largo plazo, sencillamente, eran desconocidos.¹³

Frente al movimiento emergente de las feministas, telón de fondo de los años 60, y su lenguaje de emancipación, el libro de Wilson alegaba que su visión revolucionaria de la menopausia y de su tratamiento era una manera de apoyar la liberalización de la mujer, sobre todo en el ámbito sexual. Lanzó un ataque contra la profesión médica, predominantemente masculina, que a su entender no había sabido valorar la menopausia «como un síndrome mental y físico grave». Al reconocer el sufrimiento a veces grave de sus pacientes menopáusicas, Wilson quedó firmemente alineado con éstas y valientemente posicionado contra la «indiferencia» de los médicos que pormenorizaban el sufrimiento de las mujeres rebajándolo a un simple estado mental.

Otras acusaciones similares apuntan a la profesión médica desde el movimiento feminista. Igual que Wilson, las organizaciones defensoras como la National Women's Health Network (Red Nacional para la Salud de la Mujer) critican a los médicos que desestiman los problemas que padecen las mujeres de edad madura tachándolos «meramente» de menopausia. Reivindicando sus argumentos, el grupo de feministas insta a los médicos a que presten más atención a los informes que tratan de los cambios desagradables que muchas mujeres experimentan durante la menopausia. Para ello, también insisten en que los médicos traten de ofrecerles soluciones.¹⁴

Por otro lado, este mismo grupo de mujeres se muestra cáustico sobre el célebre libro *Feminine Forever* y la opinión de Wilson de que la menopausia es una enfermedad. «La menopausia se ha medicalizado», alega el grupo. «Este enfoque no es beneficioso para las mujeres».¹⁵ Esta organización feminista, cuya sede se encuentra en Washington DC, es uno de los pocos grupos emblemáticos en favor de los consumidores que sigue siendo totalmente independiente respecto a la financiación y al apoyo de la industria farmacéutica. Tras reconocer que son necesarios remedios para aliviar definitivamente los síntomas de la menopausia y disponer de información certera para estar sana, el grupo se opone drásticamente a la idea de que el ciclo normal de la vida es una enfermedad carencial. «La menopausia es una función natural del cuerpo, no una enfermedad, y no requiere automáticamente tratamiento».¹⁶

La socióloga Susan Bell ha constatado que los orígenes de la medicalización de la menopausia se remontan a mucho antes de la aparición del libro *Feminine Forever*, a la década de 1930, cuando un pequeño grupo de especialistas médicos de élite empezaron a definir este cambio en la vida de la mujer como un problema médico y lo etiquetaron de enfermedad carencial.¹⁷ Curiosamente, resulta que el mismo grupo de médicos también investigaba un nuevo fármaco denominado DES: una de las primeras formas sintéticas del estrógeno, la hormona femenina.

Según Bell, las mujeres salían beneficiadas si consideraban la menopausia como una dolencia médica: sofocos, sudores y otros síntomas fueron entonces legitimados y explicados por la ciencia médica moderna y, en algunos casos, remediados mediante terapias médicas en lugar de obviarse como si fueran producto de la imaginación de las mujeres. Sin embargo, para Bell, los inconvenientes de medicalizar la menopausia tenían un peso mucho mayor que sus ventajas.

Una vez definida como una enfermedad carencial, el tratamiento de la menopausia con estrógenos no era únicamente legítimo, sino que se convirtió en un precepto, la línea de pensamiento que se hace eco hoy día con la *top model* Hutton, que insta a las mujeres a poner un *interés activo* en su salud. Muchas lectoras ya habrán establecido otra conexión en este punto. Del mismo modo que la moderna terapia de sustitución hormonal a largo plazo está siendo presentada como tóxica y dañina, se descubrió en última instancia que el fármaco DES de los años 30 era un peligroso agente cancerígeno vinculado a defectos de nacimiento en las hijas de algunas de las mujeres que lo consumieron.¹⁸

Tanto los médicos como la industria farmacéutica tienen mucho que ganar con la concepción de la menopausia como un estado que requiere tratamiento y, tal y como ocurre con otros estados de salud, algunos componentes de ambos grupos trabajaron conjuntamente sobre esta enfermedad.¹⁹ La ilustración perfecta tal vez sea *Feminine Forever*, el libro que ayudó a que generaciones y generaciones de mujeres creyeran que podían tratar su trastorno de *carencia* mediante *sustitución* hormonal. Lo que no quedó claro a quienes leyeron el último bestseller del Dr. Wilson era que las giras de presentación de su célebre libro y sus trabajos científicos para hacer pruebas sobre los estrógenos estaban en parte financiados por la compañía farmacéutica que fabricaba las hormonas: Ayerst Laboratories, que posteriormente se convirtió en Wyeth, la misma compañía que financió la famosa campaña de Hutton cuatro décadas más tarde.²⁰

Pese a que esta alianza entre ciertos segmentos de la profesión médica y las compañías farmacéuticas se califica a veces de «industria de la menopausia», algunos escritores se empeñan en señalar que el proceso de transformar el proceso de cambio de una mujer en una enfermedad no forma parte de una oscura conspiración comercial. Es más, existe una compleja interacción de imágenes e ideas que oscilan entre la sociedad y el mundo de la medicina, alimentadas por las arraigadas y extendidas angustias que genera el envejecimiento, la feminidad y la sexualidad.²¹

Aunque no haya ningún tipo de conspiración en este sentido, no se evitará que los críticos intenten detener lo que consideran una invasión desmesurada por parte de la medicina en la vida cotidiana, lo cual, a su vez, despoja de poder a la gente común como consecuencia. Dos investigadoras, Susan Ferguson y Carla Parry, reivindicaron recientemente que urgía la necesidad de «desmedicalizar el lenguaje y las experiencias de la menopausia», y de describirla y entenderla como un proceso sano y natural.²²

Grupos como la National Women's Health Network consideran que hacen exactamente eso: abogar por un enfoque de la menopausia como proceso natural y denunciar las campañas de marketing que refuerzan la idea de una deficiencia o pérdida.²³ La directora de programas y políticas del grupo es la licenciada por Harvard Amy Allina, una crítica acérrima del marketing de la menopausia.²⁴ Amy alega que la campaña de Wyeth protagonizada por Hutton «desmerece la veneración por las celebridades en este país». Allina alardea de una extraordinaria colección de anuncios publicitarios de fármacos, incluida la aparición de Hutton en *Parade*, que vienen muy bien cuando habla públicamente sobre el modo en que se ha vendido, y se sigue vendiendo, la menopausia a las mujeres. «Usamos la publicidad para mostrar cómo las compañías farmacéuticas expanden el mercado de la TSH (terapia de sustitución hormonal)», afirma. «Todas promueven la idea de que algo no funciona correctamente en el cuerpo de las mujeres, que hay algo negativo en envejecer, y que estos fármacos te van a sanar».

«Esto no fue un cambio; fue una catástrofe», declara una mujer de mediana edad en una publicidad aparecida en una revista médica de la década de 1970. Otra publicidad muestra un primer plano en gran formato del rostro sombrío de una mujer deprimida, con tres palabras crudamente insertadas en negrita a su lado: *Estrogen Deficient Woman* (mujer con deficiencia de estrógenos). Esta publicidad invita al médico a Tratarla con Premarin y Mantenerla con Premarin, el fármaco de Wyeth que se convertiría en una de las pastillas más vendidas de la historia. Haciendo un repaso de los anuncios publicitarios en la céntrica oficina de Allina, uno ya no sabe si reír o llorar.

Mientras la publicidad de la compañía instaba a los médicos a Mantenerla con Premarin, estudios previos ya sugerían que las mujeres que consumieran los fármacos estaban expuestas a un riesgo incrementado de padecer cáncer endometrial. La controversia pública acerca del uso de hormonas iba en aumento y, de hecho, ayudó a crear la misma red en la que trabaja

actualmente Amy Allina un cuarto de siglo más tarde. Después de estos descubrimientos iniciales sobre el cáncer, un segundo fármaco llamado progestágeno (o progestina) se añadió a los estrógenos para crear una forma combinada de terapia de sustitución de hormonas, vendida por Wyeth bajo el popular nombre de Prempro y garantizando ser más fiable que la ingestión sola de estrógenos.

A finales de los años 1980 y principios de los 90, millones de mujeres en el mundo empezarían a utilizar esta terapia de sustitución hormonal —TSH— promovida sobre la base de pruebas que sugieren no solamente que alivia síntomas, sino que a largo plazo puede reducir el riesgo en la mujer de padecer fracturas óseas, enfermedades cardíacas y un deterioro cognitivo.²⁵ En pocas palabras, la TSH se vería como el elixir de la vida.

Muchas de estas pruebas ya eran deficientes desde el principio y, posteriormente, se demostraría que muchas de las promesas eran falsas. Sin embargo, la ficción de creer que la TSH era una panacea fue reforzada durante las reuniones financiadas por la compañía y las conferencias científicas por todo el mundo, incluido el congreso internacional sobre menopausia celebrado en la famosa bahía de Sydney en primavera a mediados de los 90.²⁶ Es más, la industria no solamente financió ampliamente el congreso, sino que las compañías, por su lado, incluida Wyeth, podían patrocinar casi la mitad de las sesiones científicas, igual que el fabricante de antidepresivos ayudó a financiar la reunión de psiquiatras en Nueva York. En todas las tardes de las cuatro que duró la conferencia, los simposios fueron patrocinados por compañías farmacéuticas, incluida una sesión de Wyeth sobre las funciones cerebrales y la terapia de sustitución hormonal.

Para ayudar a los delegados internacionales a entender los últimos hallazgos científicos sobre la menopausia, también se les ofreció un suntuoso buffet al estilo sueco, dentro del programa de actividades sociales ofrecidas por la ciudad de Sydney, donde se incluían viajes al célebre monumento Sydney Opera House y románticos cruceros por la bahía. Los tours que seguían al congreso exploraban la selva tropical, el gran arrecife de coral y el monte Uluru.

Mientras que algunos de los líderes de opinión seguían cantando los elogios de la terapia de sustitución hormonal contra la menopausia en la bahía de Sydney ese año, otros ofrecían valoraciones formales sobre el estado de las pruebas existentes. Ese mismo año, en el centro de conferencias de Sydney, dos médicos del Reino Unido publicaron una carta en una revista médica donde cuestionaban firmemente la capacidad de la TSH para reducir el riesgo de ataques al corazón en las mujeres. Asimismo, sugerían opciones mucho más fiables como realizar ejercicio físico, tener una alimentación equilibrada y abandonar el tabaco. «La menopausia es un estado físico normal», escribieron, «no una enfermedad».²⁷

Para cuando se celebró esa reunión en Sydney, la terapia de sustitución hormonal combinada ya había sido muy utilizada, desde 1980, aunque no fuera hasta 1998 que un riguroso estudio de calidad, denominado prueba HERS, calculara sus riesgos y ventajas a largo plazo.²⁸ Hasta ese momento, estos fármacos eran utilizados por mujeres que eran participantes involuntarias de un gigantesco experimento mundial sin control.

La prueba HERS fue particularmente histórica porque estaba entre las primeras *pruebas mediante control aleatorio* de estos fármacos, un tipo de prueba considerada hoy en día científicamente óptima para evaluar el grado de eficacia de un tratamiento. Tal vez suene a término científico difícil, pero una prueba mediante control aleatorio es una manera relativamente sencilla, aunque eficaz, de probar fármacos y otros tratamientos.

Se divide aleatoriamente un grupo de personas en dos grupos.

A uno de los grupos se le administra el fármaco; al otro grupo, denominado grupo de control, se le administra una pastilla de placebo. Al final de la prueba, se compara la salud de los miembros de ambos grupos.²⁹ En el ensayo HERS, un grupo de casi 3.000 mujeres de

edad que ya padecían algún tipo de enfermedad cardíaca se dividió aleatoriamente en dos grupos. Uno de éstos recibió estrógenos combinados más progesterona (TSH) mientras que el grupo de control recibió un placebo. La prueba la dirigieron investigadores de la Universidad de California, en San Francisco, y fue financiada por Wyeth. Los resultados fueron asombrosos.

Los investigadores hallaron que, después de cuatro años, el grupo de mujeres que había consumido el fármaco no había mejorado respecto al grupo que había consumido el placebo. El fármaco no había logrado evitar ataques al corazón, contrariamente a lo que muchas mujeres han sido inducidas a creer durante una década o más. Todavía más preocupante es que, durante el primer año del estudio, un número de mujeres un poco más elevado había sufrido ataques al corazón en el grupo donde se administraba la terapia de sustitución hormonal.³⁰ Anteriormente, los estudios que pretendían demostrar que los fármacos reducían las posibilidades de sufrir ataques al corazón eran, principalmente, *estudios de observación*, en lugar de ser pruebas mediante control aleatorio.³¹ Sin embargo, pese a esta aterradora evidencia sobre una medicación popular procedente de una prueba de calidad, es sorprendente que el estudio HERS recibiera tan poca atención por parte del público y, sin duda, ningún apoyo por parte de las celebridades.³²

En realidad, en lugar de centrar la atención del público en la importancia de los nuevos descubrimientos científicos sobre la falta de efectividad de la TSH a largo plazo, el mismo año, pocos meses antes de publicarse los resultados del ensayo HERS, Wyeth lanzó una campaña mundial para recordar a mujeres y médicos los peligros de la «pérdida de estrógenos» durante la menopausia. Infundir miedo sobre la enfermedad serviría para contrarrestar, como ya sabían los comerciales de Wyeth, los temores crecientes hacia sus fármacos.

Wyeth escribió a médicos de todo Estados Unidos, no para advertirles de las crecientes preocupaciones sobre la TSH, sino para asesorarles acerca de una nueva campaña para educar a las pacientes, diseñada para «educar a las mujeres sobre todas las consecuencias que conlleva la pérdida de estrógenos y los distintos, e incluso a veces graves, efectos que puede acarrear en sus cuerpos».³³ El segundo objetivo de la campaña, según la carta de Wyeth, era animar a las mujeres a ver a su médico «para aprender más sobre la menopausia y... la pérdida de estrógenos». En la selección de material educativo para las pacientes que se adjuntó a la carta dirigida a los médicos sobresalía el esbozo de una mujer desnuda rodeada de un aterrador despliegue de amenazas a su salud asociadas con la «pérdida de estrógenos»: Alzheimer, ataques al corazón, etc., prácticamente la misma lista que aparecía en tomo a la imagen de la supermodelo Hutton en el anuncio publicado en *Parade*.

La carta dirigida a los médicos es importante, ya que no solamente revela la creciente necesidad comercial de Wyeth de reforzar los miedos públicos sobre la menopausia, sino que también desenmascara los intereses compartidos entre médicos y compañías farmacéuticas. Una campaña sólida de «concienciación», que invite a las mujeres a someterse a unas consultas médicas cuando tenga lugar el evento natural por el que todas ellas pasarán, claramente beneficiará la actividad de los médicos así como la de las empresas farmacéuticas.

Como muchas campañas de marketing actuales, la nueva ola de promoción de Wyeth fue mundial y, con el tiempo, llegó a las remotas tierras australianas en el mismo momento en que Lauren Hutton adornaba la portada de la revista *Parade*. En Australia, el marketing en torno a la menopausia en los albores del nuevo milenio se convertiría en un clásico de venta de enfermedades.

A las dos y dos minutos de una tarde de mediados de julio de 2000, llegó un escrito a la sala de redacción de Sydney de un importante diario nacional.³⁴

Como las docenas de faxes que llegan a las salas de redacción de todo el mundo a diario, éste procedía de una empresa de relaciones públicas internacional y ponía al día a los periodistas de las últimas novedades en materia de salud. Este fax procedía de Hill & Knowlton, de Manhattan, y anunciaba el lanzamiento de una nueva campaña nacional de concienciación sobre la menopausia, «concebida por un grupo de expertos» de la Australian Menopause Society (Sociedad Australiana de Menopausia). Como parte de la campaña, según se explicaba en el fax, los expertos australianos habían redactado un folleto gratuito destinado a las pacientes. Asimismo, se afirmaba que en breve se llevarían a cabo una serie de seminarios para las consumidoras por todo el país.

La campaña australiana no tenía desperdicio. Una semana después de recibir el fax, se publicaban en los periódicos anuncios que animaban a las mujeres a asistir a seminarios donde médicos expertos hablaban de las consecuencias de la «pérdida de estrógenos» y de lo que hacer al respecto, en ciudades y poblaciones de todo el país.³⁵ Igual que ocurría con el comunicado de prensa, los anuncios de los periódicos mencionaban el nombre de la Australian Menopause Society y publicaban su logotipo.

Lo que tanto el fax como los anuncios no mencionaban era que la compañía americana Wyeth estaba financiando la campaña y que esa comunicación formaba parte de la estrategia de marketing a nivel mundial para potenciar las ventas de la TSH, un tratamiento farmacológico que pronto se vería afectado por un huracán de malas noticias. Contrariamente a las sugerencias comentadas en el comunicado de prensa de Hill & Knowlton, los expertos australianos de la Menopause Society no contemplaban distribuir el llamado «material educativo» entre el público. Los borradores de ese material, incluido el folleto informativo destinado a la paciente, procedían de Wyeth y de su equipo de relaciones públicas, Hill & Knowlton, antes de ser revisados y anulados por los expertos australianos, un hecho reconocido meses más tarde por el presidente de la Australian Menopause Society.³⁶

Como mínimo, una de las imágenes clave del supuestamente independiente folleto informativo para pacientes, sobre todo la de la mujer desnuda, fue directamente plagiada del anuncio de Wyeth que recorría en ese momento Estados Unidos. También ofrecía un listado de los ya conocidos riesgos de la menopausia para la salud de las mujeres: enfermedad de Alzheimer, ataques al corazón, etc.

En la cubierta del folleto, aparecía el nombre y el logotipo de la Australian Menopause Society y, pese a que el patrocinio de Wyeth quedaba impreso tímidamente en la última página, no se reveló el papel que la compañía farmacéutica desempeñó a la hora de crear y distribuir el folleto, y organizar la extensa campaña de «concienciación».

El folleto patrocinado por Wyeth y distribuido en el año 2000 a las mujeres australianas ponía énfasis en los supuestos «riesgos» de la menopausia, aunque no mencionaba en modo alguno las últimas pruebas sobre los peligros de la TSH de Wyeth. En la sección sobre los beneficios de la TSH, el folleto afirmaba que los estudios de observación sugerían que los fármacos reducían el riesgo de padecer ataques al corazón. Sin embargo, no revelaba que una de las mejores y más fiables pruebas mediante control aleatorio, la prueba HERS, indicaba que los fármacos carecían de tales beneficios, aunque en ese entonces los resultados de estas pruebas estaban ya disponibles desde hacía dos años. De igual modo, el folleto no informaba en absoluto a las mujeres de la formación de trombos sanguíneos comprobados y asociados al uso de estos fármacos.³⁷

Aquí tenemos otro ejemplo de utilización de dinero corporativo para intentar generar una apariencia de campaña *fiable*. En este caso, el material promocional faccioso había sido firmado por unos denominados expertos australianos y camuflado como información independiente para las pacientes. De nuevo, marketing disfrazado como educativo. Y lo que es peor: la red de patrocinios empresariales se ocultó en algunos de los contactos con los

medios de comunicación y el público durante la campaña. Tal vez lo más importante sea que, pese a los materiales claramente engañosos que se promocionan respecto al fármaco más vendido de todos los tiempos, casi nadie dentro de la organización médica parece inmutarse ni hay nadie entre las autoridades sanitarias que haga nada para que los responsables se hagan cargo de sus acciones.

Lo que hizo de la campaña algo todavía más engañoso fue que los resultados de las primeras pruebas de aquel sólido e importante estudio, ya entonces hacían sonar la voz de alarma acerca de la TSH. Aquí, la coordinación es crucial. A mediados de 2000, mientras la última ola de marketing de Wyeth arrasaba en el mundo entero con la portada de la revista *Parade* y su famosa a sueldo Lauren Hutton e inundando Australia con materiales supuestamente independientes, los primeros hallazgos alarmantes empezaban a asomar tras la prueba mediante control aleatorio, establecida casi una década antes por el gobierno federal de Estados Unidos. Se le llamó la Womens' Health Initiative (Iniciativa de Salud para la Mujer), y sus conclusiones revolucionarían los saberes médicos adquiridos.

La prueba HERS, publicada en 1998, se realizó sobre mujeres que ya habían experimentado alguna cardiopatía. Sin embargo, la Womens' Health Initiative fue la primera prueba de larga duración que se realizó sobre fármacos hormonales entre mujeres *sanas*. Y fue todavía mayor puesto que implicó a más de 16.000 mujeres, lo que convirtió sus resultados en mucho más relevantes para un amplio abanico de mujeres. Los US National Institutes of Health lo lanzó a principios de los 90, tras la presión que ejercían grupos como la National Women's Health Network exigiendo una prueba rigurosa. El contribuyente americano lo financiaba y Wyeth proporcionaba las pastillas.

A principios de 2000, incluso antes de que Wyeth lanzara su campaña australiana, los investigadores que dirigían esta prueba de la Womens' Health Initiative escribieron una carta extraordinaria a las miles de mujeres que iban a participar en el ensayo. La carta informaba que las participantes en el estudio que asumían la versión combinada de la TSH estaban expuestas a experimentar más «ataques al corazón, ictus y trombos» que aquellas mujeres que tomaban el placebo o la pastilla de azúcar.³⁸ Este hallazgo fue histórico, respaldó lo que dos años antes ya la prueba

HERS había demostrado y puso en tela de juicio mucho de lo que se creía férreamente en el mundo de la medicina.

El incremento sólo era leve y se esperaba que con el tiempo, a medida que la prueba fuera avanzando, desaparecería. Sin embargo, generaba más preocupación todavía dado que se entendía que los fármacos reducían los riesgos en mujeres, y no a la inversa. Para las mujeres que participaron en la prueba, debieron ser noticias alarmantes, sobre todo porque, como parte del diseño de la prueba, ni siquiera estaban al corriente de si consumían el fármaco en sí o el placebo.

A la larga, este incremento de riesgos con los fármacos no desapareció. Dos años más tarde se suspendió la prueba porque quedó demostrado que la terapia de sustitución hormonal era más dañina que beneficiosa. A mediados de 2002, los primeros resultados de la Womens' Health Initiative se publicaron en la revista *Journal of the American Medical Association*, levantando titulares en portadas de diarios de todo el mundo.³⁹ Se sobredimensionaron nimios beneficios, como la reducción de fracturas y del cáncer de colon, frente al aumento de riesgos de padecer ataques al corazón, ictus, trombos y cáncer de mama.⁴⁰

Por cada cien mujeres que asumieron la terapia de sustitución hormonal combinada a largo plazo, los fármacos *provocaban* un grave episodio adverso adicional, además de los ataques al corazón y los ictus.⁴¹ En lugar de prevenir ataques al corazón, los fármacos los provocaban. Entre las mujeres de más edad que participaban en la prueba, los fármacos habían duplicado sus riesgos de desarrollar una «posible demencia» después de cinco años,

de aproximadamente del 1 al 2 por ciento.⁴² En lugar de prevenir la enfermedad de Alzheimer, resultó que los fármacos podían causarla. Aparte de las leves reducciones de fracturas y de cáncer de colon, los beneficios sobre la salud a largo plazo que conferían estos fármacos sencillamente no existían. La promesa de evitar la *pérdida de estrógenos* mediante *sustitución hormonal*, el mismísimo fundamento de la *célebre* campaña galardonada de Wyeth, resultó totalmente falsa.

Además, las reivindicaciones según las cuales el fármaco aliviaba muchos de los síntomas asociados con la menopausia, lo cual inició a muchas mujeres en la terapia, también cayeron en cierto grado de escepticismo cuando se publicaron más conclusiones de esta prueba.

Como una parte de la gran Womens' Health Initiative, los investigadores probaron qué grado de mejora en la calidad de vida otorgaba la TSH. Observaron sus efectos sobre la salud en general, la vitalidad, la salud mental y la satisfacción sexual. Después de tres años de tratamiento, se percataron de que «no había beneficios significativos en términos de ningún aporte en la calidad de vida». Sin embargo, entre un conjunto de mujeres que participaron en el estudio, las más jóvenes, de edades entre 50 y 54 años, que experimentaban síntomas fuertes, los fármacos aportaban algo de alivio a los sofocos y los problemas del sueño.⁴³ Y lo que es más importante, hay una consistente evidencia de que estos fármacos son muy eficaces contra la frecuencia y gravedad de los sofocos en muchas mujeres.⁴⁴

Estos extraordinarios hallazgos han generado una mezcla de shock e incredulidad, y han forzado a los médicos a admitir que sus creencias acerca de los beneficios a largo plazo de la terapia de sustitución hormonal se basaban en una ciencia falsa y sostenida en parte por la ayuda de campañas de concienciación de famosos patrocinadas por los fabricantes de fármacos. No obstante, algunos grupos médicos, financiados por compañías farmacéuticas, han sido extremadamente lentos en reconocer la nueva realidad científica. Dos años después de publicarse la innovadora prueba HERS en 1998, que demostraba la inexistencia de beneficios cardiacos en las mujeres bajo TSH, el influyente American College of Obstetricians and Gynecologists (Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos) todavía recomendaba a las mujeres la TSH para «reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares».⁴⁵ Por otro lado, los resultados de la Womens' Health Initiative han sido objeto de crítica por parte de investigadores que alegan su falsedad, pese a la rigurosa calidad del estudio y su amplio alcance.

Algunos observadores como Amy Allina creen que ha existido una campaña coordinada para tratar de minimizar el impacto de estos dos importantes estudios tanto en lo referente a la opinión pública como en los hábitos de prescripción de los médicos.

Apunta que los grupos médicos financiados por compañías están intentando comunicar que los resultados de la Womens' Health Initiative tienen una importancia limitada, sobre todo respecto a mujeres más jóvenes. Le preocupa que la ciencia verdadera vuelva a verse minada por el marketing. No cabe duda de que nuestros conocimientos acerca de los riesgos y beneficios de la TSH, como ocurre con cualquier conocimiento científico, están evolucionando, y es importante colocar los resultados de estos nuevos estudios en un contexto de datos relevantes. Dicho esto, algunos observadores imparciales cuestionarán la afirmación según la cual la Womens' Health Initiative de patrocinio público es una de las mayores y mejores pruebas jamás realizadas en este campo. Pese a las críticas a este estudio, y de la actual defensa que reciben los fármacos por parte de aquéllos que durante tiempo los han protegido, los índices de prescripción para la TSH han caído en picado desde 2002.⁴⁶

Irónicamente, a medida que los riesgos de la terapia de sustitución hormonal se han ido descubriendo y que sus índices de prescripción han ido bajando, a pesar de la campaña coordinada para defender el fármaco, otras compañías que venden otros fármacos o terapias alternativas han intentado meterse por medio en el «mercado de la menopausia», que a

menudo contrata estrellas para tirar adelante. En una ocasión, la cazafamosos Amy Doner Schachtel ayudó a contratar a Cybill Shepherd para aumentar la concienciación sobre la menopausia en nombre de la compañía australiana que fabrica un popular suplemento alimenticio derivado de la soja.⁴⁷

«La asociación entre un famoso y una marca desprende una especie de magia intangible», declaró recientemente un ejecutivo de marketing al tiempo que daba pistas a sus colegas de la industria farmacéutica.⁴⁸ Uno de los consejos consistía en hacer aparecer famosos en tertulias televisadas o entrevistas periodísticas, en lugar de hacerlo mediante publicidad directa. ¿Por qué? Porque la «gran ventaja frente a la publicidad es que el tiempo en antena es casi gratis y no hay que preocuparse por un equilibrio justo».⁴⁹

La vergonzosa publicidad de los estrógenos patente en el artículo de la revista *Parade* no hacía mención alguna de los efectos secundarios del fármaco, presuntamente porque no había razones de peso para preocuparse.⁵⁰ Tampoco el artículo mencionaba el trabajo remunerado de la famosa por parte de la compañía que comercializaba el estrógeno.

Se trata de una burla vergonzosa hacia la protección de la sanidad pública, afirma Allina, alegando que si las celebridades a sueldo aparecen pregonando una enfermedad o un fármaco sin revelar los vínculos con el fabricante, equivale a un «engaño categórico». Por otro lado, las celebridades contratadas por las compañías farmacéuticas no están sometidas a ningún requisito reglamentario para revelar información detallada sobre la naturaleza de la enfermedad o de la terapia que promocionan. Tampoco existen requisitos legales para ellas ni para las fuentes mediáticas en las que aparecen, que las obliguen a revelar los vínculos entre el fabricante farmacéutico, incluso cuando a veces se induce al público a pensar que la celebridad actúa de forma independiente.⁵¹ Hasta que los reguladores sanitarios no despierten de su letargo, estas campañas de marketing salpicadas de estrellas seguirán hechizando a los consumidores de todo el mundo, y la complejidad de la ciencia se perderá bajo los brillantes focos.

Para muchos observadores, la apropiación del cambio de vida de una mujer es una perfecta ilustración de la dramática transformación de una experiencia humana normal en una enfermedad tratable. Las estrellas de este drama ahora incluyen «un lista» de celebridades con fuertes vínculos con las compañías farmacéuticas. Como veremos a continuación, también incluyen algunos de los más conocidos grupos de pacientes del mundo.

CAPÍTULO 4

El compañerismo con los pacientes

El trastorno por déficit de atención

Los ondulados y verdes caminos del Norbeck Country Club brillan bajo el esperado sol de una primavera tardía. A una buena hora de coche de las sirenas y del estrés del centro de Washington DC, el atildado campo de golf privado se asienta entre los ricos barrios residenciales del estado de Maryland. Aquí, el silencio, igual que la opulencia del entorno, es asombroso. Estamos en mayo, la calma queda sesgada por cantos de pájaros y, en esta precisa tarde de lunes, por el murmullo de un grupo de golfistas de edad madura en el inicio del torneo de golf con fines benéficos de la organización sin ánimo de lucro CHADD (Organización no gubernamental caritativa de Niños y Adultos con Trastorno de Hiperactividad con Déficit de Atención). La CHADD en sus siglas en inglés significa Niños y Adultos con Trastorno de Hiperactividad con Déficit de Atención. Es la enérgica asociación de defensa de los pacientes que ahora presume de tener 15.000 miembros y 200 afiliados en los Estados Unidos.

Una escena de tal serenidad puede parecer un lugar inverosímil para un evento caritativo en favor del TDA, pero la verdad es que el emplazamiento es perfecto. Los barrios residenciales de blancos como los que rodean al club de campo son los lugares más sanos y ricos de la tierra, pese a ser considerados el centro de la epidemia del trastorno por déficit de atención (TDA).

En un estado aledaño, en algunas promociones escolares, hasta el 20 por ciento de los niños blancos ya está tomando estimulantes anfetamínicos para combatir el TDA.¹ En otros lugares del mundo como Perth en la costa oeste de Australia, el rápido y creciente aumento de uso de fármacos también ha generado gran preocupación.

La controversia generalizada acerca de la naturaleza y la extensión del trastorno por déficit de atención no ha frenado el rápido crecimiento del uso de fármacos contra él. Según los estudiosos de este fenómeno, desde la década de 1990, la producción del fármaco Ritalin casi alcanzó el 800 por ciento. Para el año 2000, representando menos de un 5 por ciento de la población mundial, los americanos consumían el 80 por ciento de los estimulantes fabricados a nivel mundial.² Ese mismo año, un importante diario científico reveló un drástico incremento en la prescripción de este tipo de medicamentos a niños muy pequeños. Sin embargo, pese a la creciente intranquilidad, el uso de medicación entre los niños no da signos de amainar, ya que las compañías farmacéuticas comercializan agresivamente nuevos fármacos para rivalizar con el popularísimo Ritalin. Como ocurre con muchas otras enfermedades, gran parte de este marketing promociona la propia enfermedad, no sólo los fármacos, y quién mejor que las asociaciones de defensa de los pacientes, financiadas por las compañías, para apoyar esta «toma de conciencia».

El compañerismo con los grupos de pacientes se ha convertido en un elemento clave de las estrategias de marketing para cualquier enfermedad importante, y ocurre en casi todas las grandes compañías farmacéuticas. Un estudio británico calculó que dos tercios de todas las

organizaciones caritativas y de todos los grupos de pacientes aceptan apoyo de fabricantes farmacéuticos y de aparatos médicos, aunque a menudo es difícil saber cuánto reciben.⁴ Con el TDA, como ocurre con otras enfermedades, las asociaciones de pacientes, que financian las compañías, prestan servicio a sus patrocinadores ayudándolos a dibujar un panorama de enfermedad mal diagnosticada que se trata mejor con fármacos y poniéndole una cara humana a esta dolencia.

A diferencia de muchos otros grupos en todo el mundo, en su favor, la CHADD revela exactamente cuánto gana con las compañías farmacéuticas. Recibe casi 700.000 dólares al año, lo que representa casi una quinta parte de sus ingresos totales, es decir alrededor de 3 millones de dólares.⁵ Hay cierta incertidumbre acerca de que la CHADD, y otros grupos similares, puedan desempeñar un papel valioso a la hora de apoyar a millones de miembros y a sus familias, aunque a su vez también esté ofreciendo un servicio valioso a las compañías que la patrocinan. En este caso, para ayudar a promocionar y reforzar una visión concreta de este trastorno tan controvertido.

La celebridad disponible durante el torneo de golf caritativo de la CHADD de Maryland era Johnny Holliday, un prominente presentador deportivo de televisión y radio en Estados Unidos, conocido por su cobertura de los Juegos Olímpicos. Se ha acercado hasta el club de campo para jugar un partido de golf y hacer de maestro de ceremonias durante las celebraciones nocturnas. Holliday explica que no vive lejos de ahí y que se alegra de colaborar altruistamente en el evento porque su hija había sufrido este trastorno, descubierto en su caso en octavo curso. «Conozco la frustración que padeció y la de sus padres también», declaraba a un periodista del *British Medical Journal*.⁶ En lo referente a los medicamentos, Holliday afirmaba que su hija tan sólo había tomado la medicación de forma intermitente durante su estancia en el colegio, sobre todo como ayuda durante épocas de exámenes. «Realmente funcionó», añadió justo antes de saltar al carro de golf y concluir con cierto orgullo paternal que acababa de graduarse con excelentes notas.

Muy pocos cuestionarían que algunos niños con síntomas graves de hiperactividad, distracción o impulsividad puedan beneficiarse ampliamente de un producto farmacéutico, de asistencia médica y de medicación. Sin embargo, hay mucho menos consenso respecto a la manera de explicar o tratar las dificultades a que se enfrenta un vasto número de niños que no saben estar quietos, o que van perdidos en clase. Debido a la incertidumbre y al desacuerdo entorno a la naturaleza de este trastorno, los cálculos más citados sobre el número de niños que sufren TDA abarcan un amplio espectro de individuos, que van desde menos del 1 por ciento hasta el 10 por ciento.⁷

Tal y como ocurre con la depresión, existe mucha duda científica sobre si estas dificultades se deben principalmente a problemas biológicos y químicos en el cerebro, o si son consecuencia de una compleja interacción de factores físicos, sociales, culturales y económicos.

Se han publicado montañas de investigaciones al respecto pero siguen habiendo puntos de vista muy controvertidos acerca de lo que esta investigación demuestra en realidad. Algunos científicos insisten en que existe actualmente un consenso: que el trastorno por déficit de atención es una extendida enfermedad probada biológicamente y que no hay más que hablar.⁸ Otros, que publican sus artículos en las mismas revistas científicas, insisten en que el debate está muy vivo. En marcado contraste, estos investigadores reivindican la inseguridad sobre cómo definir este trastorno, y afirman que no existen pruebas médicas fiables a ese efecto ni evidencia de que esté determinado por factores biológicos.⁹ Incluso los National Institutes of Health, uno de los centros más importantes del mundo a nivel de investigación, concluyen diciendo que las causas de la enfermedad siguen siendo puramente especulativas y que no existen suficientes pruebas para afirmar con certeza que el TDA sea un trastorno mental.¹⁰

Es obvio que calificar el TDA como una enfermedad bioquímica beneficia con mucho a las compañías que venden fármacos para tratarla. Menos evidente es que las compañías farmacéuticas utilicen multitud de tácticas de marketing para influenciar sobre el amplio debate público, y garantizar que ese punto de vista en concreto sea el dominante. Tal y como veremos, una poderosa forma que adopta esta influencia fluye directamente de colaboraciones entre grupos de pacientes como la CHADD, cuya prominencia se debe en gran parte a los suministros de fondos de larga duración por parte de la industria.

Está claro que aceptar un patrocinio no compromete la credibilidad de un grupo ni significa que el grupo atienda ciegamente órdenes sobre qué hacer. Sin embargo, también está claro que las compañías farmacéuticas tienden a financiar grupos de pacientes cuyas posiciones públicas están a tono con sus propios mensajes de marketing en aras de amplificar estos mensajes y hacer que resuenen.

Pese a la incertidumbre científica generalizada y el legítimo debate actual sobre el TDA, tanto la CHADD como las compañías farmacéuticas colaboradoras promocionan la enfermedad como un trastorno «neurobiológico» común que debe tratarse principalmente con medicamentos.¹¹

De vuelta al club de campo, el principal patrocinador del torneo de golf caritativo de la CHADD era una compañía farmacéutica llamada Shire, cuyo nombre aparecía estratégicamente colocado en señales dentro y alrededor del club en esa soleada mañana de este lunes de mayo, y en un cartel gigante que dominaba la sala de banquetes donde Johnny Holliday iría a trabajar como maestro de ceremonias voluntario. De reciente ingreso dentro de la industria farmacéutica, la compañía multinacional Shire presume de tener sedes en Londres y Filadelfia, y de vender más de 500 millones de dólares anuales de una anfetamina llamada Adderall.

Según una presentación realizada por su director ejecutivo, Matthew Emmens, dirigida a inversores potenciales pocos meses antes del torneo de golf, la compañía tenía muchas esperanzas en que su cifra de ventas crecería exponencialmente en los años siguientes.¹² En una de las diapositivas mostradas por el director ejecutivo durante una reunión en un banco mercantil de Nueva York aparecía un gráfico de las ventas de Adderall, que rendían en 1996 10 millones de dólares para alcanzar los casi 520 millones seis años más tarde. Este producto anfetamínico simple constituye más del 40 por ciento de los ingresos totales de la compañía.

Otra diapositiva de la misma presentación mostraba una pirámide del mercado según la visión de Shire. La pirámide estaba dividida en distintas capas en función de las diferentes categorías de personas que la compañía intentaba influenciar. Las dos capas superiores de la pirámide eran el reducido grupo de élite, compuesto de médicos responsables de tomar decisiones —los líderes de opinión— con quienes trabajaba Shire a través de sus campañas patrocinadas de formación y otras estrategias.

Al pie de la pirámide, en la capa más extensa, se hallaban el grueso de pacientes que Shire intentaba influenciar con publicidad directa. En medio de la pirámide, la capa titulada «Sociedades médicas» y «Grupos de defensa de los pacientes».

Shire no únicamente financia eventos para la CHADD, como el torneo de golf, sino que también patrocina la conferencia anual del grupo y apoya su revista, *Attention*,¹³ que se distribuye a miles de pacientes, familias y médicos. De modo que, ¿dónde se posiciona Shire en la controversia científica sobre la naturaleza y la magnitud del TDA? No hay debate, ni controversia, ni preguntas: es un «trastorno neurobiológico»¹⁴ que afecta entre «el 3 y el 7 por ciento de los niños en edad escolar».¹⁵

Mucho antes de que el fármaco de Shire, Adderall, llegara al mercado, un pequeño grupo de familias y psicólogos estableció la CHADD en Florida.¹⁶ Dos décadas más tarde, se ha convertido en uno de los grupos de defensa de pacientes más prominentes de Estados Unidos,

y tal vez incluso del mundo. La masiva conferencia anual de la CHADD abre ahora sus puertas con talleres de dos días de duración ofreciendo a los padres formación certificada por la CHADD sobre cómo brindar apoyo y formación a otras familias, con la aprobación de la organización. La exhaustiva página web de la organización declara que es «una historia exitosa, inspirada por el deseo de incontables padres de ver salir adelante a sus hijos con TDA». ¹⁷ Ciertamente, el grupo ha inspirado la creación de muchos equipos de defensa similares en Australia y otros lugares.

Al reconocer que existen varios grados de incertidumbre científica sobre las causas, la posición de la CHADD es que el trastorno «tiene una base neurológica muy arraigada». ¹⁸ Igual que ocurre con su tratamiento, dado que se le otorga tanta importancia a la combinación de distintos enfoques, incluidas las terapias de diálogo, según la CHADD, la medicación es «la base más efectiva para el tratamiento». ¹⁹ Más que un grupo de defensa, la CHADD se asemeja a exaltados movimientos religiosos o políticos. Una serie de artículos de fondo aparecidos en la revista del grupo, *Attention*, llevaban el título «THDA: la construcción de un movimiento social». ²⁰

Desde el principio, este grupo de pacientes ha creado este movimiento social con el apoyo de laboratorios farmacéuticos y de su dinero. Es sabido que la CHADD aceptó tres cuartos de millón de dólares a principios de los años 1990 por parte de Ciba-Geigy, la compañía química que fabricaba Ritalin. En el mundo comercial de la prescripción de fármacos, con 500.000 millones de dólares, menos de un triste millón no debe de sonar a mucho. Sin embargo, cualquiera que haya intentado montar un grupo de defensa apreciaría el valor de una inversión así, sobre todo dentro de una joven organización que todavía se está situando.

Tras rastrear el disparatado uso de Ritalin y de otros fármacos para el TDA en ese entonces, la Drug Enforcement Administration (Administración para el Control de Medicamentos) del gobierno estadounidense puso mucho interés en el trabajo de este grupo en concreto, y advirtió en una ocasión que «la relación entre Giba-Geiby y la CHADD suscita importantes inquietudes acerca de las razones de la CHADD para ganar prosélitos en el uso de Ritalin.» ²¹ Asimismo, algunas de estas preocupaciones acerca del nivel creciente del consumo de fármacos han dado la voz de alarma sobre los conflictos de intereses evidentes que conllevan tales patrocinios.

El director ejecutivo del grupo, el Dr. Clark Ross, rechazó las peticiones de hablar sobre las relaciones de la CHADD con los patrocinadores de la compañía farmacéutica. Sin embargo, claramente sensible respecto a la aparición de conflictos de intereses, el grupo revela públicamente la amplitud de los patrocinios de la compañía. Además, sus interacciones con la industria vienen determinadas por una serie de «principios éticos» publicados en su página web. ²² La web también señala que los ingresos del grupo provienen de distintas fuentes, casi la mitad de las cuales son de cuotas de sus miembros y del gobierno.

Igual que ocurre con las relaciones financieras entre compañías farmacéuticas y médicos, los vínculos entre las compañías y los grupos de pacientes se desarrollan de un modo sutil y complejo. A menudo, la asociación es una alianza de personas de ideas afines, y no tanto la oportunidad para una compañía de tratar de comprar favores torpemente a un inexperto grupo de esforzados activistas de pacientes. A menudo hay una *confluencia de intereses* que genera una consistente fuerza en el debate público. El problema radica en que el público no suele estar al corriente del modo en que estas particulares asociaciones operan para transformar las percepciones públicas sobre enfermedades y trastornos. Uno de los mejores ejemplos de esta transformación tal vez esté ocurriendo ahora, ante nuestros propios ojos: la promoción de una nueva enfermedad llamada TDA de adultos como importante problema de salud pública.

Uno de los mensajes más importantes que el director de Shire transmitió a los posibles inversores durante la reunión de bancas de negocio celebrada en Nueva York fue que estaba a

punto de abrirse todo un nuevo «mercado de adultos», lo cual garantizaba un saludable crecimiento durante muchos años.²³ En una de las diapositivas, titulada «THDA de adultos», Shire mostró cálculos según los cuales había 8 millones de pacientes adultos potenciales en Estados Unidos, de los cuales sólo una pequeña parte estaba bajo tratamiento. Aunque no se explicitaba en las diapositivas, quedaba claro que los inversores sabrían que los niños son sólo niños durante una década más o menos, siendo la vida de un posible consumidor de fármacos adulto muchos más larga.

Casualmente, el mismo mes en que se celebró la presentación de Shire donde se sugería que habría 8 millones de nuevos consumidores potenciales de fármacos, la revista de la CHADD, *Attention*, financiada por la empresa farmacéutica, presentó una historia titulada «Papás con THDA». En el mismo momento, más o menos, mientras los golfistas daban el primer golpe en el torneo benéfico de golf de la CHADD patrocinado por Shire, la compañía farmacéutica estaba publicando los resultados de un estudio durante el congreso de la American Psychiatric Association (Asociación Americana de Psiquiatría) de Nueva York, exponiendo lo que se describía como dificultades emocionales devastadoras a que se enfrentaban millones de adultos con TDA.²⁴

Por descontado, Shire también era uno de los patrocinadores del congreso psiquiátrico, con un gran stand en el pabellón de expositores, cuidadosamente decorado con palmeras en macetas y flores blancas naturales.²⁵ Durante estas actividades de marketing, Shire ni siquiera disponía de aprobación reguladora para promocionar sus fármacos para adultos. Sin embargo, según la letra pequeña de la presentación que su director ejecutivo realizó ante los inversores, muchos médicos ya estaban recetando su fármaco para adultos «sin aprobación», contrariamente a la actual aprobación que sólo afectaba a niños, pero dentro de los marcos legales.²⁶

La primera compañía farmacéutica en tener luz verde en el mercado de adultos del TDA no fue Shire, sino Lilly, cuyo fármaco para el TDA, Strattera, vendió más de un millón de recetas en sus primeros seis meses de funcionamiento en 2003.²⁷ A diferencia de Ritalin y Adderall, Strattera de Lilly no es una anfetamina ni un estimulante y, por tanto, las reglas de su marketing no son tan estrictas.²⁸ Como Shire, su marketing ayuda a vender ideas tanto sobre el trastorno como sobre el medicamento.

¿Distraído? ¿Desorganizado? ¿Frustrado? ¿Vida moderna o TDA de adultos?

Muchos adultos han estado viviendo con un trastorno de hiperactividad por déficit de atención (THDA) y no lo reconocen. ¿Por qué? Porque sus síntomas a menudo se confunden con el estrés.²⁹

Anuncio de Lilly en el *US News & World Report*

Mientras la maquinaria de marketing del TDA de la industria se desplaza hacia los adultos, la CHADD enfatiza que el TDA puede convertirse en un trastorno crónico. Durante la conferencia anual de la CHADD en 2004, se puso mucho ahínco en hacerle entender al público que se trata de un trastorno «de por vida».³⁰ El título de una de las presentaciones planificadas llegó a ser «Medicaciones para los adultos que padecen THDA».³¹

Y al final, las compañías farmacéuticas principales para patrocinar la conferencia fueron Shire, Lilly y Novartis (la compañía que ahora fabrica Ritalin), quienes compiten agresivamente para obtener un pedazo de este incipiente y nuevo pastel en crecimiento. El anuncio de Shire aparecido en el programa de conferencias de la CHADD no fue particularmente sutil en su promoción para adultos: «¡Ya he hecho mis deberes, papá!», grita un adorable niño con gorra de béisbol, de unos cinco años; y debajo de la fotografía se puede leer: «¡Ahora toda la familia tiene tiempo para saber más sobre el THDA!»³²

Lo que estaba ocurriendo con los anuncios, las conferencias, los estudios y el torneo benéfico de golf es lo que algunos denominan en la industria «fabricación» de una enfermedad. Vince Parry es un profesional del marketing afincado en Manhattan y especializado en ayudar a las compañías farmacéuticas a «fabricar» enfermedades, igual que ocurre con la fabricación de chicles. Uno de sus clientes es Lilly.

Más allá de lo que denomina el «arte de fabricar una enfermedad», Parry afirma que las compañías farmacéuticas a menudo congregan a los actores principales (líderes de opinión, médicos locales y grupos de pacientes) para ayudar a definir, poner a punto y fabricar nuevas enfermedades. «Al juntarlos, se fomenta un consenso sobre la enfermedad, la relevancia de la enfermedad y las mejores vías para tratarla.»³³

Para Parry, un objetivo común de su trabajo de marketing para compañías farmacéuticas consiste en «concederle importancia a una enfermedad desconocida». Un ejemplo que menciona es el TDA, antes considerada una enfermedad que sólo afectaba a niños. «Últimamente, se ha hecho un gran esfuerzo para considerar que los adultos también lo sufren», explica. «...las personas tienen los mismos problemas en el trabajo como adultos que los que tenían en la escuela como niños. Así que últimamente se ha estado hablando mucho de volver a enmarcar un debate sobre esta enfermedad, tal vez de dividirla en... una enfermedad infantil y en una enfermedad de adultos.

»Se está incrementando el nivel de concienciación sobre algo que ni siquiera sabemos si tenemos hasta que empecemos a investigar más.»

Las deliberaciones de Vince Parry acerca de cómo las compañías farmacéuticas amoldan la percepción pública sobre las enfermedades no tienen precio, porque las estrategias a menudo se ocultan de la vista pública. Los hombres y mujeres como él, expertos en publicidad, marketing y relaciones públicas, con elegantes oficinas en el centro de Manhattan, Londres, Toronto o Sydney, cobran básicamente por cambiar la percepción que tenemos de nuestros cuerpos, nuestra salud y las enfermedades que supuestamente padecemos. Los mensajes sobre fármacos que salen de estos despachos de marketing se camuflan en forma de ejercicios de «concienciación» y luego se transmiten a diestro y siniestro, a través de campañas de marketing gigantescas, financiación de formación médica, y campañas de relaciones públicas de gran impacto mediático. Y parte esencial de muchas de estas actividades de «concienciación» son los grupos de pacientes financiados por la industria.

Según Parry, hay pocas dudas de que las compañías farmacéuticas estén al mando de lo que él denomina «fabricar» enfermedades. Y debería saberlo, porque trabaja para ellas. Cuanto más escuchas a este *conocedor* por dentro de la industria, más claro queda que lo que las compañías definen como actividades de concienciación está realmente dirigido para cambiar la percepción, para servir a las «necesidades de marketing» de sus últimos productos, tal y como explica Parry.

Los fabricantes de productos farmacéuticos y para la salud tienen dos maneras de acercarme a mí o a una persona como yo al mercado del marketing. Podría tratarse de una petición directa donde te dicen que hay una enfermedad en concreto, como el THDA, por ejemplo. Hemos identificado otro aspecto relacionado con ella, te dicen, y nos gustaría que nos ayudases a trabajar con la comunidad, con los profesionales y los pacientes, para darle un nombre que encaje perfectamente e idear una enfermedad que satisfaga nuestras necesidades.

En otros casos, sale en medio de una conversación sobre las necesidades de marketing de un producto en particular... Y puede que sea algo que espontáneamente decimos, «Saben, creemos que es buena idea que, en lugar de realizar todo este complicado proceso, lo

simplifiquemos. ¿Han pensado alguna vez en designar esta enfermedad en concreto con un nombre reconocible?» Tienen dos maneras de embarcarnos.³⁵

Sólo unas semanas después de que Parry hiciera estas declaraciones, una de las revistas más importantes de América, la *US News & World Report*, publicó una conmovedora historia con un titular que decía así: «TDA en adultos».³⁶ Mostraba el rostro de una bella joven, blanca, de ojos azules y el relato ofrecía a los lectores en primicia los últimos avances médicos: «Vivir con TDA de adultos. Esperanzas para poder sobrellevar la distracción y la ansiedad». El artículo, de ocho páginas, no parecía otorgar mucha importancia a la gran controversia científica sobre la naturaleza y el tratamiento del TDA, y se leía más como una promoción entusiasta del próximo gran mercado para la industria farmacéutica que como un trabajo periodístico serio de investigación, por el cual la revista tiene una merecida reputación.

La teoría dominante, según el artículo de la revista, sostenía que el causante del trastorno era «un error en la comunicación bioquímica en el cerebro». El 4 por ciento de los adultos padece este trastorno, afirmaba el artículo, y menos de uno de cuatro lo sabe. Se consideró tan importante la medicación, según uno de los expertos citados, que «era necesaria constantemente para casi todos los aspectos de la vida.» El nuevo fármaco de Lilly, Strattera, fue mencionado con anterioridad en el artículo, junto con la noticia de que había alcanzado ventas de hasta 370 millones de dólares durante su primer año en el mercado.

Unas páginas más adelante se podía leer una publicidad de Strattera con un mensaje que recordaba sorprendentemente el de la portada de la revista: «¿Distráído? ¿Desorganizado? ¿Frustrado? ¿Vida moderna o TDA de adultos?»

Como ocurre con muchos otros artículos sobre medicina en los medios de comunicación, el de la revista *US News & World Report* presentaba escabrosas historias personales de pacientes, anécdotas descarnadas de gente «real» que hacen respirar y vivir el periodismo. Igual que con muchos artículos periodísticos, estas historias personales se usaron para reforzar un argumento: otra grave enfermedad sin diagnosticar ni tratar, básicamente el mismo mensaje que promueven insistentemente las compañías farmacéuticas y los grupos de pacientes comprados, incluida la CHADD, pese a la opinión fuertemente protestataria de otros científicos e investigadores en todo el mundo. Curiosamente, pese a la sincronía entre los argumentos clave del artículo y los de la CHADD, no se haría mención alguna sobre el grupo ni se citaba ninguno de sus portavoces en el escrito.

Una de las más importantes funciones de las asociaciones de pacientes consiste en poner a los enfermos en contacto con los medios, proporcionando a estos últimos un flujo constante de personas reales que pueden ayudar a los periodistas a construir historias de impacto emocional en sus lectores. La CHADD admite abiertamente que entre sus funciones se incluye el proporcionar «expertos médicos y familias que deben lidiar con el trastorno de atención / hiperactividad para artículos y reportajes, espacios televisivos o entrevistas en la radio». Una rápida verificación con el servicio de prensa reveló que, de hecho, la CHADD había suministrado al menos el nombre de uno de los pacientes adultos que aparecían en la historia del *US News & World Report*.³⁷ Lo que por alguna razón se omitió en la versión publicada de la historia es que el paciente en cuestión también era el director de políticas públicas de la CHADD.

Hasta cierto punto, la aceptación por parte de la CHADD del apoyo financiero de las farmacéuticas y sus relaciones con los medios son prácticas estándar, si se compara con lo que la mayoría de las asociaciones hacen. Tal y como sugería un estudio sobre las organizaciones benéficas relacionadas con la salud en Gran Bretaña, unos dos tercios de estos grupos aceptan fondos de los laboratorios. De la misma manera, muchas de ellas se alían con

la industria para conseguir que los medios fomenten un mayor conocimiento acerca de una enfermedad particular y la necesidad de dedicar más recursos a su tratamiento. Pero como pone de manifiesto Parry, el hombre del marketing, las alianzas entre compañías y asociaciones de pacientes tienen otro propósito, al menos en lo que concierne a los laboratorios: ayudar a cambiar la forma en que el público percibe las enfermedades, con el fin de aumentar al máximo las ventas de medicamentos. El objetivo, explica, es crear un intrincado vínculo entre la enfermedad y el fármaco. Y funciona. Cuando se piensa en el trastorno por déficit de atención, se piensa automáticamente en el medicamento. Y es por esta razón que los grupos de consumidores independientes como Health Action International, con sede en Amsterdam, creen que las asociaciones de pacientes deberían intentar minimizar e incluso romper sus relaciones con las compañías fabricantes de productos para la salud.³⁸

Parry no es el único infiltrado en la industria que habla con franqueza acerca del valor que tienen para los laboratorios las relaciones con estos grupos de pacientes. Cabe destacar, asimismo, una revista de la industria, *Pharmaceutical Executive*, que publicó un reportaje titulado «Forjando alianzas con los grupos de pacientes»,³⁹ firmado por Teri Cox, una profesional de las relaciones públicas. Según Cox, las asociaciones de pacientes ayudan a las compañías a poner en contacto a los afectados con los medios para que éstos puedan escribir sus reportajes, contribuyen a desmontar los argumentos críticos hacia la industria mediante la difusión de mensajes positivos sobre los laboratorios e incluso pueden llegar a influir en las decisiones de los diseñadores de políticas y las autoridades reguladoras.

De manera significativa, para Cox todas las actividades de estas compañías —incluyendo fastuosos lanzamientos de productos, formación médica y campañas informativas— se benefician de incluir «a miembros de reputadas asociaciones de pacientes como terceras partes en los equipos de marketing». Nótese que estos grupos de pacientes son descritos como parte del equipo de marketing del laboratorio. La aceptación de respaldo financiero suele ligar al receptor, le guste o no, a la maquinaria de marketing del patrocinante.⁴⁰

En el artículo también se describe el fascinante cambio que la naturaleza de estas alianzas ha experimentado en los últimos años, y cita a un experto en relaciones públicas de un laboratorio de ámbito multinacional. «Se han acabado los días en que los laboratorios se limitaban a entregar generosos cheques a las asociaciones de pacientes, sin negociaciones posteriores», dice este experimentado ejecutivo. «Ahora buscamos oportunidades para los grupos que no sólo sirvan para ayudarlos a conseguir sus objetivos, sino que también contribuyan a la prosperidad de nuestros negocios».⁴¹ Si bien en Shire —fabricantes del fármaco para el trastorno por déficit de atención— admiten que se sintieron obligados a revelar públicamente que habían dado fondos a la CHADD, resulta obvio que detrás de esta revelación también hay motivos más interesados.⁴²

Algunos laboratorios se están organizando cada vez mejor en lo que se refiere al registro y análisis de sus relaciones con las asociaciones de pacientes. Uno de ellos incluso ha creado una herramienta en Internet para llevar la cuenta de todos los eventos y oportunidades de patrocinio, así como de todas las personas de contacto en todos los grupos de pacientes que sean sus «aliados», incluyendo notas que documentan cada «transacción, interacción y actividad». Teri Cox concluye que una estrategia tan completa se hace necesaria para reforzar las alianzas con los grupos de pacientes en un momento en que «la industria farmacéutica necesita todos los amigos que pueda reunir».⁴³

Trabajar con grupos de pacientes —o, como en este caso, con sus padres— para ayudar a difundir mensajes publicitarios, no es nuevo para la industria, aunque desde luego estas alianzas son cada vez más sofisticadas y reciben más fondos. Antes de la fundación de la CHADD, las tácticas promocionales del fabricante de Ritalin, Ciba-Geigy, incluían presentaciones a asociaciones de padres y maestros y otros grupos similares, justo cuando

comenzaba a surgir la preocupación sobre el aumento del índice de uso del fármaco.⁴⁴ A mediados de la década de 1970, un catedrático de sociología describió la alarma entre los funcionarios de algunos estados ante el hecho de que entre un 5 y un 10 por ciento de los niños de la escuela primaria estuviesen tomando anfetaminas por prescripción médica, incluyendo Ritalin, «para controlar su agitación o falta de atención en las aulas».

Este catedrático argumentaba que se trataba de otro ejemplo de la «medicalización» de los problemas humanos. «La creciente tendencia a definir los sentimientos desagradables y los comportamientos conflictivos como "una enfermedad" que debe tratarse con fármacos puede servir para: (1) reducir la presión sobre la búsqueda de las verdaderas causas de las molestias experimentadas por los consumidores de fármacos, y (2) individualizar y despolitizar problemas sociales complejos».⁴⁵ La retórica puede sonar anticuada para algunos, pero las preocupaciones sobre la medicalización son más relevantes que nunca, en momentos en que la prescripción de fármacos y la influencia de los laboratorios en la medicina han aumentado astronómicamente, décadas después de estas observaciones.

Las complejas causas del trastorno por déficit de atención son el tema de muchos libros y artículos, así como objeto de debate público. Una de las voces que participan en este debate es la del Dr. Lawrence Diller, un pediatra que ejerce en un próspero distrito residencial de San Francisco y que ha escrito extensamente sobre este tema.⁴⁶ Diller llevaba años recetando estimulantes a niños con hiperactividad, pero durante la década de 1990 comenzó a distinguir unos candidatos diferentes para el diagnóstico del trastorno por déficit de atención con hiperactividad: chicos dentro de una categoría de edad más amplia, con problemas más leves y un menor grado de discapacidad, a menudo se trataba tan sólo de buenos estudiantes que no desarrollaban todo su potencial.⁴⁷ «Comencé a preguntarme si la adolescencia, al menos en mi comunidad, se estaba convirtiendo en una enfermedad», reflexiona. Al comparar las tasas del uso de estimulantes en diferentes poblaciones, Diller sugiere que «la epidemia del TDAH / Ritalin parece ser un fenómeno que afecta sobre todo a la clase media alta de raza blanca».⁴⁸

Diller ha estado observando las actividades de la CHADD durante mucho tiempo y se ha reunido con sus directivos, y opina que la financiación de las compañías farmacéuticas, aunque ha tenido un cierto impacto, no ha supuesto un cambio fundamental en la dirección del grupo.

Antes bien, opina que el dinero ha permitido a la CHADD «convertirse en una herramienta más efectiva de presión a favor de la industria». En respuesta a los argumentos del grupo, según los cuales es posible recibir dinero y conservar la independencia, Diller opina que «es lo mismo que cuando médicos e investigadores afirman que son independientes y, sin embargo, en todos los estudios se aprecia la influencia del dinero en la investigación. Es ingenuo pretender que el dinero no tiene ningún impacto». Aunque admite que en la CHADD conviven opiniones diferentes sobre el trastorno, y que a nivel local el grupo es capaz de hacer un buen trabajo, en conjunto la posición oficial está «demasiado centrada en la medicación y en las causas cerebrales».⁴⁹

Diller, que también es profesor de la Universidad de California, en San Francisco, no resta importancia a las causas neurobiológicas en los casos graves de hiperactividad o impulsividad, pero argumenta que los factores socioeconómicos y culturales tienen un papel muy importante en esta epidemia moderna. Apunta al aumento de la presión educativa sobre los niños y a la creciente aceptación, en la era post-Prozac, de que muchas de las dificultades de la vida están causadas por desequilibrios químicos en el cerebro. Al mismo tiempo, el tamaño de las aulas ha ido creciendo, lo que también supone más presión para los maestros, mientras que el tiempo que los médicos dedican a sus pacientes durante la consulta se ha hecho más corto, contribuyendo a la búsqueda de soluciones rápidas.⁵⁰

Finalmente, Diller identifica otro factor clave y altamente significativo: el cambio en las leyes sobre discapacidad en Estados Unidos, que implica que si un niño es diagnosticado con trastorno por déficit de atención puede optar a servicios educativos especiales en la escuela. Y sucede que la CHADD hace hincapié en que el diagnóstico del trastorno supone ayudas especiales en la escuela y, actualmente, también ayuda para los adultos en sus lugares de trabajo.⁵¹

Y mientras todo esto sucede, los psiquiatras, calladamente, han ido ampliando la definición del trastorno por déficit de atención que aparece en su manual, el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM), incluyendo cada vez a más niños y adultos y, por lo tanto, aumentando el número de pacientes potenciales. La lista de «síntomas» que aparece en el DSM y que pueden solaparse con comportamientos corrientes —incluye cosas como «a menudo habla demasiado», «con frecuencia no parece estar escuchando», «suele ser olvidadizo»— ayudan a entender la inquietud acerca de la posibilidad de etiquetar a niños normales con un diagnóstico médico.⁵² Algunos investigadores incluso han comparado las definiciones considerando a cuantos niños cada una de las definiciones clasifica como enfermos, con resultados asombrosos en algunos casos.

Así, un estudio estadounidense descubrió, al comparar las definiciones de 1980 y 1987 del manual de psiquiatría, que el nuevo concepto del trastorno aumentó en un 50 por ciento el número de niños que recibió el diagnóstico.⁵³ Los mismos niños, otra nueva definición: muchos más fueron clasificados como enfermos. Un estudio alemán comparó las definiciones de 1980 y 1994, y se constató que el número de niños con trastorno por déficit de atención aumentó en más de un 60 por ciento.⁵⁴

Por supuesto, lo que resulta obvio en esta historia, pero nadie quiere discutir es el hecho de que las anfetaminas como Ritalin pueden tener efectos positivos en el grado de atención y concentración, no sólo en los niños y adultos diagnosticados con este trastorno, sino virtualmente en cualquiera —incluso en caballos—, según la Dra. Judith Rapoport, una investigadora de alto rango del TDA en los NIH. Como muchos de los científicos que trabajan en la administración pública y que están convencidos de que el trastorno por déficit de atención es una enfermedad neurobiológica, Rapoport participa actualmente en un estudio a largo plazo sobre el desarrollo cerebral en las personas diagnosticadas con el trastorno. Hace más de veinte años, Rapoport realizó unos innovadores estudios que mostraban que las anfetaminas tenían efectos tanto en niños normales como en hiperactivos, un descubrimiento que ha resistido el paso del tiempo y que aún se cita en la literatura científica.

«Estos fármacos tienen un mismo efecto en niños sanos y en niños con trastorno por déficit de atención. Por lo visto, las anfetaminas mejoran la atención en cualquiera, tenga o no un problema. No importa la tarea que realizar, se hace mejor. Los jugadores de fútbol y los caballos de carreras saben esto desde hace tiempo».⁵⁵

Muchos de quienes afirman que el trastorno por déficit de atención es una enfermedad neurobiológica grave han utilizado el hecho de que a los niños les va mejor cuando toman estimulantes como prueba de que el diagnóstico es válido y adecuado. Pero las pruebas que sugieren que los estimulantes pueden ayudar prácticamente a cualquiera debilitan el argumento.⁵⁶ Esta confirmación, reafirmante aunque a veces falsa, puede ser otra explicación del constante aumento del número de personas que reciben este diagnóstico y terminan tomando fármacos. En el primer año del siglo veintiuno, las ventas de estimulantes para el trastorno por déficit de atención pasaron a formar parte de las categorías de medicamentos de mayor crecimiento.⁵⁷ En los primeros tres años de este siglo el uso de fármacos para esta enfermedad entre niños menores de cinco años aumentó en un 50 por ciento.⁵⁸ Y hoy en día, con la comercialización del trastorno en adultos, el índice de uso del fármaco aumentará a un ritmo vertiginoso.

Unos meses después del reportaje del *US News & World Report*, el fármaco de Shire, Adderall, recibió la aprobación para su uso en adultos con trastorno por déficit de atención, y la compañía anunció con entusiasmo que la campaña de marketing estaba lista para empezar.⁵⁹ Desde luego, el marketing fue inmediato y en algunos casos asumió formas fascinantes. Dos semanas después de la aprobación, la American Medical Association bombardeó a los periodistas especializados en medicina con una serie de correos electrónicos en los que se les aconsejaba asistir a diversas reuniones informativas dedicadas a los medios. La AMA es una poderosa organización que edita algunas de las principales revistas médicas del mundo, y para muchos periodistas supone una fuente de información muy respetada.

La primera reunión informativa de la AMA versó específicamente sobre el trastorno por déficit de atención, y dos de los temas clave que se discutieron fueron el trastorno en adultos y la medicación.

Shire patrocinó la reunión y otorgó a la AMA una «subvención sin condiciones para actividades formativas». El segundo encuentro organizado por la American Medical Association fue la conferencia para escritores de temas científicos, que se anunció como un medio de ofrecer a los periodistas los últimos datos sobre los «asuntos médicos más urgentes» de la actualidad. En el correo electrónico que alertaba sobre la conferencia, el trastorno por déficit de atención ocupaba el primer lugar de la lista. El encargado de presentar la conferencia fue un asesor de Shire, que había trabajado en otras cinco compañías con anterioridad.⁶⁰ Si la campaña de promoción del trastorno en adultos sigue siendo tan agresiva como ha sido al inicio, y si tiene lugar la utilización para siempre de fármacos que la campaña fomenta, el incremento en su uso hará muy, pero que muy felices a los accionistas de Shire durante mucho tiempo.

Lo que no está claro es el verdadero valor que estos fármacos ofrezcan a largo plazo. Muchas de las pruebas clínicas han sido de corta duración y mal hechas, pero en la actualidad se están realizando algunos estudios de buena calidad y larga duración.⁶¹ Independientemente de los resultados que estos ensayos arrojen, y sin querer restarle importancia a los cuidados que deben ofrecerse a niños y adultos con problemas graves, por lo visto estamos ante otra distorsión fundamental de nuestras prioridades en salud. En la era de la crisis mundial del sida, está claro que el trastorno por déficit de atención no es un problema grave de salud pública, según afirman ciertas asociaciones de pacientes que reciben fondos de las farmacéuticas como es el caso de la CHADD. Y ciertamente no se trata de uno de «los asuntos médicos más urgentes», de acuerdo con las comunicaciones emitidas en las reuniones de la AMA, también financiadas con fondos de los laboratorios. Sin entrar a culpar o juzgar a nadie, se puede alegar que la epidemia de este trastorno ha permitido a millones de familias, desde Perth hasta Providence, suministrar una dosis segura de anfetaminas a sus hijos con el objetivo de mejorar su rendimiento escolar. De la misma manera, cualquier valoración razonable debería admitir que la epidemia no se debe exclusivamente a una bioquímica defectuosa, sino más bien a una compleja combinación de numerosos factores, entre los que podemos incluir la generalmente financiada «fabricación de enfermedades», diseñada por Vince Parry y sus colegas de Manhattan.

En la era de la globalización, ¿puede concebirse que quienes habitamos en el mundo desarrollado continuemos gastando miles de millones al año en el diagnóstico y la medicación de niños que *con frecuencia mueven nerviosamente las manos o piernas*, y en la prescripción crónica de anfetaminas a adultos *que martillean con sus dedos*,⁶² mientras millones de personas de todas las edades, fuera de nuestras fronteras, mueren precozmente a causa de enfermedades mortales que pueden prevenirse y tratarse? Sin duda, se ha sobrepasado el límite de la decencia.

Y sin embargo, el trastorno por déficit de atención no es el único caso en el que podemos decir que despilfarramos miles de millones en medicalizar y tratar los síntomas normales de la vida. La plena consolidación de «enfermedades» como la hipertensión ha generado enconados debates sobre si se trata verdaderamente de una dolencia o si no es más que un factor de riesgo de enfermedades en un futuro, sobre si hay demasiadas personas que han resultado etiquetadas con un diagnóstico médico y tomado fármacos caros, cuando para muchos, evitar ambas cosas puede ser mucho más beneficioso para su salud y para el bolsillo de los contribuyentes.

CAPÍTULO 5

Convertir los riesgos en enfermedades

La hipertensión

El aparcamiento del centro cívico de White Rock está repleto. Esta pequeña ciudad costera al sur de Vancouver es el reducto de los jubilados canadienses, el lugar en el que pueden disfrutar de la montaña y el mar, cerca de la nieve y del surf. Mientras la mayoría de los canadienses del este se pasa los gélidos inviernos castañeteando con los dientes, los residentes de mediana edad de White Rock se ufanan de vivir en uno de los pocos sitios del país en los que se puede esquiar por la mañana e ir a pescar salmón después de almorzar.

En una agradable tarde, cuando los más rezagados entre la mayoría de pensionistas toman asiento, dos hombres bromean mientras colocan y encienden un retroproyector. El más alto y más joven, el farmacéutico James McCormack, bromea con su compañero, el Dr. Bob Rangno, médico especializado en farmacología. Los dos han viajado desde Vancouver, como miembros del Therapeutics Initiative (Iniciativa Terapéutica) de la Universidad de British Columbia, un grupo que pretende educar a médicos y farmacéuticos —y, en ocasiones, al público general— sobre la mejor manera de prescribir fármacos.³

La conferencia del día es sobre las enfermedades cardíacas, sin duda un tema atemorizante. Pero en el auditorio, lleno de personas de edad, se llevan una agradable sorpresa. A diferencia de lo que suelen oír, esta presentación no ha sido diseñada para exacerbar sus miedos, sino para informarles mejor. Una de las primeras cosas que les explican es que tener la tensión arterial alta, como les ocurre a muchas de ellas, no es una enfermedad propiamente dicha, sino uno de los factores que puede aumentar su riesgo de sufrir ataques cardíacos o apoplejías en el futuro. Como el colesterol, la hipertensión atrae mucha atención porque puede modificarse con la ayuda de fármacos.

En el curso de la conferencia, la sorpresa y la rabia embargan al público en más de una ocasión, pues muchos de los presentes obtendrán por primera vez una idea realista del grado en que su tensión arterial aumenta la posibilidad de sufrir una dolencia cardíaca, y del grado en que los fármacos pueden reducir esas probabilidades. Muchos saldrán pensando que la tensión alta —o hipertensión, en términos médicos— no es el hombre del saco que pensaban que era. Para romper el hielo, el Dr. Rangno suele comentar en estas conferencias: «Como les digo a mis pacientes, es preferible tener la tensión alta que no tener tensión».

La hipertensión es un tema de sumo interés para las personas mayores, porque de acuerdo con las definiciones actuales, prácticamente todos la sufren. Según las últimas guías americanas, más de cuarenta millones de estadounidenses están catalogados como «hipertensos» y alrededor de un 90 por ciento de los mayores de cincuenta y cinco años lo serán algún día, si no es que ya lo son.⁴ Como en el caso de otras enfermedades, la definición de lo que constituye la tensión arterial alta se revisa con cierta regularidad, y el corte en la escala que determina lo que es alto descende cada vez más.

Dado que los parámetros de lo que es tensión alta se ubican a niveles cada vez más bajos, muchísima gente que en otras condiciones habría sido considerada sana recibe la etiqueta

médica de «hipertensa», se le dice que corre «el riesgo» de padecer enfermedades cardíacas y se la empuja en dirección a los fármacos. Estos canadienses de 50-60 años que —y otros como ellos en todo el mundo— constituyen lo que la industria farmacéutica espera que se convierta muy pronto en un mercado de cuarenta mil millones de dólares en todo el planeta en fármacos para la hipertensión.⁵ La primera parte de la charla de McCormack y Rangno está diseñada para ayudar a la gente a entender algunos de los trucos estadísticos empleados para vender medicinas a personas que en otras condiciones se considerarían sanas. James McCormack siempre empieza presentando la siguiente situación:⁶

«Imaginen que su médico acaba de decirles que tienen un "factor de riesgo" ante las enfermedades vasculares, puede ser la tensión arterial alta o el colesterol alto.

»Resulta que hay un medicamento que trata este factor de riesgo, no produce efectos secundarios y está cubierto por la seguridad social o por la mutua. Les voy a presentar los resultados de tres estudios diferentes, y voy a preguntarles si según estos resultados estarían de acuerdo en tomar este fármaco todos los días de los siguientes cinco años. No hay respuestas correctas ni incorrectas, simplemente es su decisión.»

En ese momento, James suele proyectar esta diapositiva:

«¿Tomaría usted un medicamento durante cinco años si...?»

- a) ¿Reduciera en un 33 por ciento sus probabilidades de sufrir un ataque al corazón?
- b) ¿Reduciera sus probabilidades de sufrir un ataque al corazón de un 3 al 2 por ciento, es decir, una reducción del 1 por ciento?
- c) ¿Salvase a una persona de cada cien de sufrir un ataque al corazón, aunque no hubiese manera de saber por adelantado a quién salvaría?»⁷

«A ver, ¿cuántos de ustedes tomarían este fármaco si obtuviese los resultados del primer estudio, el estudio A?», pregunta James. Alrededor de un 80 o 90 por ciento de la audiencia levanta la mano.

«¿Y en las situaciones B y C?» Un 20 por ciento de los oyentes levanta la mano.

James y Bob hacen una pausa para que digieran estos datos antes de rematar.

«Odiamos decírselo, pero han caído. Lo que acabamos de decir es exactamente el mismo resultado, presentado de tres maneras diferentes».

Normalmente una expresión de sorpresa brota de la audiencia. Algunos ponen cara de no creérselo, otros de enfado o perplejidad. Pero llegados a este punto de la presentación, la mayoría no puede despegarse de sus asientos y quiere saber más.

Bob coge el micrófono de manos de James.

«A ver, el truco es el siguiente. No se sientan mal, a los médicos los engañamos de la misma manera todo el tiempo. Si en principio su riesgo de sufrir un ataque al corazón es del 3 por ciento, yo les puedo dar una píldora que reduzca ese riesgo en un 33 por ciento, y bajarlo al 2 por ciento, ¿lo ven? Dos es un 33 por ciento menos que tres. Pero es también un 1 por ciento de diferencia. Incluso las personas a quienes las matemáticas se les hacen cuesta arriba, como James, saben que si pasas de un 3 por ciento a un 2 por ciento, sólo hay un 1 por ciento de diferencia. Fácil, ¿verdad?».

Pero todavía hay oyentes que los miran con expresión recelosa.

James continúa: «Mírenlo de esta manera. En lugar de hablar del riesgo de sufrir un ataque cardíaco, hablemos de ropa. Digamos que el precio habitual de un vestido es de 300 dólares y que tiene un descuento del 33 por ciento, ¿en cuánto queda?»

«En doscientos dólares», responden varios miembros de la audiencia.

«Correcto. Y si el vestido sólo costara tres dólares, y tuviese un descuento del 33 por ciento, ¿en cuánto quedaría? En dos dólares, ¿no es cierto?»

Llegados a este punto, Bob y James escudriñan los rostros de cabellos grises sentados frente a ellos y, normalmente, se dan cuenta de que empiezan a hacerse entender.

«¡Vaya! Lo han entendido con más rapidez que los médicos a quienes se lo explicamos antes de venir», añade Bob con una risita.

La razón por la que esta revelación es tan importante se debe a que, con frecuencia, los fármacos se promocionan mediante este truco estadístico tendiente a exagerar los beneficios. Por ejemplo, en anuncios dirigidos a médicos y pacientes se afirma que un fármaco ofrece una reducción del 33 por ciento en el riesgo de sufrir un ataque cardiaco, sin explicar que, en realidad, habría que tomar la medicación durante cinco años para reducir el riesgo del 3 al 2 por ciento. Como Bob y James explican cada vez que dan la charla, se trata de un 33 por ciento en términos «relativos». En términos «absolutos», se trata de una reducción de un 1 por ciento, del 3 al 2 por ciento. Diversos estudios muestran que las personas son mucho más reacias a usar un fármaco si se les muestran las cifras absolutas. Lamentablemente, en muchos artículos sobre fármacos que aparecen en los medios también se tiende a emplear la versión más exagerada, omitiendo las cifras absolutas, que resultan mucho más informativas.⁸

De alguna manera, la publicidad de estos medicamentos se ve forzada a exagerar sus beneficios, porque a menudo están dirigidos a personas bastante sanas que probablemente sienten que no les pasa nada malo. En el caso de la tensión arterial alta, la reserva de pacientes potenciales, que en realidad están sanos, acaba de ampliarse. Las nuevas directrices oficiales estadounidenses acaban de incluir una nueva categoría de enfermedad llamada «pre-hipertensión».⁹ Según estas directrices, cualquiera que tenga una tensión arterial sistólica de 120 a 139 o una diastólica de 80 a 89 puede considerarse como pre-hipertenso y, por lo tanto, debe introducir cambios en su estilo de vida, lo que para algunos observadores, sin embargo, supone más bien un aumento en el uso de fármacos.¹⁰

De acuerdo con esta última versión de las directrices, publicada en 2003, el número de personas que se considera que sufre una enfermedad ha aumentado en unos cincuenta millones, lo que supone un crecimiento ulterior de los mercados potenciales de fármacos antihipertensión.¹¹

Y dado que hoy en día los niveles adecuados de la tensión son muy bajos, si se siguen estas directrices puede concluirse que hay mucha gente que necesita varios fármacos para reducir su tensión arterial hasta los niveles deseados.

Pero algunos especialistas en este área no se muestran tan entusiastas sobre este agresivo empeño en bajar cada vez más las cifras. Aunque apoya activamente el papel de los medicamentos, Curt Furberg, catedrático de la Universidad de Wake Forest, siente una creciente preocupación acerca de la reducción de los niveles que determinan la hipertensión, que con el tiempo ha ido redefiniendo a millones de personas sanas como enfermas. Con voz exasperada, afirma que las directrices más recientes «han llegado demasiado lejos».¹² En cuanto a los niveles que él considera que definen a una persona como «enferma», el Dr. Furberg replica que no cree que sea una buena idea tratar a alguien con una tensión de 160 si, por otra parte, se trata de un joven sano y sin factores de riesgo. Este reputado especialista cardiaco es de la opinión de que la tensión arterial no es más que un parámetro y un factor de riesgo, y que hay que observar en conjunto todos los factores inherentes a cada persona, «si fuman o hacen ejercicio, sus niveles de colesterol y demás, y entonces se decide si el paciente necesita o necesitará tratamiento en un futuro». Pero, añade, «según las nuevas directrices, hay que tratar a todo el que tenga 160 de tensión».¹³ Desde una perspectiva más amplia, a Furberg le inquieta el hecho de que la medicina tiende a dividirse en más y más compartimientos, y se centra cada vez más en cifras como las de la tensión o del colesterol, que pueden distraer la atención de considerar al individuo como un todo.

Como en el caso del colesterol, las directrices sobre la hipertensión fueron redactadas por una comisión plagada de conflictos de intereses. Nueve de sus once coautores recibían pagos como ponentes o fondos para estudios por parte de una larga lista de compañías farmacéuticas, ejercían tareas de asesoramiento para estas empresas o eran accionistas.¹⁴ Uno de ellos declaró tener lazos financieros con veintidós laboratorios.

No estamos sugiriendo que estos vínculos hayan llevado a los autores a redactar estas directrices de una manera determinada. Se trata más bien de un problema de percepción. Más aún, en opinión de Furberg, todo el debate en torno a la tensión arterial alta está distorsionado, debido a la influencia de lo que describe como la «mafia de la hipertensión», los líderes de opinión que, a su juicio, constantemente llevan la tensión arterial a niveles cada vez más bajos. Furberg afirma que el peligro estriba en que las recomendaciones terminen basándose en opiniones y creencias, en lugar de en buenas prácticas científicas.¹⁵

La polémica sobre la definición de la tensión alta arterial no es nada nuevo para este desgarbado y lacónico estadounidense de origen sueco. A mediados de la década de 1990, Furberg fue invitado a participar en la comisión que redactaba la sexta versión de las directrices. Cuando él y otro grupo de investigadores pidieron a los National Institutes of Health (Institutos Nacionales de Salud, organismo gubernamental estadounidense de investigación médica) que exigiesen a los miembros de la comisión revelar sus vínculos con la industria farmacéutica, su petición fue denegada. Él y sus colegas boicotearon la comisión y las directrices se publicaron sin divulgar esta información.¹⁶ Quizá la adopción de una postura tan íntegra sí que tuvo alguna influencia en el proceso, porque cuando se publicó la siguiente versión de las directrices, se incluyó una larga lista de estos datos. Pero para Furberg, que recibió hace poco un premio de la universidad sueca en la que estudió por «su valiente empeño en la promoción de la honestidad y la integridad en las labores de investigación», los últimos datos divulgados no llegan lo bastante lejos.¹⁷ Aunque los vínculos económicos mencionados son tan extensos que ocupan un tercio de la página, falta un indicador de la magnitud de las cantidades percibidas por estos investigadores. «Si alguien recibe mil quinientos dólares de algunas compañías no creo que haya ningún problema», dice Furberg, que ocasionalmente trabaja para la industria como consultor o ponente remunerado. «Si alguien recibe cien mil dólares al año, no me creo ni una palabra de lo que diga».¹⁸

Más aún, alega que los investigadores deberían estar obligados a comunicar los lazos económicos que han tenido en el pasado, así como cualquier potencial relación en el futuro que se esté negociando.

No es la primera vez que la hipertensión arterial suscita la polémica. El caso que recibió mayor publicidad tuvo lugar en 1999, cuando el grupo de defensa del consumidor Health Action International, junto a ochocientos médicos alarmados, escribieron unas incisivas cartas a la directora general de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Gro Harlem Brundtland.¹⁹ En ellas se criticaba que los parámetros para determinar la tensión arterial no estuvieran basados en las mejores pruebas disponibles del momento y que se hubieran fijado a niveles tan bajos, y añadían que la OMS no había estado a la altura de su responsabilidad al haberse basado en demasía en el estudio de una compañía farmacéutica. Según estas quejas, la OMS había respaldado recomendaciones que «estimulaban el aumento del uso de antihipertensivos, con el gran gasto y los pocos beneficios que ello conlleva». Brundtland replicó diciendo que «no hay conflicto de intereses en nuestra asociación con la industria privada», pero los recelos acerca de la manera en que la OMS desarrolla sus directrices no han desaparecido.

De nuevo en White Rock, en la provincia canadiense de British Columbia, Bob Rangno y James McCormack acaban de explicar que un hipotético fármaco para el corazón podría reducir el riesgo de un 3 a un 2 por ciento. En este punto, les suele interrumpir un miembro

de la audiencia, normalmente un hombre de edad que se levanta y pregunta: «A ver, díganme una cosa. Las cifras que nos dan son muy bajas, pero seguramente el riesgo de sufrir un ataque cardíaco si padeces de hipertensión o si tienes el colesterol alto es más que sólo un 3 por ciento, ¿o no?»

«Ésa es una *muy* buena pregunta», responde Bob. «De hecho, es la pregunta más importante para cualquiera a quien se le diga que debe tomar un fármaco. Si su médico le está diciendo que necesita un medicamento para reducir el riesgo, ¿no cree que, para empezar, debería saber de qué riesgo estamos hablando?»

«Así que vamos a calcular ese riesgo», dice James. La conversación, en la que James ha participado numerosas veces, suele transcurrir más o menos así.

«Discúlpeme, ¿me dice su edad?»

«Sesenta y cinco años.»

«¿Fuma?»

«No.»

«¿Alguna vez ha sufrido un ataque cardíaco?»

«No.»

«¿Angina?»

«No, ni siquiera sé lo que es eso.»

«Muy bien» explica James a la audiencia, «hablamos de un hombre normal de sesenta y cinco años, como este caballero. No fuma, nunca ha sufrido un ataque cardíaco ni una angina, pero le han dicho que su tensión arterial es 'alta'. Digamos que 160-90 o algo así. Si su médico cree que el riesgo es alto, ¿qué probabilidades creen que tiene este hombre de sufrir un ataque al corazón durante los próximos cinco años?», pregunta James a los presentes.

«Levanten las manos si creen que es menos del 10 por ciento». Ni una sola mano.

«Muy bien, ¿del 10 al 20 por ciento?» Tan sólo unas pocas manos.

«¿Del 20 al 30 por ciento? ¿Del 30 al 40 por ciento?» Pero no es hasta que James llega a la franja del 40 al 50 por ciento que la mayoría de los presentes levanta la mano.

«De modo que buena parte de ustedes cree que un riesgo alto está entre un 40 y un 50 por ciento».

La gente asiente.

«Bueno, esto es normal, hasta los médicos se equivocan al respecto. El hecho es que ustedes han estimado que el riesgo de este hombre es diez veces mayor de lo que realmente es. Verán, el riesgo de que un no fumador de sesenta y cinco años con la tensión alta sufra su primer ataque cardíaco en los próximos cinco años es del 5 al 6 por ciento».

Para que quede aún más claro, James emplea la explicación de los «gemelos idénticos», con la que demuestra hasta qué punto la hipertensión puede llegar a afectar la probabilidad de ataques cardíacos en el futuro.

«Supongamos que Bob y yo somos gemelos idénticos, tenemos el mismo material genético», dice James.

«Dios nos ampare», gruñe Bob.

«La tensión arterial de Bob es 'normal' y la mía es 'alta'», continúa James. «Así que mi tensión 'alta' aumenta mi riesgo de sufrir un ataque cardíaco en un 2 o 3 por ciento por encima del de Bob. En otras palabras, mi riesgo en los próximos cinco años será del 5 al 6 por ciento porque yo tengo la tensión alta, mientras que el de Bob es del 3 o 4 por ciento, porque su tensión está en los niveles normales».

«No puede ser, está de broma, ¿eso es todo?», puede preguntar alguien.

«Es eso y no más», contesta James. «Podemos reducirlo en un 1 o 2 por ciento con una dieta o con fármacos, pero nunca podrá llevarlo a cero ni es probable que se iguale al de su querido hermano gemelo. Y, desde luego, el riesgo aumenta si es usted fumador o si tiene

diabetes u otros factores. Pero su médico tiene que decirle cuáles son sus riesgos basados en sus propias circunstancias».

Al finalizar esta parte de la charla, Bob sugiere: «Ahora que saben cuál puede ser su riesgo y hasta qué punto los fármacos son capaces de reducirlo, lo que tienen que preguntarse es: ¿de verdad quiero pagar para tomarme este medicamento todos los días, ir a la farmacia una vez al mes y quizá lidiar con algunos efectos secundarios no muy agradables? Esas son las cosas que tienen que cuestionarse».

El show de Bob y James continúa hasta caer la noche, mientras bromean sobre las cifras de las pruebas clínicas y responden a las preguntas de los asistentes sobre sus riesgos reales y sobre el nivel hasta el que sus fármacos pueden reducirlos.

Cuando salen del auditorio, muchos de ellos han descubierto que este «gran» factor de riesgo que habían llegado a aborrecer, la hipertensión, por lo visto no es tan importante. Y en muchos casos, también han aprendido que los beneficios del tratamiento de larga duración que toman en la actualidad son menos efectivos de lo que creían.

Sin embargo, a medida que el dúo de la Universidad de British Columbia continúa dando sus conferencias en pequeños centros cívicos de la provincia, también lo hace la inmensa maquinaria del marketing de los antihipertensivos, que da de comer a muchos más aparte de las compañías farmacéuticas. Para un médico, por ejemplo, diagnosticar a alguien como «hipertenso» puede significar un paciente para toda la vida. De hecho, los facultativos —que son quienes revisan, prescriben y vuelven a revisar nuestros niveles— tienen mucho que ganar cuando tratan esta enfermedad. Para un médico muy ocupado, ajustar la banda del tensiómetro y medir la tensión de un paciente es el encuentro clínico ideal: fácil, rápido y bastante bien pagado, si tenemos en cuenta el poco tiempo que consume. A los médicos les gusta, los pacientes ya lo esperan y su frecuencia se ha disparado. En Canadá, un país de unos treinta millones de habitantes, se produjeron diecisiete millones de visitas a consultas privadas para medirse la tensión en 2001, un aumento del 30 por ciento en apenas cuatro años.²⁰

Aunque al paciente le cueste darse cuenta durante la consulta, la forma en que se mide la tensión arterial también ha sido objeto de gran controversia. Lo más irónico de todo es que son los propios médicos quienes, para empezar, pueden contribuir a aumentar la tensión de sus pacientes. La gente se suele poner nerviosa en presencia de la autoridad (el médico), con lo que su tensión arterial sube, un fenómeno tan conocido por la comunidad médica que incluso tiene un nombre, «hipertensión de bata blanca». Recientemente, algunos investigadores han llegado a sugerir que los médicos dejen de encargarse de medir la tensión porque muy rara vez lo hacen de forma correcta, y que quizá otro tipo de personal cualificado o dispositivos automatizados harían un mejor trabajo.²¹

Si bien muchos médicos creen firmemente en el valor de la medición regular de la tensión arterial y del tratamiento agresivo de la hipertensión, otros como el Dr. Malcolm Kendrick resultan unos herejes en este tema. Médico generalista en Macclesfield, una pequeña población a las afueras de Manchester, en Inglaterra, el Dr. Kendrick se declara escéptico y considera las investigaciones médicas como una combinación de confianza en las pruebas científicas y una cierta inclinación a la parodia. Asegura sin rodeos que «casi todo lo que se ha escrito sobre el tratamiento de la tensión arterial es incorrecto».²²

Kendrick se quedó estupefacto cuando leyó la recomendación oficial en Estados Unidos de medir masivamente la tensión arterial a los niños a partir de tres años de edad en busca de casos de hipertensión.²³ «Mientras lo leía me golpeaba el pecho, jadeando, pues era incapaz de expresar mis sentimientos. Quizás habría sido un buen momento para tomarme la tensión, estoy seguro de que mi cerebro estaba a punto de explotar como un martillo que golpea un tomate maduro».²⁴

Como la versión moderna y médica de Jonathan Swift, el Dr. Kendrick tiene una «modesta propuesta»: «¿Por qué dejar la detección de problemas de tensión hasta los tres años de edad y exponer a los niños a innecesarios riesgos médicos durante los primeros treinta y seis meses de vida?». ¿Su propuesta? «Empecemos desde el momento en que se corta el cordón umbilical».²⁵

Si bien la idea de realizar pruebas de detección en masa a niños de tres años se presta fácilmente a la burla, lo cierto es que las personas mayores sí que se enfrentan a riesgos mucho mayores de sucumbir a ataques cardíacos y apoplejías, de modo que resulta de sentido común intentar «hacer algo» para reducir su tensión arterial. Muchos investigadores estarían de acuerdo en que lo primero que tiene que hacer la gente que por lo demás está completamente sana, según pruebas científicas, es intentar cambiar su estilo de vida: hacer más ejercicio, dejar de fumar y modificar su dieta.²⁶

Pero si se requieren fármacos, ¿qué dicen las pruebas acerca de cuál de ellos escoger?

Por fortuna, para ayudarnos a responder a esta pregunta tenemos a nuestra disposición un gran estudio científico de larga duración que compara diversos fármacos. Como el amplio estudio sobre la terapia hormonal sustitutiva del Women's Health Initiative, esta prueba fue patrocinada por el gobierno estadounidense y parte del apoyo lo obtuvo de la industria farmacéutica. Se llamó ALLHAT, participaron más de 40.000 personas y fue presidido por el Dr. Curt Furberg.²⁷ Este histórico estudio comparó cuatro tipos diferentes de fármacos, incluyendo los más viejos y baratos, así como los últimos en salir y los más caros. Los medicamentos se cotejaron en términos de su efectividad en la reducción de las enfermedades cardíacas, de su seguridad y de su relación coste/beneficio. Una de las principales preguntas del ALLHAT fue si los fármacos más caros tenían un valor añadido.²⁸

Los resultados supusieron una mala noticia para la industria farmacéutica, pero una buena para el resto de las partes. No sólo los fármacos más baratos y antiguos —los diuréticos de dosis bajas (o tiazidas)— cumplían su cometido tan bien como los nuevos en cuanto a la reducción de la probabilidad de sufrir ataques cardíacos y apoplejías, sino que resultaron ser ligeramente superiores porque eran un poco mejores en cuanto a la prevención de la insuficiencia cardíaca.²⁹ Sobre el asunto del coste, estos fármacos antiguos ganaron sin el más mínimo esfuerzo porque la patente ya expiró y están disponibles como genéricos: el tratamiento con estas píldoras es tan barato que es prácticamente gratis. En Canadá se ha estimado que tomar una dosis diaria de diuréticos durante diez años puede costar apenas cuarenta dólares canadienses, mientras que los nuevos medicamentos, promocionados de manera mucho más agresiva, como el popular Norvasc, podrían costar hasta doscientas veces más.²⁸

Según los resultados del estudio ALLHAT, sí que habría personas que podrían obtener los máximos beneficios de estas píldoras más nuevas o de una combinación de fármacos, pero para muchos de los que necesitan medicarse los antiguos diuréticos son igualmente efectivos, probablemente más seguros y mucho más baratos. Las conclusiones de este histórico estudio se publicaron en un artículo del *Journal of the American Medical Association (JAMA)*: los diuréticos resultaron «superiores» en la prevención de uno o más tipos de enfermedades cardíacas y «menos caros».

Poner en práctica estas conclusiones podría haber ahorrado, literalmente, miles de millones de dólares a los sistemas sanitarios de todo el planeta, porque en la época en que se publicó el estudio eran los fármacos más nuevos y mejor promocionados los que predominaban en los hábitos de prescripción. Sin embargo, la difusión de los resultados de este importante estudio apenas afectó el número de recetas emitidas de las píldoras más nuevas y caras. ¿Por qué? Porque no es la buena práctica científica la que influye en lo que muchos médicos prescriben a sus pacientes, sino el rugido de la maquinaria publicitaria,

desde los representantes comerciales a los anuncios en televisión. Tras un breve estallido de publicidad, cuando el ALLHAT se publicó en *JAMA* por primera vez, a finales de 2002, las aguas volvieron a su cauce rápidamente y quedó claro que el marketing había vuelto a triunfar sobre la ciencia.

O al menos eso es lo que cree Curt Furberg, uno de los principales investigadores del estudio. Poco después de la publicación de los resultados, Pfizer, el fabricante de Norvasc, hizo públicas unas declaraciones en las que, según Furberg, «se hacía caso omiso» de algunos de los principales descubrimientos del ALLHAT. La compañía afirmaba que su fármaco era tan bueno como el antiguo diurético, dice Furberg, pero «en realidad es inferior»,²⁹ pues aunque su efectividad es más o menos similar, también es mucho más caro que los fármacos menos recientes.

En 2003, después de la publicación del estudio, Pfizer vendió unos cinco mil millones de dólares de Norvasc, lo que lo convirtió en el antihipertensivo más vendido del mundo y ocupó el cuarto lugar, frente a cualquier tipo de fármacos, en términos de rendimientos.³⁰

Está claro que Pfizer tiene un gran interés económico en hacer caso omiso o quitarle importancia a los principales descubrimientos del estudio, y por lo visto eso es lo que la compañía ha hecho, según varios informes de aquella época. Suponemos que esto era lo que esperaban los accionistas.

Según un artículo en el *British Medical Journal*, cuando los ejecutivos de Pfizer descubrieron a través de una agencia investigadora que el conocimiento que los médicos tenían de algunos resultados iniciales del ALL-HAT era mínimo, «dieron los pasos necesarios para evitar que tal estado de ignorancia de las cosas cambiase». ³¹ Y cuando los representantes de la compañía supieron que Curt Furberg presentaba los primeros datos del estudio referentes a uno de sus fármacos en una convención en San Francisco, la compañía organizó para los especialistas internacionales del corazón una excursión turística en lugar de asistir a la presentación. Una comunicación interna de Pfizer cita las felicitaciones de un miembro del personal a los colegas responsables del óptimo plan. «¡La buena noticia es que lograron que los principales médicos salieran a hacer turismo en lugar de quedarse a oír cómo Curt Furberg atacaba a Pfizer de nuevo!»³²

Las sólidas pruebas científicas recabadas en estudios como el ALLHAT han dejado claro que el mundo está desperdiciando miles de millones en los antihipertensivos más caros. Según otro estudio publicado en *JAMA*, este gasto podría recortarse en una cuarta parte si los médicos se limitasen a prescribir los fármacos más baratos.³³ Un estudio similar, patrocinado con dinero público y realizado por investigadores noruegos, obtuvo resultados más conservadores: el Reino Unido podría ahorrar más de cien mil millones de dólares, y Estados Unidos entre quinientos y mil millones de dólares al año.³⁴ Un estudio australiano estimó que los contribuyentes se ahorrarían hasta cien millones de dólares australianos al año si se decantaran por fármacos de igual eficacia, pero más baratos.³⁵ Incluso las directrices oficiales de Estados Unidos —a pesar del gran conflicto de intereses que pesa sobre sus autores— afirman que para mucha gente que padece hipertensión «sin complicaciones» los diuréticos —más económicos— deberían ser el fármaco de elección «solos o en combinación» con otras clases de medicamentos.³⁶

En el periodo inmediatamente posterior a la publicación del ALLHAT, Curt Furberg y otros albergaban grandes esperanzas de cambio. Planeaban el diseño de una amplia campaña promocional con fondos públicos —para contrarrestar las interpretaciones sesgadas de la industria— dirigida a la educación de los médicos sobre los valores de los fármacos más antiguos y baratos. Al cabo de dos años estas esperanzas se habían evaporado, y la campaña de contraataque no se había materializado como estaba previsto. Frustrado, Furberg renunció al proyecto, y estos datos científicos de vital importancia ya han empezado a acumular polvo.

Mientras tanto la fe se extiende, a medida que el demonio de la hipertensión es condenado hasta en el púlpito. En Estados Unidos, el primer domingo de mayo es el «Domingo de la tensión arterial en la iglesia» y es la oportunidad de que las comunidades religiosas prediquen el evangelio de la gravedad de esta enfermedad.³⁷ Ese día, algunas iglesias —de cualquier denominación— convierten sus sótanos en miniclínicas y animan a sus pacientes —perdón, a sus fieles— a bajar después del sermón para que les midan la tensión y les ofrezcan unos consejos sobre su dieta durante el té posterior al servicio.

Aunque el apoyo de la industria farmacéutica suele dedicarse a programas educativos, también es cierto que las agencias gubernamentales de salud se muestran muy entusiasmadas ante la perspectiva de subirse al carro de la hipertensión. En Estados Unidos, los National Institutes of Health, financiados con dinero público, patrocinan muchos eventos para promover la educación pública, y recomiendan que el clero respalde activamente las actividades dirigidas a informar sobre la hipertensión realizadas en las iglesias.

El peligro evidente es que, en medio del fervor religioso, los sutiles detalles de la ciencia pueden pasar desapercibidos.

Detalles como los 500 o más millones de dólares que podrían ahorrarse anualmente en Estados Unidos si los médicos basasen su prescripción en las pruebas científicas más que en la publicidad. O como las cifras que Bob Rangno y James McCormack mostraban a su público, demostrando que incluso si se tiene la tensión «alta», el riesgo de padecer una enfermedad cardíaca es mucho menor de lo que muchos piensan. O como los beneficios reales o «absolutos» de las terapias farmacológicas de larga duración, que pueden ser mucho más modestos de lo que la publicidad en televisión o los periodistas perezosos pueden llevar a la gente a creer. La diferencia es que Furberg y los científicos de la Universidad de British Columbia no pretenden atemorizarnos ni promover fármacos, sino que hacen todo lo posible para informar mejor sobre sus riesgos que la gente puede correr y la mejor manera de controlarlos.

El disidente Dr. Malcolm Kendrick opina que ya es hora de que la ortodoxia sobre la reducción de la tensión arterial se cuestione con más rigor. Alega que la forma en que las nuevas directrices oficiales están colonizando a nuevos grupos de pacientes sanos debería ser un toque de alarma que la sociedad haría bien en escuchar. Para él, las directrices sobre la tensión arterial son sólo otro ejemplo de un problema mucho mayor, según el cual la noción de «normal» se limita cada vez más, de modo que «cada vez hay más gente que pasa de la categoría de sana a enferma».³⁸ Para Kendrick, hay mucho más de verdad en las palabras de Bob Rangno que en las de la ortodoxia religiosa: «...es mejor tener la tensión alta que no tener tensión».

Este reconfortante mensaje está en las antípodas de la propagación de miedos impulsada por la publicidad de la industria farmacéutica, cuya audacia los ha llevado, en algunas ocasiones, a promocionar enfermedades inexistentes.

CAPÍTULO 6

La publicidad de las enfermedades

El trastorno disfórico premenstrual

A la entrada de un supermercado en una zona residencial, una mujer cualquiera intenta sacar un carro de la compra, enganchado a una larga fila de éstos. Siente frustración y enojo. Su exasperación aumenta cuando entra en escena otra compradora, desengancha con toda tranquilidad un carro y se aleja. Al ver este anuncio, puede parecer que esta mujer no sufre más que un típico arranque de estrés o tensión. Pero la gente de la farmacéutica Lilly lo tiene mucho más claro. Esta persona quizá necesite un poderoso antidepresivo porque padece una grave enfermedad mental llamada trastorno disfórico premenstrual (TDPM), una nueva enfermedad reconocida en Estados Unidos meses antes de la emisión del anuncio.

«¿Crees que es síndrome premenstrual? Podría ser trastorno disfórico premenstrual»

Anuncio de Lilly en TV

Jean Endicott, catedrática de la Universidad de Columbia, nos explica que el trastorno disfórico premenstrual es una enfermedad psiquiátrica que padece hasta un 7 por ciento de las mujeres.

Paula Caplan, profesora de la Universidad de Brown, afirma que es una dolencia prácticamente inventada, y que no hay pruebas científicas concluyentes que la distingan de las dificultades premenstruales habituales. Peor aún, alega Caplan, el uso de una etiqueta médica para intentar explicar de manera convincente las graves perturbaciones que algunas mujeres experimentan antes del periodo conlleva el riesgo de enmascarar las causas subyacentes de su padecimiento.

En Estados Unidos, la FDA ha aceptado la existencia del TDPM y ha aprobado su tratamiento con Prozac, de Lilly, y otros antidepresivos similares, mientras que en otras partes del mundo ni siquiera es una enfermedad reconocida. De hecho, no está catalogada como trastorno individualizado en la Clasificación de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud.¹ E incluso en Estados Unidos, a pesar de los esfuerzos de Jean Endicott, los laboratorios Lilly y otros, el TDPM sólo se menciona provisionalmente en el manual de trastornos psiquiátricos y, por lo tanto, aún no ha sido reconocido oficialmente como enfermedad.²

Pero esta controversia científica permanece oculta bajo la avalancha de anuncios televisivos y de revistas sobre el TDPM en Estados Unidos, dirigidos en buena parte a las jóvenes. La industria farmacéutica, valorada en unos 500 mil millones de dólares, ha identificado otro gigantesco mercado —las mujeres en edad de concebir—, y el mundo del marketing exige mensajes simples y claros. Los altibajos emocionales que preceden al periodo ya no son una parte normal de la vida, sino que se han convertido en un indicio de una enfermedad psiquiátrica. En palabras de Caplan, al ver estos anuncios, «las mujeres aprenden a considerarse enfermas mentales».³

Jean Endicott, una docente afable y trabajadora, opera desde una pequeña oficina perdida en el sótano de un hospital psiquiátrico de Nueva York. En claro contraste con Caplan, insiste en que el TDPM es un trastorno auténtico que puede incapacitar gravemente a quienes lo sufren, y que con frecuencia no se diagnostica ni se trata correctamente.

Endicott agradece el empeño de los laboratorios en tomarse más en serio la enfermedad. Fue ella quien lideró la principal reunión científica —patrocinada por Lilly y con la asistencia de los visitantes médicos de la compañía—, que allanó el camino para dos de los pasos más importantes en el desarrollo de este flamante trastorno: su aceptación por parte de la FDA y la aprobación del fármaco de Lilly como el primer producto para su tratamiento. En cuanto a si resulta apropiado que las compañías farmacéuticas publiciten este tipo de enfermedades en televisión, Endicott está muy de acuerdo: «Creo que educa a la gente».⁴

Actualmente, la industria farmacéutica de Estados Unidos invierte más de 3 mil millones de dólares al año en publicidad directa para el consumidor, promocionando sus productos más rentables. Los presupuestos para publicidad que antes sólo se destinaban a médicos —limitándose a ofrecerles rosquillas y muestras gratis— y a importantes líderes de opinión, hoy en día también se dedican en buena medida al público en general. Los boletines de noticias que se emiten en las franjas horarias de mayor audiencia están plagados de anuncios de fármacos.⁵

Sin embargo, y cada vez con más frecuencia, estos anuncios no se limitan a vender medicamentos, sino también las enfermedades relacionadas con éstos. El anuncio del carro de la compra para el TDPM es parte de una nueva forma de publicidad en televisión, diseñada para dar a conocer dolencias desconocidas a millones de personas. Así como las aseveraciones sobre beneficios y riesgos de los medicamentos están reguladas por ley —aunque sin excesivo rigor—, las aserciones sobre enfermedades continúan siendo un terreno en el que todo está permitido.

Estados Unidos y Nueva Zelanda son los únicos países desarrollados del mundo que no ponen ninguna restricción a la publicidad de fármacos dirigida a los consumidores. Sin embargo, otros como Australia, Canadá y el Reino Unido, permiten que las compañías patrocinen campañas de «concienciación sobre enfermedades» que incluyen publicidad y otro tipo de presencia en los medios. Puesto que el gasto en fármacos ha crecido espectacularmente en muchos países, y a medida que se extiende la opinión de que estas campañas de «concienciación» son sólo una forma encubierta de publicidad de fármacos, los debates sobre una regulación más estricta de todas estas actividades de marketing se han multiplicado por todas partes.

En Gran Bretaña, estos asuntos se han tratado con tanta seriedad que a solicitud del Parlamento se ha abierto una investigación, mientras que desde el propio seno del gobierno neozelandés se ha impulsado la creación de regulaciones más estrictas sobre la publicidad tanto de fármacos como de enfermedades. En Canadá, Australia y Europa, los gobiernos nacionales hacen malabarismos para conciliar las crecientes preocupaciones de los consumidores sobre este marketing de masas y la presión de la industria farmacéutica y también de algunos medios para que liberalicen las emisiones de las ondas, como en Estados Unidos.

Uno de los críticos más conocidos y mejor informados acerca de la publicidad de la industria farmacéutica es el Dr. Peter Mansfield, un médico generalista de Australia que, desde la ciudad de Adelaida, participa en Healthy Skepticism (Sano Escepticismo), una organización reconocida a nivel mundial. Según el infatigable Mansfield, conseguir información fidedigna sobre temas de salud para los consumidores es como buscar una aguja en un pajar. La publicidad de los laboratorios farmacéuticos, añade Mansfield con su inconfundible sonrisa, «no hace más que aumentar el tamaño del pajar».⁶

Hasta hace muy poco, muchas de las críticas que se le hacían a la publicidad se referían a la forma en que puede inducir a error sobre los riesgos y beneficios de los medicamentos nuevos, pues en muchos anuncios se tienden a exagerar los beneficios y a quitarle importancia a los efectos secundarios, lo que, dentro de todo, no es de extrañar.⁷ De hecho, la FDA, que regula la publicidad de fármacos en Estados Unidos, con frecuencia escribe a las compañías para advertirles de que sus anuncios son tan engañosos que han infringido la ley. Al final, resulta que el anuncio del carro de la compra de Lilly fue uno de los que mereció una de estas cartas. En este caso, la FDA alegó que el anuncio «carecía de equilibrio» porque minimizaba la información sobre los efectos secundarios del fármaco.⁸ Pero en última instancia, como suele ocurrir, la FDA se limitó a solicitar cortésmente a Lilly que retirase el anuncio. A pesar de las continuas violaciones por parte de la industria, y de que decenas de millones de estadounidenses estén constantemente expuestos a información engañosa sobre los riesgos y beneficios de fármacos ampliamente prescritos, lo cierto es que las compañías no son multadas y sus ejecutivos no tienen que rendir cuentas.⁹

En estos días, sin embargo, ha surgido otro tema relacionado con el análisis de la publicidad de la industria farmacéutica. Se está descubriendo que cada vez hay más anuncios que ayudan a vender la idea de que las experiencias normales de la vida cotidiana son síntomas de enfermedades que requieren un tratamiento farmacológico. Junto a otros colegas, el dúo de la Escuela de Medicina de Dartmouth, los doctores Steve Woloshin y Lisa Schwartz, analizaron recientemente setenta anuncios de compañías farmacéuticas publicados en diez revistas estadounidenses muy populares. Descubrieron que casi la mitad animaba a los consumidores a considerar como enfermedades ciertas vivencias corrientes, normalmente urgiéndolos a consultar con sus médicos.¹⁰ Los anuncios incidían sobre aspectos de la vida cotidiana como los estornudos, la caída del cabello o el sobrepeso —cosas que, sin duda, mucha gente puede solucionar sin ver a un médico— y las presentaban como si fuesen parte de una enfermedad. Los investigadores conjeturan que la publicidad está «medicalizando» las experiencias corrientes, extendiendo en demasía los límites de la influencia de la medicina.

La Dra. Barbara Mintzes, que incluyó en su doctorado de la Universidad de British Columbia un riguroso examen de la publicidad de las compañías farmacéuticas, vigila de cerca estas tendencias. También descubrió que, hoy en día, muchos anuncios promueven enfermedades, no sólo fármacos, y que contribuyen a «medicalizar» la vida, como ella misma dice. «Llevan hasta un grado sin precedentes el mensaje de que hay un medicamento para cada padecimiento y, cada vez más, de que hay un padecimiento para cada medicamento».¹¹ Hemos pasado del fármaco aprobado para tratar a gente que padece una enfermedad real a la idea de que todo lo que hay que hacer es tomar una pastilla para lidiar con situaciones normales de la vida.¹²

En particular, a Mintzes le indigna la promoción del TDPM, anunciado persuasivamente en revistas que leen las adolescentes, así como en anuncios de televisión. En su opinión, la campaña parece haber sido diseñada para hacer que las más jóvenes sientan que hay algo malo en las habituales fluctuaciones emocionales que experimentan a medida que se acerca el periodo. Si bien admite que para algunas personas se trata de un problema grave, a Mintzes le preocupa el hecho de que los anuncios muestren una imagen superficial de lo que significa ser una mujer joven. «Las personas se sienten presionadas para que se sientan diferentes de lo que son».¹³

En todos los tratamientos suele haber un equilibrio entre beneficios y daños. Para quien está muy enfermo, la probabilidad de una gran mejoría compensa el riesgo de los efectos secundarios de los fármacos. Los antidepresivos como Prozac, prescritos para el TDPM, tienen muchos efectos secundarios, incluyendo serias dificultades sexuales, y, en el caso de los adolescentes, un aparente aumento en el riesgo de comportamiento suicida.¹⁴ Quizá valga

la pena asumir este peligro si se trata de alguien gravemente debilitado por la depresión clínica crónica, ¿pero también para una mujer que discute con su novio o que se siente frustrada por el carro de la compra?

«Cuando das fármacos a gente que está sana, causas un desequilibrio» dice Mintzes. «Si ya estás sano, la probabilidad de obtener un beneficio es mucho más pequeña, y de ahí que nuestra inquietud sea pensar que con estos tratamientos farmacológicos quizás estemos causando mucho más daño que beneficio en la población general».¹⁵

La profesora neoyorquina Jean Endicott rechaza tajantemente que el TDPM sea un ejemplo de la «medicalización» de la vida cotidiana. «Es un insulto sugerir que las jóvenes con síntomas menos graves se pondrán a buscar tratamiento. Las mujeres no van por ahí diciendo: "Dadme una píldora para todo".¹⁶»

Conseguir pruebas científicas sólidas que ayuden a saldar esta diferencia de opiniones es difícil. La opinión de Mintzes está basada en el convencimiento de que la promoción agresiva de enfermedades como el TDPM tiene como consecuencia que muchas personas sanas se vean a sí mismas como enfermas y que terminen optando por terapias farmacológicas que les hacen más daño que bien. Su investigación se añade a un conjunto de pruebas que muestran que estos anuncios sí que mueven a muchas personas a consultar con sus médicos, y que éstos pueden terminar prescribiendo los fármacos publicitados, aunque duden de que sean adecuados para el problema en cuestión.¹⁷ Pero hay pocos estudios importantes, o ninguno, que hayan investigado rigurosamente si la publicidad directa a los consumidores lleva a la identificación errónea de enfermedades o a la prescripción inapropiada y perjudicial de fármacos. Sin embargo, lo que está claro como el agua es que estos anuncios estimulan las ventas.

Los ejecutivos de la industria alegan que el argumento de mayor peso para la publicidad directa a consumidores es el hecho de que problemas serios de salud como el colesterol alto, la hipertensión, la depresión y, por lo visto, el TDPM, están subdiagnosticados y subtratados.¹⁸ En un número especial del *British Medical Journal* dedicado a este tema y titulado «¿Demasiados medicamentos?», dos altos ejecutivos de los laboratorios Merck afirmaban que las normas que regulan la publicidad de fármacos en Europa debían relajarse para ayudar a resolver el grave problema de las enfermedades subtratadas. Aseguraron que había muy pocas pruebas que apoyasen la opinión de Mintzes y otros de que la publicidad conduce a la prescripción inapropiada o dañina: «los miedos infundados» sobre la publicidad, añadieron, «limitan los derechos de las personas a tener toda la información que necesitan para tomar decisiones acerca de su salud».

Un punto débil de este argumento es que no reconoce la polémica y la incertidumbre en torno a las definiciones de las enfermedades comunes que, según ellos, no se diagnostican lo suficiente.

Si, para empezar, se exageran las estimaciones acerca del número de personas que padecen estas dolencias y que requieren tratamiento —como algunos consideran que es el caso del colesterol elevado y la depresión, por poner un ejemplo—, entonces las afirmaciones de que estas enfermedades están subtratadas merecen ser recibidas con altas dosis de escepticismo. En el caso del TDPM, asegurar que no se diagnostica ni se trata lo suficiente no tiene ningún sentido si la enfermedad ni siquiera existe.

Según un importante informe escrito por la industria farmacéutica europea como parte del empeño en relajar las regulaciones sobre publicidad, hay pruebas sólidas de que enfermedades como el Alzheimer, la depresión, el cáncer y las dolencias cardíacas están subtratadas.¹⁹ No obstante, dos investigadores italianos que analizaron el informe refutaron estas afirmaciones, alegando que el informe de la industria citó las pruebas de manera sesgada, haciendo referencia a los estudios que demuestran los casos de subtratamiento, pero

dejando de lado otros estudios con ejemplos de abuso de tratamiento. «No se cita ni un solo estudio sobre uso exagerado, solamente se mencionan los casos de uso insuficiente», concluyeron los italianos.²⁰

Nadie duda de que haya gente que no recibe la atención médica que realmente necesita, particularmente entre la población pobre de las naciones ricas y los países en desarrollo. Y es lícito cuestionarse si gastarse millones en anuncios sobre el TDPM en la televisión y las revistas sea la mejor manera de solucionar este problema. Con frecuencia, la falta de tratamiento está más asociada con la carencia de recursos o acceso que con la falta de información. Y en cuanto a la afirmación de que la publicidad es la mejor manera de educar, informar e impulsar una mayor variedad de opciones, el subdirector de *JAMA*, el Dr. Drummond Rennie, no está de acuerdo. «La publicidad directa al consumidor no tiene nada que ver con la educación del público y sí con (...) el aumento de las ventas del producto».²¹

La historia reciente de las dolencias noveles como el TDPM también está muy asociada con el estímulo de las ventas, en este caso de antidepresivos. Si analizamos detenidamente esta historia, obtendremos una perspectiva fascinante del proceso por el que se trae al mundo una nueva enfermedad, y de los diversos actores que la alimentan en los años previos a su debut en el escenario mundial, mediante elaborados anuncios televisivos. Para subrayar lo polémico que en realidad resulta este trastorno, baste con decir que las autoridades europeas de salud terminaron prohibiendo a Lilly que promocionase Prozac para el TDPM, porque no era «una enfermedad con identidad bien establecida en Europa».²²

Como la idea de que la menopausia es una enfermedad causada por la deficiencia de estrógenos, los estudiosos rastrean el origen del concepto moderno del TDPM en la década de 1930, cuando se acuñó por primera vez el término «tensión premenstrual». Ya en 1960, la comunidad médica describía el «síndrome premenstrual» (SPM), caracterizado por síntomas corrientes como retención de líquidos, irritabilidad y mal humor. Al escribir sobre la historia del SPM, investigadoras feministas como Joan Chrisler y Paula Caplan han descubierto que hay tantas definiciones diferentes que resulta casi imposible establecer un concepto general. Aun más, han llegado a contar hasta 150 síntomas supuestamente asociados con la enfermedad. «El concepto del SPM es tan vago y flexible que casi todas las mujeres pueden identificarse con éste».²³

Al examinar las referencias al SPM en la cultura popular y en la literatura médica, Chrisler y Caplan se dieron cuenta de que se trata de una noción esencialmente occidental, y de que la mayoría de los estudios se han hecho en Europa, Norteamérica y Australia. Si bien las mujeres de cualquier parte del mundo experimentan tensión, irritabilidad y retención de líquidos antes del periodo, muchas no lo consideran anómalo ni sienten que requieren la intervención de un profesional.

Las dos autoras argumentan que mucho antes de la creación del TDPM, el uso extendido del término «síndrome premenstrual» ya había medicalizado los ciclos menstruales, es decir, el mismo ciclo se había convertido en un problema médico que necesitaba una solución.

Aunque son muy críticas de lo que perciben como un claro ejemplo de la medicación innecesaria, ambas reconocen que muchas mujeres sienten que sus preocupaciones no se toman en serio si no se les da una explicación médica. De la misma manera, argumentan, mucha gente puede pensar que el debate sobre el SPM es favorable a las mujeres, y calificar de insensibles y poco comprensivos a quienes rechazan la idea de darle una etiqueta médica.

Con la incertidumbre y el debate sobre la definición y significado del SPM como telón de fondo, a mediados de los años 1980 un pequeño grupo de psiquiatras y otros colaboradores de la American Psychiatric Association (Asociación Americana de Psiquiatría) se reunieron para intentar definir una nueva enfermedad. La idea era diferenciar las quejas premenstruales normales de una grave modalidad de perturbaciones del humor que iba y venía cada mes,

pero que resultaba lo bastante seria en algunas mujeres como para incapacitarlas y solicitar un tratamiento. El grupo fue impulsado por la respetable figura del Dr. Robert Spitzer, en aquel momento responsable de la revisión de la biblia de la psiquiatría, el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)*.²⁴

Cada vez que el *DSM* se revisa se añaden nuevos trastornos, pero en las últimas décadas, las cifras se han multiplicado. En términos físicos, el libro comenzó siendo un volumen delgado, pero desde entonces se ha metamorfoseado en un tomo grueso. Bajo la dirección de Robert Spitzer —colega de Jean Endicott en el New York State Psychiatric Institute—, el número de nuevas enfermedades catalogadas en el *DSM* se ha disparado. Tan deseoso estaba de añadir nuevas enfermedades al manual, que el ahora anciano Spitzer confiesa que algunos de sus colegas más jóvenes solían bromear con él acerca de que no había trastorno que no le gustara.²⁵

El TDPM ha sido una de las dolencias que más polémica ha despertado al incluirse, y se conocía en principio por el poco elegante nombre de trastorno disfórico de la fase luteal tardía (LLPDD, por sus siglas en inglés) cuando el comité de Spitzer se sentó a discutirlo, en el verano de 1985.

Según el recuento de Spitzer de los acalorados debates de aquel periodo, incluso en el mismo comité no se ponían de acuerdo sobre si incluir o no aquel supuesto trastorno mental nuevo en el *DSM*. Parte del recelo obedecía a lo poco que se sabía sobre sus causas, o sobre cómo tratarlo, críticas que tanto Spitzer como sus colegas reconocen. Sin embargo, resulta irónico que esta falta de conocimiento se convirtiese en una poderosa razón para crear la nueva enfermedad, gracias a los entusiastas que alegaron que su inclusión en el *DSM* facilitaría más investigaciones sobre su origen y tratamiento.²⁶

Otra preocupación esencial que algunos miembros del comité de Spitzer comentaron desde el inicio fue que como todas las mujeres experimentan distintos grados de síntomas premenstruales, existía el peligro de que los psiquiatras terminasen etiquetando de trastorno mental lo que no eran más que aspectos normales de la vida cotidiana. A pesar de que también admitieron como válida esta inquietud, Spitzer y quienes lo apoyaban replicaron que lo mismo podía argüirse con respecto a muchos trastornos mentales consolidados. Por ejemplo, la depresión no era más que una forma extrema de tristeza. El argumento de Spitzer era que en este tipo de dolencias había que ser muy cuidadoso a la hora de establecer las fronteras entre lo normal y lo anómalo. Pero no explicó de qué manera podían sobrevivir esos límites en la vorágine del marketing de medios, diseñado específicamente para desdibujarlos. Si bien sobre el papel los criterios estrictos que definen las enfermedades con gran potencial de incapacitación pueden parecer una barrera razonable para un grupo de psiquiatras, en el mundo real de la promoción de fármacos una mujer que tiene dificultades para desenganchar un carro de la compra, vista por millones de personas en Estados Unidos, se convierte en la definición de un nuevo trastorno.

A pesar de las objeciones de dos de sus miembros, el comité original de Spitzer recomendó la inclusión de la enfermedad, entonces conocida como LLPDD, en el *DSM*. La recomendación suscitó un aluvión de críticas de algunos grupos de mujeres y de asociaciones profesionales, subrayando lo prematuro de tal adición. La solución de compromiso fue la de incluir la nueva enfermedad, pero sólo en el apéndice del manual, como un trastorno que requiere más investigación. Por lo tanto, ni siquiera entraba dentro de la categoría oficial cuando la siguiente versión del manual se publicó, en 1987.²⁷

Seis años más tarde, durante los prolegómenos de la siguiente revisión del *DSM*, otro comité volvió a debatir sobre lo mismo. A pesar de haber revisado cientos de estudios, los miembros del comité concluyeron que aún había muchas dudas en torno a la definición de la enfermedad. No se llegó a un consenso sobre si se trataba de una enfermedad psiquiátrica

aparte, y se requería más investigación para resolver la disputa. En aquel momento, el nombre «trastorno disfórico de la fase luteal tardía» fue sustituido por el de trastorno disfórico premenstrual, pero siguió incluido en el *DSM* como una dolencia que debía investigarse en mayor profundidad.

En este punto, sin embargo, se produjo otra circunstancia significativa. A pesar de las dudas y disputas del comité, los editores del manual tomaron la inusual decisión de clasificar el TDPM como un auténtico trastorno depresivo y lo incluyeron en el cuerpo principal del *DSM*, aunque continuaba en el apéndice del manual calificado como enfermedad provisional no oficial que necesitaba de más investigaciones. Aunque esto resultaba algo contradictorio, fue importante desde el punto de vista comercial, porque otorgó al TDPM un preciado código que permitiría a los médicos prescribir fármacos para tratarlo, y a las mutuas cubrir el coste de estos fármacos.²⁸

Fue entonces cuando los rifirrafes entre los científicos que discutían sobre esta nueva enfermedad se convirtieron en grandes desacuerdos. La psiquiatra Sally Severino —miembro del comité que intentaba definir la nueva enfermedad— recuerda que fue entonces que se alejó de sus colegas Spitzer y Endicott. «Los datos no probaban la existencia del TDPM como un diagnóstico válido», afirmó. «La decisión de convertirlo en un trastorno depresivo estuvo más basada en consideraciones políticas que científicas».²⁹ Hacer que la enfermedad adquiriese una mayor legitimidad como enfermedad mental, explicó Severino, abrió el camino para el lucrativo financiamiento de estudios por parte de las compañías farmacéuticas. «En lo que a mí respecta, la decisión no se basó en los datos que examinamos». Entonces, ¿existe el TDPM? «Buena pregunta», rió.

Lo que sucedió a continuación ayudaría a catapultar una enfermedad desconocida, ofensiva y para algunos inexistente, desde las últimas páginas de un manual de psiquiatría a las portadas de las revistas de moda y a las pantallas de televisión en todo el mundo, gracias a Lilly, conocida sobre todo por su antidepresivo superventas Prozac. A finales de la década de 1990, el plazo de la patente de Prozac —cuyo nombre químico es fluoxetina— estaba a punto de vencer, y Lilly se enfrentaba a la perspectiva de perder cientos de millones de dólares debido al surgimiento de genéricos más baratos. Obtener la aprobación del fármaco para el tratamiento de una nueva enfermedad quizá daría impulso a las ventas.

A finales de 1998, Lilly ayudó a financiar una pequeña reunión sobre el TDPM, calificada pomposamente de «mesa redonda» de investigadores. Esta reunión de tan sólo dieciséis expertos tuvo lugar en la ciudad de Washington, y a ella asistieron funcionarios de la FDA y al menos cuatro representantes de Lilly. Al frente, Jean Endicott, de la Universidad de Columbia, que llevaba una década impulsando la aceptación de este trastorno. Esta vez, sin embargo, Endicott tenía de su lado a un gigante farmacéutico.

A los doce meses, los resúmenes de aquella «mesa redonda» se publicaron en un artículo de una revista médica que afirmaba que se había llegado a un consenso científico sobre la calificación del TDPM como «entidad clínica diferenciada».³² Aunque el artículo apareció en una revista de poca importancia, su publicación brindaría credibilidad a las afirmaciones de que se trataba de un trastorno real y ayudaría a convencer a la FDA de que diese su visto bueno al fármaco de Lilly para el tratamiento de la enfermedad, apenas unos meses más adelante. Aunque se les solicitó, ni los representantes de Lilly ni los de la FDA hablaron públicamente sobre la mesa redonda. Ninguno de ellos ha ofrecido explicaciones acerca del hecho de que una reunión patrocinada por un laboratorio pueda, por lo visto, tener un papel tan importante en la aceptación de una enfermedad y en la aprobación simultánea del fármaco del patrocinante. Aunque es evidente que la mesa redonda se planeó para ayudar a obtener la aprobación del nuevo uso del Prozac, también pretendía acabar con la incertidumbre

científica sobre la existencia o no del TDPM. Tal y como sucedieron las cosas, sólo sirvió para poner de manifiesto que la polémica seguía en pie.

La reunión se produjo a la sombra de una sola compañía, Lilly. Fue impulsada por una sola compañía y sólo sus representantes estuvieron presentes. Lilly ha rechazado numerosas solicitudes de entrevistas y ha rehusado contestar una de las preguntas claves de este caso: ¿Cuál fue su papel en la transformación de los resúmenes de la mesa redonda en un artículo publicado en una revista médica, artículo que ayudó a proporcionar los fundamentos científicos para la aprobación del antidepresivo de la compañía para esta controvertida enfermedad? En el mundo de la medicina, la práctica de los artículos financiados por compañías y escritos por «negros» está muy extendida, particularmente en el campo de la psiquiatría.³³ Cuando se le preguntó sobre el hecho de que los laboratorios financien actividades científicas de tal importancia —en las que se debate la existencia de nuevos trastornos—, Endicott tan solo replicó: «Así son las cosas de la vida».³⁴

Críticos como Paula Caplan alegan que desde el inicio de 1990 no han surgido nuevas pruebas científicas que demuestren que se trata de una enfermedad, de modo que en la época de la mesa redonda de 1998, el TDPM aún no merecía el estatus de trastorno mental diferenciado. La psiquiatra Sally Severino está de acuerdo. Jean Endicott disiente y afirma que había nuevas y significativas pruebas, aunque no muchas. A pesar de las limitadas pruebas que Endicott mencionaba, incluso desde el punto de vista del artículo resultaba claro que aún había mucha incertidumbre en torno a este trastorno, incluso dentro del pequeño grupo de expertos escogidos a dedo que asistieron a la reunión.³⁵

El resumen que Endicott hace de la mesa redonda incluye un importante matiz, que apunta a la permanencia de ciertas dudas. «La mayoría de los presentes están convencidos (quizás en grados diferentes) de que el TDPM es una entidad diferenciada». Pero a pesar de las dudas y los desacuerdos, la reunión patrocinada por Lilly tuvo dos conclusiones esenciales: había un presunto consenso acerca de la existencia de la enfermedad, y la mayoría de los presentes opinaba que había suficientes pruebas que avalaban el uso de antidepresivos como Prozac para tratarla.

En la Navidad de 1999, en una reunión de consultores de la FDA se votó unánimemente a favor de la aprobación de la fluoxetina de Lilly para el tratamiento del TDPM. Poco después, la FDA dio luz verde de manera oficial al laboratorio para la comercialización del fármaco para el TDPM, y la compañía organizó su pertinente lanzamiento. Pero los acontecimientos dieron un giro sin precedentes, y la píldora no se lanzó con el nombre de Prozac. Lilly había encargado unos sofisticados estudios de mercado con médicos y potenciales pacientes, y como resultado decidió dar a Prozac unos nuevos y atractivos colores azul y rosa, además de ponerle el nombre de Sarafem.

Para especialistas en marketing farmacéutico como Vince Parry, la historia del TDPM y Sarafem es un gran ejemplo de cómo una compañía «fomenta la creación de una enfermedad y la asocia con un fármaco».³⁶

Parry trabajó para Lilly en esta campaña, que describe como una contribución al esfuerzo «de información sobre la enfermedad y el fármaco». En primer lugar, explica, la compañía patrocinó una «iniciativa de prelanzamiento» para dar a conocer la enfermedad. «Al cambiar el nombre de Prozac a Sarafem —con píldoras de color azul lavanda, promocionadas con imágenes de girasoles y mujeres atractivas—, Lilly creó una marca que se ajustaba como un guante a las características de la enfermedad».³⁷

En el caso del TDPM y Sarafem, continúa, los estudios de mercado de Lilly se centraron en la mejor manera de denominar la marca y la enfermedad, para descubrir el lenguaje con el que las mujeres se sentían cómodas. El TDPM, según Parry, «tiene una cierta personalidad en la que se pueden ver reflejadas (...), incluso las mujeres que salían en los anuncios creados

para la ocasión no tenían el aspecto atemorizado de las personas deprimidas. Se trataba de mujeres seguras, con confianza en sí mismas, que no tenían miedo de pedir ayuda y que reconocían que era una enfermedad de la que no tenían por qué avergonzarse; todos estos factores se desarrollaron con la ayuda de las propias pacientes, para asegurarnos de obtener resultados concluyentes».³⁸

No obstante, a pesar del gran empeño de Lilly y Parry, la «personalidad» tanto de Sarafem como del TDPM resultó un tanto equívoca, en parte debido a algunas reacciones negativas que suscitó el anuncio del carro de compra difundido en todo Estados Unidos. Hasta la FDA —tan amiga de la industria— reaccionó, alegando que el anuncio banalizaba la seriedad de este presunto trastorno mental nuevo, al asociarlo con los problemas menstruales normales. En una carta a Lilly, la FDA fue particularmente crítica con el pegadizo lema: «¿Crees que es SPM? Podría ser TDPM».³⁹

La carta explicaba que el anuncio nunca establecía claramente la diferencia entre el SPM y el TDPM y, por lo tanto, «ampliaba» la enfermedad hasta límites irrazonables. Si bien la FDA ha aceptado sin reservas la existencia del TDPM, sus críticas refuerzan, irónicamente, los recelos de aquéllos que piensan que la vida cotidiana se está convirtiendo en una enfermedad. Según la investigadora Barbara Mintzes, «estos anuncios de verdad te venden la panacea de que ya no tienes que lidiar con lo que solía ser una parte normal de la vida».⁴⁰ Y la psicóloga Paula Caplan comenta, «en pocas palabras, ves que toman una experiencia corriente y la convierten en una enfermedad mental».⁴¹

La inquietud de Caplan sobre la trivialización de problemas verdaderamente graves proviene de una perspectiva diferente que la de la FDA. Caplan se preocupa por la posibilidad de que una calificación psiquiátrica como el TDPM se use para cubrir o enmascarar las fuentes reales del dolor y la angustia que sufren algunas mujeres cuando tienen el periodo. Estas fuentes pueden incluir un historial de relaciones violentas, circunstancias de vida estresantes, pobreza o acoso; problemas que claramente una píldora no puede resolver.⁴²

A pesar de estas dudas, el marketing tanto de la nueva enfermedad como del antidepresivo para su tratamiento continúa a buen paso en Estados Unidos. En Europa, sin embargo, la comercialización de Sarafem / Prozac (fluoxetina) para el TDPM se interrumpió abruptamente. A mediados de 2003, tras deliberar sobre el etiquetado estándar de productos en toda Europa, el principal organismo regulador emitió una mordaz declaración en la que se planteaba seriamente la existencia de la enfermedad. También criticaba con fiereza la calidad de las pruebas clínicas de la compañía que pretendían mostrar los beneficios del fármaco.

Una comisión de la Agencia Europea de Evaluación de Productos Medicinales indicó que «el TDPM no es una enfermedad firmemente consolidada en Europa. No está incluida en la Clasificación Internacional de Enfermedades y continúa siendo un diagnóstico que investigar en el *DSM IV*». Pero su siguiente conclusión fue la razón más poderosa que se esgrimió para detener la promoción de Prozac para el TDPM, y se hacía eco del argumento, ahora familiar, de las feministas. «Existen grandes recelos acerca de la posibilidad de que las mujeres con síntomas premenstruales menos graves reciban un diagnóstico erróneo de TDPM, lo que se traduciría en el uso extendido de fluoxetina a corto y largo plazo».⁴³

A continuación, los reguladores criticaron vigorosamente dos de los principales estudios de Lilly sobre Prozac/fluoxetina para el TDPM, afirmando que eran muy deficientes. Se trataba de pruebas de corta duración, las pacientes no eran una muestra representativa de quienes recibirían el fármaco y, aún peor, no quedaba claro lo que se medía en los estudios, con lo que el valor de los resultados era cuestionable en cualquier caso. Los descubrimientos condenatorios de esta comisión contrastan marcadamente con las conclusiones de la mesa redonda patrocinada por Lilly con expertos estadounidenses: las autoridades reguladoras

europeas no estaban en absoluto convencidas de que hubiese pruebas suficientes que justificasen el uso de Prozac, de la farmacéutica Lilly, para el TDPM.

Paula Caplan agradeció el gesto. «Creo que es una decisión maravillosa», comentó. «Esta estrecha vigilancia sobre fundamentos científicos en los estudios es muy poco común y debe ser elogiada». A Jean Endicott no le impresionó, afirmando que la decisión hacía un pobre servicio a las mujeres. Lilly se vio obligada a informar por carta a los médicos en Europa sobre la decisión de las autoridades de prohibir el Prozac para el TDPM, una medida que, como era de esperar, el portavoz de la compañía calificó de «desafortunada».⁴⁴

Aunque la FDA criticó los primeros anuncios de Lilly, el organismo regulador de Estados Unidos ha seguido dando su aprobación a otros antidepresivos similares para el TDPM, incluyendo Zoloft de Pfizer y Paxil de GSK.

Y como ocurre hoy en día con la aprobación de muchos fármacos, ésta viene acompañada de «campanas de información», financiadas por las compañías, sobre la enfermedad que el medicamento ha sido aprobado para tratar. El marketing de Pfizer del TDPM incluso llega a utilizar parte de las palabras y conceptos empleados por Lilly.

«¿Estás perdiendo días por lo que crees que es SPM? Si es así, podría tratarse de TDPM»

Anuncio de Zoloft

Es muy probable que estos anuncios más recientes no hayan sido sometidos al mismo escrutinio por parte de las autoridades que el de los primeros anuncios de Lilly, en el año 2000. Poco después de asumir el poder ese mismo año, la administración Bush designó a un fiscal como consejero oficial de la FDA, un abogado que previamente había trabajado como consultor legal del lado de las compañías farmacéuticas y contra la FDA. Su llegada supuso una serie de nuevos procedimientos que exigían que las cartas de advertencia para las compañías farmacéuticas primero tenían que ser aprobadas por su departamento, donde inevitablemente se acumulaban. Lo que solía ser un torrente continuo se terminó convirtiendo en un lento goteo, y las cartas se enviaban con tanto retraso que más de una vez llegaron al laboratorio mucho después de que la campaña cuestionada hubiese terminado.⁴⁵

Los anuncios de GSK para Paxil y el TDPM son incluso más descarados en su empeño por difuminar las barreras entre la vida ordinaria y la enfermedad mental.

«Siempre pensé que no era más que SPM. Ahora sé que no es así. ¿Malhumorada? ¿Susceptible? Podría ser TDPM»⁴⁶

Dado que este tipo de campañas claramente se dirigen a mujeres normales y sanas que experimentan problemas comunes, el tema de los efectos secundarios adquiere mucha más importancia. Un típico efecto secundario de estos tres fármacos son los problemas sexuales serios. Y como se ha descubierto, muchos años después de su aprobación original, los efectos secundarios de Paxil son particularmente inquietantes, incluyendo problemas tras su retirada que pueden llegar a ser muy graves.⁴⁷

Pero el problema de la retirada es sólo uno de los retos del superventas Paxil, también conocido como Seroxat y Aropax. Uno de los antidepresivos más vendidos del mundo, este fármaco también se convirtió en la gallina de los huevos de oro de GSK, el gigante angloamericano de los laboratorios. Buena parte del éxito extraordinario de Paxil se debió a que estaba aprobado para tratar más enfermedades que casi todos sus competidores.

En última instancia, sin embargo, la dolencia más polémica no fue el TDPM, sino un oscuro trastorno psiquiátrico que la compañía puso en primer plano al afirmar que una de cada ocho personas lo padecía. Para ayudarlo a lanzar este nuevo trastorno, GSK recurrió a

una de las empresas de comunicación más grandes del mundo. Esta compañía dirigiría una campaña de relaciones públicas con varios premios en su haber que se convertiría en un caso clásico de la venta de enfermedades.

CAPÍTULO 7

Moldeando la percepción del público

El trastorno de ansiedad social

La primera vez que Deborah Olguin oyó hablar del trastorno de ansiedad social fue en un anuncio de televisión. En aquella época estaba desempleada y le costaba mucho soportar las entrevistas de trabajo. Cada una le salía peor que la otra y su nerviosismo y agitación iban en aumento. Entonces vio un anuncio sobre una nueva enfermedad llamada trastorno de ansiedad social y un nuevo medicamento llamado Paxil. «Pensé: bueno, quizás esto me ayude con las entrevistas de trabajo», comentaba unos años más tarde. «Básicamente yo misma me diagnostiqué».¹

Residente en un pequeño camping en el sur de California, Deborah acudió a su médico. «Le dije lo que me estaba ocurriendo, que había visto estos anuncios en televisión y le pedí que me extendiese una receta. Así lo hizo, y comencé a tomar Paxil».² Dos meses más tarde, aliviada su ansiedad, Deborah obtuvo un empleo en una inmobiliaria, y allí permaneció durante cuatro años.

«Creo que tomar la medicación me ayudó a sentirme cómoda trabajando de cara al público». Al diagnosticarse a sí misma, y con éxito, un trastorno de ansiedad social, Deborah se acercó al límite de la ciencia médica: su enfermedad apenas comenzaba a salir de entre las tinieblas para convertirse en el centro de atención del público, y el poderoso antidepresivo Paxil era el primer fármaco autorizado para tratarla.

En poco más de un año, el fabricante de Paxil, GSK, tomó una enfermedad psiquiátrica poco conocida y hasta entonces considerada como inusual y la convirtió en una gran epidemia llamada trastorno de ansiedad social, llegando a afirmar que uno de cada ocho estadounidenses la padecía.³ Esta transformación le permitió, en última instancia, sumar hasta 3 mil millones de dólares en ventas anuales de Paxil, convirtiéndolo en el antidepresivo número uno a escala mundial. Los anuncios que Deborah vio en televisión constituían tan sólo la punta del iceberg, la parte más visible de una campaña de múltiples estratos dirigida a moldear la percepción del público sobre la timidez y la incomodidad en las relaciones sociales. Para conseguirlo, el gigante farmacéutico recurrió a WWP, una de las empresas de comunicación más grandes del mundo, y a su filial de relaciones públicas, Cohn & Wolfe.

«No sólo explotamos las últimas tendencias, sino que las creamos», presumía el equipo de Cohn & Wolfe.⁴ Con sede en Madison Avenue, en la ciudad de Nueva York, pertenece al selecto grupo de compañías de relaciones públicas especializadas en la comercialización no convencional de fármacos. Fundada en la década de 1970, la firma creció hasta alcanzar prominencia mundial cuando obtuvo el contrato de relaciones públicas de la Coca-Cola como patrocinadora de los Juegos Olímpicos. Hoy en día, su lista de clientes incluye empresas tan conocidas en el campo de la comida rápida, el petróleo y los medicamentos como Taco Bell, Chevron Texaco y GSK.

Con una división dedicada por completo a la salud y los fármacos, Cohn & Wolfe ha desarrollado unas habilidades muy particulares.

No sólo comercializa medicamentos, también brinda apoyo a los laboratorios durante el peliagudo proceso para obtener la autorización de la FDA. «Pero, con frecuencia, es el trabajo que hacemos antes de la aprobación, el cultivo del mercado, lo que demuestra el verdadero poder de nuestros esfuerzos de comunicación», indica su página web.⁵ Ése fue el poder que GSK utilizó para ayudarles a vender un trastorno apenas conocido en todo el mundo.

A pesar de su inmensa influencia en todo el planeta, las compañías de relaciones públicas son básicamente invisibles para nosotros, y son nuestras maneras de pensar las que ellos modifican. En realidad, Cohn & Wolfe no es más que una marca, puesto que forma parte del gigante WPP Group, un conglomerado global que vende publicidad, relaciones públicas, técnicas de marca y otros servicios a muchas de las empresas más grandes del mundo — incluyendo la tabacalera Philip Morris—, con ingresos de más de 6 mil millones de dólares al año.⁶

En términos de relaciones públicas, GSK contrató a Cohn & Wolfe con el objetivo específico de «posicionar» el trastorno de ansiedad como una enfermedad grave.⁷ Esto ocurrió antes de que Paxil obtuviese la autorización para tratar la enfermedad, pues así en Cohn & Wolfe tendrían tiempo de comenzar a «cultivar el mercado».⁸ La campaña tenía dos fines muy claros. El primero era generar una amplia cobertura mediática del trastorno de ansiedad social, estableciendo en todo momento el vínculo entre la enfermedad y el fármaco. El segundo, y con diferencia el más importante, era asegurarse de que Paxil vendiese más que Zoloft, el exitoso antidepresivo que en aquel entonces ocupaba el segundo puesto en ventas detrás de Prozac.⁹ Hablando en plata, había que educar al público acerca de una nueva enfermedad, mediante una campaña cuyo objetivo principal era el de maximizar las ventas de un fármaco.

En línea con las técnicas modernas de relaciones públicas, la compañía ayudó a orquestar lo que parecía un movimiento originado desde las bases de la sociedad para concienciar al público sobre una dolencia dejada de lado.

Esta campaña estaba basada en el lema «Imagine que usted fuera alérgico a la gente». Carteles con la cara de un hombre de expresión triste y que mostraba síntomas comúnmente experimentados se distribuyeron por todo Estados Unidos. «Te ruborizas, sudas, tiemblas, e incluso te cuesta respirar. Así es el trastorno de ansiedad social». Los carteles parecían provenir de varias asociaciones médicas y de apoyo a pacientes, agrupadas bajo una entidad sombrilla, la Social Anxiety Disorder Coalition (Coalición del Trastorno de Ansiedad Social), pero los tres miembros de esta coalición dependían en gran medida del patrocinio de laboratorios. Cohn & Wolfe se hizo cargo de las llamadas que los medios hicieron a la «coalición».¹⁰

Como hemos visto en la promoción del trastorno por déficit de atención y otras enfermedades, los grupos de apoyo obtienen parte de los fondos de los laboratorios al poner en contacto a pacientes achacosos con periodistas ávidos de grandes titulares. Y eso es exactamente lo que pasó en este caso: la compañía de relaciones públicas organizó diversas teleconferencias de prensa con los enfermos. Lo que en Cohn & Wolfe se describe como «difusión agresiva en los medios» incluyó asimismo la distribución de notas de prensa en vídeo, dossiers de prensa y el establecimiento de una red de portavoces. Por lo visto, la divulgación en los medios obró maravillas: comenzaron a generarse artículos por doquier, desde el intelectual *New York Times* hasta el popular espacio *Howard Stern Show*, desde las páginas satinadas de *Vogue* hasta *Good Morning America*, el conocido programa de televisión.¹¹

No hay campaña de información sin su correspondiente experto en la materia y, en este caso, le tocó al psiquiatra de la Universidad de California, el Dr. Murray Stein. Entre otras

cosas, Stein alabó el Paxil en las primeras notas de prensa que difundió la compañía sobre el trastorno de ansiedad social, descrito como una dolencia que hacía que la gente se sintiese enferma de miedo frente a las relaciones sociales que podían implicar que uno se sintiera observado y evaluado por los otros.¹² La nota explicaba que no se trataba «tan sólo de timidez», sino de un trastorno mucho más perturbador que llegaba a dificultar la vida cotidiana.

«El trastorno de ansiedad social puede considerarse, hasta cierto punto, como un grado verdaderamente extremo de la timidez», dice Stein, que colaboró en los principales estudios sobre el fármaco patrocinados por el laboratorio, y quien desde entonces ha mantenido el vínculo con el fabricante.¹³ Según los últimos informes, además de su puesto en la universidad, Stein ha trabajado en los últimos años como consultor remunerado para no menos de diecisiete compañías farmacéuticas, incluyendo GSK.¹⁴

Lo que en principio no era más que un goteo de artículos en los medios sobre el trastorno de ansiedad social, pronto se convirtió en un torrente continuo. El mercado se estaba regando a conciencia, como parte del plan de cultivo de Cohn & Wolfe. A comienzos de 1999, la FDA dio luz verde a GSK con la aprobación de Paxil para este nuevo trastorno, y la campaña de marketing se puso en marcha. Un aluvión de anuncios dirigidos al consumidor, similares a los del trastorno disfórico premenstrual, dio a conocer a toda una generación una enfermedad psiquiátrica de la que nunca habían oído hablar. Decenas de millones de estadounidenses, entre ellos Deborah Olguin, sin trabajo en su caravana del sur de California, vieron anuncios de televisión con imágenes perturbadoras de personas que experimentaban un miedo intenso a las relaciones sociales.

Al año siguiente, Cohn & Wolfe fue reconocida por su innovadora labor en la campaña sobre el trastorno de ansiedad social y ganó un premio de la Public Relations Society of America (Asociación Estadounidense de Relaciones Públicas). Según la mención, la compañía había utilizado con éxito a los expertos en psiquiatría y los testimonios de pacientes y representantes de terceras partes para «informar» a periodistas, consumidores y médicos sobre este nuevo trastorno, generando más de mil millones de apariciones mediáticas en sólo un año. El premio estaba particularmente justificado, puesto que «el aumento en la conciencia del público sobre la existencia de Paxil y del trastorno de ansiedad social» había ayudado a incrementar las ventas del fármaco hasta superar las del Zoloft y durante un tiempo se mantuvo a la par con Prozac, un gran logro dentro de la industria.¹⁵

Sin embargo, ¿podemos decir que gente como Deborah Olguin y millones más fueron debidamente *informados*?

Desde luego, nadie le dijo que cinco años más tarde aún estaría tomando Paxil, debido a los espantosos síntomas de abstinencia que experimentaría cada vez que intentase parar. Omitieron comentarle que, mientras el trastorno de ansiedad social ayudaba a Paxil a convertirse en la gallina de los huevos de oro de GSK, el coste prohibitivo de su receta mensual la llevaría regularmente a conducir durante horas para cruzar la frontera mexicana a la caza de un precio más asequible. Tampoco le comentaron que había pruebas que sugerían que Paxil estaba asociado con un aumento en el riesgo de pensamientos y comportamientos suicidas en niños y adolescentes, pruebas que una vez hechas públicas, llevarían a las autoridades británicas a la práctica prohibición del fármaco entre los jóvenes. Describir la campaña de relaciones públicas de Cohn & Wolfe para GSK como «información» es una grotesca falacia. El hecho de que también generase una cobertura mediática tan llena de alabanzas quizá justifique el premio de relaciones públicas y la emoción en Madison Avenue, pero es también una crítica muy oportuna a esta laxa cultura en la que prima el exceso de informaciones médicas.¹⁶

No hay duda de que para algunas personas los antidepresivos, incluyendo el Paxil, pueden ser beneficiosos y hasta pueden llegar a salvar vidas. Pero para otros, como Deborah Olguin, la luna de miel se acaba muy pronto. «No le deseo a nadie que pase por lo mismo que yo con esta medicación».

Irónicamente, sus problemas con el fármaco comenzaron cuando dejó de tomarlo, al no lograr que le renovasen la receta. Unos días más tarde, comenzó a sentirse nerviosa y angustiada, con extrañas sensaciones que describió como fugaces descargas eléctricas que le perforaban el cerebro. Cuando finalmente le renovaron la receta, los síntomas desaparecieron.

Tras una segunda ocasión en la se quedó sin receta durante varios días, comenzó a pensar que quizás era el fármaco el que estaba causando el problema. Sus médicos simplemente le recomendaron que siguiera tomándolo, aunque ella se propuso dejarlo.

«Hubo un momento en el que estuve unos diez días sin el fármaco y simplemente no podía hacer nada, no funcionaba. Fue horrible, realmente horrible».¹⁷

Aunque GSK inicialmente los negó y las autoridades sanitarias los omitieron, las continuas campañas sobre los derechos del consumidor han obligado al reconocimiento oficial de los problemas derivados de la interrupción de Paxil. Uno de los principales activistas es el británico Charles Medawar, cuya organización, Social Audit, ha tenido un importante papel en la concienciación de la gente.¹⁸ Aunque todavía se debate sobre el número de personas que experimenta dificultades para dejar la medicación —hasta uno de cada cuatro usuarios—, hay casos, como el de Deborah Olguin, en el que el síndrome de abstinencia es tan grave que no pueden abandonar el fármaco.¹⁹ Puesto que millones de personas en el mundo toman Paxil, incluso si sólo un porcentaje pequeño experimentase problemas graves, continuaría tratándose de muchísima gente.

No es sólo que en la campaña ganadora de Cohn & Wolfe pasaran por alto datos completos y precisos sobre los efectos secundarios del fármaco. El material generado por esta compañía también omitió información sobre la propia *enfermedad* y sólo contaron una parte de la historia. El nombre con el que se conoce más ampliamente esta dolencia es fobia social, y no trastorno de ansiedad social. La fobia social está considerada desde hace mucho tiempo como una enfermedad psiquiátrica muy poco común, que lleva a un porcentaje pequeño de la gente a evitar las relaciones sociales. En la época moderna, fue descrita por primera vez por investigadores franceses a finales del siglo diecinueve.²⁰ Intenten buscar una enfermedad llamada trastorno de ansiedad social en libros actuales de psiquiatría y no la encontrarán.

Tan sencillo como que el manual internacional de enfermedades mentales no incluye el trastorno de ansiedad social.²¹ En la biblia de la psiquiatría de Estados Unidos el nombre sólo aparece, entre paréntesis, tras el título oficial: Fobia social (trastorno de ansiedad social). En el manual de síntomas psiquiátricos autorizado de Estados Unidos que describe la enfermedad aún aparece bajo el título «Fobia social»,²² y la guía que lo acompaña no hace mención a ninguna dolencia llamada trastorno de ansiedad social.

Intentar descubrir cómo es que GSK escogió el nombre de trastorno de ansiedad social para crear esta enorme repercusión en los medios no es una tarea fácil, porque ni Cohn & Wolfe ni GSK responden a las preguntas. Parece seguro, sin embargo, que en la motivación de la compañía para preferir un nombre sobre otro tuvieron un papel ciertas consideraciones de marketing. Según los psiquiatras especializados en este campo, los dos nombres dados al trastorno sugieren dos formas muy diversas de ver el problema subyacente y la mejor forma de tratarlo.

En términos simples, un trastorno de «ansiedad» parece más fácil de tratar con farmacoterapia. Algo calificado de «fobia» se ajusta más a la idea de las enfermedades tratadas con psicoterapia.

«La industria podría dar la impresión, mediante su preferencia por el término trastorno de ansiedad, de que es una enfermedad que requiere indefectiblemente un tratamiento farmacológico», afirma el psiquiatra británico Dr. David Baldwin, que ha trabajado en muchos estudios sobre antidepresivos patrocinados por laboratorios, pero que al igual que muchos de sus colegas, se decanta claramente por el término «fobia social».²³

La otra diferencia importante es que se puede incluir a mucha más gente en la categoría de enfermos con la definición de un trastorno de ansiedad que con la de una fobia. Es así porque la descripción de fobia social, que aún tiene mucho peso fuera de América del Norte, hace hincapié en que el paciente debe sentirse obligado a *evitar* las situaciones que le causan miedo para que se le diagnostique la enfermedad y se le defina como enfermo.²⁴ Con el concepto de trastorno de ansiedad social que se impulsa en Estados Unidos, las personas no necesariamente deben evitar el trato social para ser calificadas como enfermas, es suficiente con que teman la situación en sí y que ese miedo les cause angustia.²⁵

En otras palabras, el umbral de diagnóstico es menor en el caso del trastorno de ansiedad, y la población potencial de pacientes mucho mayor. Vince Parry, gurú del marketing, no trabajó en esta campaña de GSK, pero la considera un buen ejemplo de técnicas para fabricar enfermedades. «Puede decirse que el área de los trastornos de ansiedad y los estados de ánimo es el campo más abonado para la fabricación de enfermedades», dice Parry, que explica que en el caso de estas dolencias no se pueden hacer análisis de sangre, con lo que el diagnóstico se hace mediante una lista de síntomas.²⁶ «Antes experimentábamos nervios o miedo escénico, no podíamos sentirnos cómodos en medio de una multitud. A esto solíamos llamarlo timidez o timidez extrema», añade. «Pero ahora tenemos una enfermedad llamada trastorno de ansiedad social, que es «un sentimiento general de incomodidad al estar entre otros individuos que puede limitar la capacidad de participación». La ambigua descripción que Parry hace de los síntomas de esta nueva enfermedad —que afectan a franjas amplísimas de la población general— refuerza de manera importante las críticas de quienes sugieren que asistimos al desdibujamiento de las fronteras entre la vida normal y las enfermedades tratables.²⁷ Para Parry, que se gana la vida ayudando a las compañías farmacéuticas a diseñar y promocionar nuevos trastornos o a maquillar los viejos, esta falta de nitidez no es mala. Por el contrario, sugiere con ligereza que hace que la gente se sienta mejor consigo misma. «Cuando la gente es capaz de identificarse con estas personas (con esta enfermedad), no se juzga a sí misma con tanta severidad. Saben que pueden buscar ayuda y que, como resultado, podrán ejercer la carrera de sus sueños o vivir las relaciones que desean sin sentir que hay algo en ellos que no funciona».²⁸ Por lo visto, antes de sanarnos debemos admitir que estamos enfermos.

No todos los intentos para fabricar enfermedades son tan exitosos como los de la campaña de Cohn & Wolfe. Unos años antes, otro laboratorio intentó promover la fobia social y fracasó estrepitosamente.

Parte de la acción tuvo lugar en Australia, donde se contrató a una firma de relaciones públicas de menos experiencia para que cultivase el mercado en nombre del gigante suizo Roche, a la sazón muy interesado en promover su fármaco Aurorix para esta enfermedad. Un clásico de las notas de prensa de aquel intento es la que afirmaba que un millón de australianos sufría un trastorno psiquiátrico llamado fobia social, poco conocido pero que destrozaba el alma.²⁹ Pero este «hecho» fundamental constituía un débil cimiento para la campaña, puesto que entre los dieciocho millones de habitantes de Australia no había ni remotamente un millón de personas con este trastorno. Los cálculos oficiales del momento sugerían un tercio de aquella cifra y es muy probable que también fuesen una exageración.³⁰ Resultó que Roche ni siquiera pudo encontrar al pequeño número de pacientes necesario para

las pruebas clínicas del fármaco y aquella burda campaña de relaciones públicas fue abandonada calladamente.

Fred Nadjarian, director de Roche en Australia, no es de los que se anda con rodeos. Llegó a afirmar que las estimaciones proporcionadas por el departamento de marketing sobre el supuesto alcance de la enfermedad le habían «engañado». «Pensé que podía ser un gran mercado», dice Nadjarian «pero cuando intentamos reclutar pacientes para los estudios, sencillamente no pudimos».

Con la advertencia de que detrás de cada estadística hay intereses creados —sea una asociación profesional, un investigador o un laboratorio— Nadjarian propone una mayor dosis de sano escepticismo. «Las estimaciones acerca de algunas enfermedades son desmesuradas», comentó. «Quienes trabajan en marketing siempre elevan estas cifras».³¹

En el caso de esta dolencia en particular —llámese fobia social o trastorno de ansiedad social—, los cálculos acerca del número de personas que la sufren de verdad van del 1 al 16 por ciento.³² Como con muchas otras enfermedades, cuanto más alta se supone la incidencia más fácil les resulta a los laboratorios declarar que no se diagnostica lo suficiente y que hay millones de personas que sufren en silencio y sin recibir el tratamiento que necesitan, utilizando ese argumento como la principal justificación de las grandes campañas de relaciones públicas como la de Cohn & Wolfe.

En Europa, las estimaciones sobre el número de personas que padecen enfermedades suelen ser menores que en Estados Unidos, y así es en este caso, desde luego. Sin embargo, incluso en Estados Unidos hay una gran variedad de cifras, y en años recientes algunas han cambiado con pasmosa rapidez. Hace apenas dos décadas, los decanos de la psiquiatría estadounidense citaban pruebas que sugerían que la fobia social podía afectar a alrededor del 2 por ciento de la población en un periodo cualquiera de seis meses.³³ En 1998, aproximadamente un 13 por ciento —o uno de cada ocho— de los estadounidenses sufría trastorno de ansiedad social, según las estimaciones contenidas en el material publicitario de una compañía farmacéutica. ¿Qué es lo que ha pasado mientras tanto?

En primer lugar, la lista de síntomas que definen la fobia social (trastorno de ansiedad social) ha ido creciendo de manera constante en las revisiones del principal manual de psiquiatría, el DSM, lo que en esencia aumenta la población de aquéllos que pueden definirse como enfermos. En segundo lugar, estas nuevas definiciones ampliadas se han usado en estudios de población que han obtenido como resultado un número mucho más alto de personas que sufren trastornos mentales graves, incluyendo la fobia social / trastorno de ansiedad social. En tercer lugar, un laboratorio farmacéutico que intentaba impulsar su producto tomó algunas de las estimaciones más altas y las usó como parte de una gran campaña de relaciones públicas.

Como en el caso del trastorno por déficit de atención, las revisiones recientes del *DSM* han ampliado su definición, incrementando el número de situaciones sociales que una persona puede llegar a temer para ser calificada de enferma, y eliminando la necesidad de evitar esa situación como criterio estricto.

Un amplio estudio basado en estas nuevas definiciones, conducido por el catedrático de Harvard Ron Kessler, estimó que el 13, 3 por ciento de las personas sufría este trastorno en algún momento de sus vidas, la referencia del «uno de cada ocho personas» que usó el fabricante de Paxil.³⁴

«El trastorno de ansiedad social es más común de lo que usted cree... Uno de cada ocho estadounidenses padece el trastorno de ansiedad social. La buena noticia es que es tratable.»

Folleto de la compañía para pacientes³⁵

Cuando un grupo de investigadores dirigidos por el Dr. William Narrow revisó a la baja estas estimaciones infladas, el mayor descenso de las cifras se produjo en la fobia social (este estudio no utilizó el término «trastorno de ansiedad social»). Los cálculos de Narrow sugieren que en un año cualquiera la cifra podía estar por debajo del 4 por ciento, y quizás mucho más abajo.³⁶ Basándose en su interpretación de la literatura científica, algunos psiquiatras de renombre indican que el porcentaje real de la población que sufre fobia social es menor del 1 por ciento.³⁷

Cuando se le preguntó sobre la promoción comercial del trastorno de ansiedad social, Narrow contestó que en su opinión, algunos de los anuncios televisivos de Paxil habían descrito con precisión los miedos intensos de la gente que se paraliza frente a las situaciones sociales, pero le preocupaba que la agresiva campaña de marketing tuviera el potencial de convertir la timidez común en una enfermedad mental. El uso de cifras como «uno de cada ocho» es contraproducente, comentó, porque «los números poco realistas trivializan el trastorno».³⁸ Desde entonces, la compañía ha utilizado estimaciones más bajas en sus campañas de marketing, y algunos de sus anuncios sugieren que más de diez millones de personas padecen la dolencia, en lugar de los treinta millones o más que implicaba lo de «uno de cada ocho».

Por lo visto, la campaña sobre el trastorno de ansiedad social de GSK es uno más de esos casos en los que personas sanas o con una enfermedad leve son informadas de que podrían padecer una dolencia psiquiátrica grave.

Al igual que en el empeño por presentar la menopausia como una deficiencia hormonal que requiere tratamiento, en este caso también parte de la estrategia de ventas implica el uso calculado de celebridades, entre ellas el fenómeno estadounidense del fútbol americano, Ricky Williams. A pesar de su éxito sobre el terreno de juego, parece ser que se trata de una persona muy tímida. Como Deborah Olguin en su camping californiano, sólo se dio cuenta de que sufría una enfermedad mental tras ver un anuncio en la televisión.³⁹

En el verano de 2002, una oleada de publicidad reveló que Williams —que jugaba en los Miami Dolphins— padecía trastorno de ansiedad social. Se publicaron artículos en el *New York Times* y en *Los Angeles Times*, e incluso ocupó un segmento del show de Oprah Winfrey, uno de los escenarios de televisión más solicitados. La estrella de los deportes contó a la NBC, una cadena de ámbito nacional, que siempre había sido muy tímido. Lo que algunos artículos en los medios revelaron, pero que por alguna razón otros omitieron, fue que en aquel momento Williams recibía dinero de GSK para ayudar a concienciar al público sobre el trastorno de ansiedad social.⁴⁰ También estaba tomando Paxil. Sus apariciones en los medios no fueron el resultado de un periodismo inteligente, sino la última oleada de una campaña de relaciones públicas, a la sazón de tres años de antigüedad, para cambiar la percepción acerca de una enfermedad. Casualmente, ese mismo año el propio Paxil llegaría a ser una celebridad, al desplazar por un breve periodo de tiempo al Prozac y al Zoloft, convirtiéndose en el antidepresivo más vendido del mundo.⁴¹

Cuando entonces se le preguntó al portavoz de GSK si los comentarios de la estrella del fútbol sobre su timidez eran parte de un intento deliberado para convertir a ésta en una enfermedad, su respuesta fue: «Es un buen punto, pero no lo creo». Añadió que había una gran diferencia entre la timidez y el trastorno de ansiedad social, que describió como una enfermedad subdiagnosticada y subtratada.

«Estamos muy satisfechos de trabajar con Ricky. Tiene un mensaje importante que dar, su historia es inspiradora y animará a quienes pudieran tener síntomas del trastorno de ansiedad social a buscar tratamiento».⁴² Con síntomas que incluyen sudar, ruborizarse o palpitaciones, está claro que mucha gente puede sentirse impelida a «buscar tratamiento», en este caso, un cortés eufemismo para salir en busca del Paxil.

Se trata de no restar importancia al sufrimiento auténtico de aquéllos que se sienten aterrorizados ante la idea de hablar en público u otras situaciones sociales. Antes bien, el objetivo es poner en evidencia el modo en que la comercialización de un fármaco, disfrazada de información o concienciación, pretende cambiar de manera profunda nuestras opiniones acerca de lo que constituye una enfermedad tratable y, al mismo tiempo, conducir a la gente hacia la última novedad en pastillas.

El día después de aquella entrevista a Williams en la NBC, la misma cadena emitió un segmento con consejos para la gente tímida. Durante el programa, un experto comentó a su vasta audiencia que «para los trastornos de ansiedad social, e incluso para los que tienen problemas al hablar en público, recurrir a la medicación puede ser útil». Aunque el portavoz de GSK dijo que el astro del fútbol americano no había sido «contratado para vender un producto», quizás el aumento en las ventas del Paxil no fue una consecuencia del todo inesperada de la aparición de Williams en los medios y de los artículos que le siguieron.⁴³ Curiosamente, si tenemos en cuenta que no se le contrató para vender un producto, resulta que Williams dio todo su apoyo al Paxil, aproximadamente un año más tarde, en una nota de prensa de la compañía sobre una nueva formulación del fármaco. «Como alguien que ha padecido trastorno de ansiedad social, me siento muy feliz de que nuevas opciones de tratamiento, como Paxil CR, estén disponibles hoy en día para ayudar a quienes sufren esta enfermedad».⁴⁴

Mientras el astro Ricky Williams parece satisfecho con Paxil, y presumiblemente feliz acerca de su acuerdo con GSK, otros miles como Deborah Olguin están emprendiendo acciones legales contra la compañía, alegando que no se les advirtió del potencial de dependencia y síndrome de abstinencia del fármaco.

Karen Barth Menzies, alta y bronceada, es la tenaz abogada del bufete Baum Hedlund, en Los Angeles, que coordina estas acciones. «Hemos recibido llamadas de unas diez mil personas, y todas por la misma razón: «Comencé a tomar este fármaco sin tener ni idea de que podía convertirme en un adicto, y ahora eso es lo que soy».⁴⁵ Si bien es verdad que GSK admite que algunas personas experimentan problemas al interrumpir el fármaco abruptamente, rechaza de plano la idea de que el Paxil causa dependencia y de que hay quienes terminan enganchados. Pero el síndrome de abstinencia no es el único problema al que se enfrentan Paxil y GSK.

Uno de los principales consejeros de la firma de abogados de Los Angeles es el relevante psiquiatra David Healy, catedrático de la Universidad de Gales. Aunque opina que los antidepresivos tienen un valor, incluyendo el Paxil, Healy argumenta que se están convirtiendo demasiados aspectos de la vida cotidiana en una enfermedad, y que la publicidad del trastorno de ansiedad social es un ejemplo clásico de este problema. «Estamos cambiando lo que significa ser humanos», ha dicho.⁴⁶ «Si tienes un problema muy grave y te trato con una píldora como el Paxil, quizá salve tu vida, o tu matrimonio, o tu carrera. Pero si no tienes nada, si lo que sufres es un problema leve, convertirte en un enfermo psiquiátrico y recetarte píldoras puede suponer mucho más riesgos que dejarte sin tratar».⁴⁷

Durante la última década, el malestar de Healy ha ido en aumento en lo que se refiere al desajuste entre la comercialización de antidepresivos y la realidad científica, sobre todo en lo concerniente al comportamiento suicida. Como resultado de su trabajo en acciones legales, Healy tuvo acceso especial a los archivos corporativos de GSK, y afirma haber visto pruebas de los problemas derivados de la abstinencia del Paxil en los datos científicos de la propia compañía.

Más aún, asegura que los estudios del Paxil en niños con depresión muestran que el fármaco ocasionó un ligero aumento en el riesgo de pensamientos y comportamientos suicidas. Los descubrimientos de Healy ayudaron a despertar la alarma y al aumento del

activismo de consumidores y medios de comunicación que en última instancia obligó a las autoridades sanitarias de Gran Bretaña, Estados Unidos y otros países a abrir investigaciones sobre la seguridad de todos estos nuevos antidepresivos, con algunos resultados extraordinarios, tal y como hemos visto en el capítulo 2.

Tras un examen detenido de los estudios con el Paxil patrocinados por GSK en niños y adolescentes con depresión, las autoridades reguladoras del Reino Unido y de Estados Unidos finalmente desvelaron que en estos estudios se clasificaron de manera incorrecta, bajo el término «impedimento emocional», algunos comportamientos potencialmente significativos. Obligado a revisar los datos de sus propios estudios, GSK informó que, de hecho, la incidencia de pensamientos e intentos suicidas era más alta entre los niños que tomaban el Paxil que entre los que tomaron placebo o una sustancia inactiva.⁴⁸ Cuando las autoridades ampliaron sus investigaciones para revisar algunos antidepresivos de la misma clase, se encontraron con peligros similares.

Al mismo tiempo que verificaban sus efectos secundarios, los reguladores decidieron investigar los supuestos beneficios de los antidepresivos. Para su sorpresa, tras revisar y resumir los estudios patrocinados por laboratorios en niños con depresión, descubrieron que no había pruebas sólidas de que estos fármacos fueran mejores que el placebo.⁴⁹ Y, sin embargo, la prescripción a los más jóvenes había alcanzado límites insospechados.⁵⁰ Tan sólo en Estados Unidos se llegaron a extender hasta cinco millones de recetas anuales de Paxil y Zoloft para menores de dieciocho años.⁵¹ Finalmente, ante un escándalo inminente y reclamaciones sobre deficiencias básicas en la regulación de medicamentos, las autoridades reaccionaron. En 2003, con la excepción de Prozac, las autoridades británicas recomendaron no utilizar estos fármacos en niños.

En Estados Unidos, en 2004, durante el fragor de la campaña electoral, la FDA finalmente exigió la inclusión de advertencias de alto riesgo en las etiquetas de todos los antidepresivos, incluyendo el Prozac, un paso que probablemente reduzca la tasa de prescripción en Estados Unidos y en el resto del mundo.

A mediados de 2004, el fiscal general de Nueva York, Elliot Spitzer, demandó a GSK, acusando públicamente a la compañía de fraude. Alegó que el laboratorio había ocultado datos sobre los peligros del Paxil y la falta de pruebas acerca de sus beneficios en niños depresivos, engañando, por lo tanto, a los médicos y al público general.⁵² En menos de tres meses, GSK había zanjado el caso. Si bien calificó los cargos de infundados, también acordó el pago de dos millones y medio de dólares para evitar los costes derivados de un largo proceso legal contra el estado de Nueva York.⁵³

En los documentos presentados ante la corte, la compañía alegó que dado que el Paxil no había recibido la autorización oficial para su uso en niños (los médicos lo prescribían sin indicación), GSK no había podido distribuir la información sobre sus pruebas clínicas por cuestiones legales.⁵⁴ No obstante, según informes de prensa, una comunicación interna de GSK enviada en 2003, aconsejaba específicamente a los visitantes médicos de la compañía que no comentasen con los médicos que recetaban el fármaco sus potenciales nexos con el comportamiento suicida.⁵⁵

Más o menos por la misma época de la demanda del fiscal general de Nueva York, GSK anunció la creación de un nuevo registro de sus estudios, para permitir un mayor conocimiento por parte del público de los resultados, fueran favorables o no. El anuncio de GSK se incluye en un movimiento a escala mundial que pretende llevar un registro de todos los estudios, una iniciativa impulsada desde hace décadas por sectores reformistas y que podría proporcionar transparencia, aunque con mucho retraso, a la ciencia médica financiada por los laboratorios.⁵⁶ Aunque muchos observadores esperan que todo esto anuncie una

nueva era de apertura y responsabilidad dentro de la industria farmacéutica, es aún muy pronto para afirmarlo con rotundidad.

La creación de un registro de estudios de acceso público hará más difícil que las compañías y los investigadores escondan resultados desfavorables, pero no hará nada en cuanto al control de las campañas de marketing diseñadas para cambiar la forma en que pensamos acerca de las enfermedades. Cohn & Wolfe, la filial del gigante de las comunicaciones WPP, ejecutó de manera exquisita la campaña de GSK sobre el trastorno de ansiedad social, generó mil millones de imágenes mediáticas, disparó las ventas del Paxil y obtuvo un premio por sus esfuerzos. A menos que las reglas cambien, el mundo de las relaciones públicas se envalentonará gracias a este exitoso ejemplo, Cohn & Wolfe repetirá su gesta, y lo más probable es que sus competidores la imiten, contribuyendo a la creación de enfermedades que ni siquiera Vince Parry ha imaginado aún. Una de estas compañías rivales, Manning Selvage and Lee (MS&L), de Manhattan, proclamó lo siguiente en un anuncio reciente dirigido a los ejecutivos de las compañías farmacéuticas:

En MS&L tenemos un nuevo propósito, más elevado. No solamente cambiamos las percepciones, porque éstas son efímeras. Lo que hacemos, en todos los sentidos, es cambiar la forma de pensar.⁵⁷

Como hemos visto en el caso de la depresión, parte del «esfuerzo de concienciación» sobre el trastorno de ansiedad social se diseñó para presentar la enfermedad prácticamente como si estuviese causada por un «desequilibrio químico» del cerebro, que debía repararse con soluciones químicas como el Paxil.⁵⁸ Las sugerencias por parte de la compañía de que una de cada ocho personas padece una enfermedad psiquiátrica que «puede estar asociada a un desequilibrio químico» son tan absurdas como falsas. Un debate público más racional sobre las causas de la incomodidad social —una discusión que realmente tuviera como objetivo educar a la gente en lugar de disparar las ventas—, se enfocaría de manera muy diferente.

Un libro de texto reciente sobre la ansiedad social sugiere que un análisis de sus causas podría resultar fructífero si empezase «no con las razones por las que un individuo en particular siente timidez o ansiedad, sino con estudios sobre las influencias culturales en los patrones de interacción social».⁵⁹ Los editores del libro, que han recopilado las obras de diferentes investigadores de todo el mundo, sugieren que un primer paso hacia la comprensión del fenómeno consiste en preguntarse: «¿Cuál es la naturaleza de una sociedad en la que la incomodidad social está ampliamente extendida entre sus miembros?» Un interrogante que, según los editores, mueve a la reflexión y a la investigación sobre los fenómenos culturales como la competencia, nuestra definición de éxito y el cambio en los patrones de relación de unos con otros, mucho más que los desequilibrios químicos del cerebro.

El esfuerzo por sugerir que la «causa» de la enfermedad está en el individuo, sea por razones biológicas o psicológicas, claramente nos distrae de un entendimiento más profundo de los complejos orígenes de la ansiedad social, considerada o no como un trastorno mental. Aunque éste no es el único caso, sí es un claro ejemplo de un problema que resulta mucho mayor. Los mensajes emanados de la maquinaria de marketing de la industria farmacéutica tratan de centrar la atención del público en un reducido espectro de «soluciones» químicas para los problemas de salud. Pero también mantienen la atención en un reducido espectro de *causas*.

Cada vez es mayor el conjunto de pruebas que sugiere que la salud de los individuos y las poblaciones viene determinada por muchos más factores que sus niveles de serotonina y el

número de medicinas que consumen.⁶⁰ Factores relativos a la educación, el entorno, la economía y las desigualdades influyen grandemente en la salud. Continuar centrando la atención del público y de quienes toman las decisiones a nivel gubernamental en definiciones tan limitadas de causas químicas y soluciones farmacéuticas, supone la pérdida para nuestras sociedades de maneras mucho más efectivas, seguras y baratas de reducir la carga de las enfermedades reales y de ayudar a la gente a estar más sana y ser feliz. Quizás uno de los mejores ejemplos de cómo se distorsiona el debate público es la obsesión actual por la medición de la densidad ósea con el fin de prevenir fracturas.

CAPÍTULO 8

La evaluación del mercado

La osteoporosis

Era una radiante mañana de invierno en Edmonton, la capital de la provincia canadiense de Alberta. El suelo estaba cubierto de un manto de nieve fresca que había caído durante la noche. Sin huellas de pájaros sobre los montones de nieve el mundo parecía desprovisto de complicaciones, liso y hermoso. O eso era lo que pensaba Wendy Armstrong, una ex enfermera convertida en activista de la salud, mientras miraba por la ventana de su cocina y levantaba el auricular del teléfono.

La noche anterior sólo habían dejado un mensaje en el contestador de la Asociación de Consumidores de Alberta. Una mujer de Edmonton preguntaba en tono exaltado: «¿Qué diablos sucede?». Se refería a algo que había oído en la radio, algo que le había parecido un anuncio, pero no estaba segura. Un popular comentarista deportivo arengaba a sus oyentes en tono autoritario, como si estuviera narrando un partido de hockey: «¡Venga ya! ¿Os preocupa esa horrible enfermedad llamada osteoporosis que está arrasando el país? Id a Saint Mike's y medíos la densidad ósea hoy mismo. La Seguridad Social pagará la prueba».¹

En realidad, este discurso intimidatorio marcaba el inicio de una campaña de diez años de duración cuyo objetivo era el de animar a las mujeres a ir a las clínicas a medirse la densidad ósea. La campaña fue apoyada con entusiasmo por las compañías farmacéuticas —que ganan dinero mediante la venta de fármacos para la enfermedad—, y los radiólogos, que se ganan la vida haciendo estas pruebas. Utilizando una batería de sofisticadas técnicas de relaciones públicas, esta alianza informal ha intentado convencer a toda una generación de mujeres sanas de que corren el riesgo de romperse un hueso en cualquier momento y de que sus vidas están en peligro, asaltadas constantemente por el «sigiloso ladrón» que es la osteoporosis.

Lo que la propaganda suele pasar por alto es que el valor de estas mediciones de densidad ósea está en entredicho, que los fármacos obtienen beneficios modestos, pero causan efectos secundarios muy graves y que aún está por verse si se trata verdaderamente de una enfermedad. La pérdida de la densidad ósea es algo que le ocurre a mucha gente a medida que envejece; se trata de un proceso normal y natural, excepto en casos muy raros. Tener huesos de densidad mineral especialmente baja sí que aumenta la probabilidad de fracturas en el futuro, pero es sólo uno más de una serie de factores entre los que también se incluyen la existencia de alfombras mal fijadas al suelo o la necesidad de usar unas gafas apropiados. Hace varios años, cuando un grupo independiente de investigadores y médicos canadienses de la Universidad de British Columbia examinó todos los datos científicos sobre la osteoporosis, llegaron a la conclusión de que el fomento de las pruebas de densidad ósea para las mujeres era un caso clásico del «marketing del miedo».²

Las fracturas de cadera causadas por caídas son un gran problema de salud que cada año afecta a millones de ancianos en el mundo.³ Una fractura de cadera puede resultar devastadora para el paciente y muy cara para el sistema de salud. En general, no se producen hasta que el individuo es muy anciano, y suelen asociarse con el último capítulo de la vida.

Hay muchas maneras de prevenir las fracturas de cadera y otras partes de cuerpo, como los cambios en el estilo de vida, la dieta y determinados arreglos en las viviendas, pero en los últimos años la atención se ha centrado en la densidad ósea, coincidiendo con el lanzamiento de un nuevo fármaco superventas que ralentiza su pérdida. Como el hielo cubierto de nieve, las caídas —una de las principales razones de las fracturas de cadera— han permanecido ocultas bajo capas y capas de entusiasmo por parte de quienes promueven los tests y los fármacos. En 2003, los estadounidenses gastaron 1, 7 mil millones de dólares en sólo uno de los medicamentos que reducen la pérdida de densidad ósea, llamado Fosamax. Sin embargo, es más que probable que ese país haya gastado apenas una minúscula fracción de esa cantidad en campañas de concienciación del público para intentar prevenir las caídas de ancianos.⁴

Puesto que la osteoporosis no tiene síntomas, los laboratorios farmacéuticos han tenido que esforzarse para convencer a las mujeres de que se tomaran la enfermedad en serio. La clave está en haber inculcado suficiente miedo como para llevar a la gente a los hospitales a realizarse la prueba de la «enfermedad» y hacer que se sometieran a tratamiento. Especialistas como Kym White han resultado fundamentales en estas campañas. Relaciones públicas en la oficina neoyorquina de Ogilvy Public Relations, esta mujer llena de seguridad se ha pasado casi veinte años aconsejando a las más importantes compañías de cuidados de la salud, farmacéuticas y de biotecnología sobre su especialidad, que incluye el desarrollo de exitosas campañas de «información sobre enfermedades».

Kym White recuerda las primeras investigaciones de mercado sobre la osteoporosis que pusieron en evidencia un gran problema para la industria farmacéutica: básicamente, al ciudadano de a pie no le preocupaba el asunto. De hecho, a comienzos de 1990, había muy poca gente que hubiese oído hablar de la osteoporosis, y, si lo había oído, solían quitarle importancia, asociándolo con esas cosas que les pasan a las ancianitas jorobadas. Esto fue una señal para el mundo de las relaciones públicas de que la osteoporosis necesitaba una renovación.

White explica: «Lo que había que hacer en este campo —desde la perspectiva de las compañías con intereses en la enfermedad— era convencer a las mujeres que rondaban los cincuenta de que tenían que empezar a pensar en la osteoporosis, que tendrían que tomar medidas en las siguientes dos décadas de su vida si querían asegurarse de que no terminarían como aquellas ancianitas que veían en la calle».⁵

Una de las compañías con grandes intereses en la osteoporosis era Merck, que lanzó un fármaco llamado Fosamax en 1995, el primer «superventas» de toda una nueva generación de medicamentos para la osteoporosis. Incluso antes de que el fármaco llegase a los mercados en Estados Unidos, Merck financió la distribución de las máquinas que medían la densidad ósea, necesarias para asegurarse de que las mujeres recibirían el diagnóstico para el que se prescribiría el medicamento de la compañía, una brillante estrategia que le granjeó alabanzas por su visión de los negocios.⁶ Un analista se limitó a comentar: «Cuanto mayor sea el número de médicos capaces de dar un diagnóstico fiable de la osteoporosis, más recetas de Fosamax se terminarán extendiendo».⁷

Casualmente, más o menos un año antes del lanzamiento de Fosamax, un grupo de estudios de la Organización Mundial de la Salud había redefinido la osteoporosis.⁶³ Este grupo decidió que la densidad ósea «normal» era la correspondiente a una mujer joven (de treinta años de edad), una definición que automáticamente hacía que los huesos de muchas mujeres mayores fueran «anormales». En un extraordinario alarde de candidez, los autores admitieron que la decisión sobre los límites de la osteoporosis era «más bien arbitraria». A continuación procedieron a redactar una definición que determinó de manera automática que el 30 por ciento de las mujeres menopáusicas padecía la enfermedad. Bajo estas normas, una radiografía era suficiente para detectar la densidad ósea.

Si una mujer tenía una ligera pérdida ósea por comparación con otra más joven, esto constituía «pre-osteoporosis» u osteopenia. Si la pérdida era un poco mayor, esa mujer recibía como diagnóstico que padecía una enfermedad llamada osteoporosis.

Aun cuando esta definición es ampliamente aceptada en medicina, también ha generado fuertes críticas de aquéllos que, como el grupo independiente de investigadores de la Universidad de British Columbia en Canadá, ven en este caso otro ejemplo de cómo convertir un aspecto normal de la vida en una enfermedad. Otro motor de las críticas lo constituye el hecho de que dos compañías farmacéuticas financiaron las deliberaciones de los grupos de estudio de la OMS, patrocinando la reunión principal, en la que se terminó de redactar la definición.⁹ Con el visto bueno de la OMS, este concepto se estableció como patrón de referencia internacional, que ha dado lugar a los parámetros corrientes de diagnóstico y tratamiento alrededor del mundo, desde Alberta hasta Nueva Gales del Sur.

Basándose en la definición de la OMS, grupos como la National Osteoporosis Foundation (Fundación Nacional de la Osteoporosis) de Estados Unidos nos dicen que esta «enfermedad debilitante» es una «importante amenaza para la salud de unos cuarenta y cuatro millones de estadounidenses», o más de la mitad del total de la población mayor de 50 años de edad. Esta cifra incluye los 10 millones susceptibles de merecer el diagnóstico de «osteoporosis» y otros 34 millones que se estima tienen una densidad ósea baja u osteopenia, corriendo el riesgo de padecer osteoporosis.¹⁰ Como muchos otros grupos en apariencia independientes, esta fundación para la osteoporosis ha recibido el apoyo de las compañías farmacéuticas.

Para investigadores con opiniones propias como el profesor australiano David Henry, este enfoque con patrocinio corporativo del problema de la pérdida de densidad ósea y las fracturas es sencillamente erróneo. Líder de un equipo multidisciplinar de científicos y médicos especializados en salud pública de la Universidad de Newcastle en Australia, Henry está horrorizado ante estos intentos de convertir a mujeres saludables en enfermas.

Cree que el uso de cifras como «44 millones» lo que consigue es fomentar el miedo en lugar del conocimiento y las acciones positivas. Cuando se define la osteoporosis como una enfermedad que debe ser tratada, en vez de considerar que las fracturas son esencialmente un problema de salud pública que puede mejorar con cambios en el estilo de vida y en la dieta, Henry comenta sin ambages que eso es «propagar la enfermedad».¹¹

Aunque las cifras hinchadas atraen las críticas de algunos, no hay duda de que también apoyan la industria farmacéutica en sus afirmaciones de que esta «enfermedad» está subdiagnosticada y subtratada. Y eso es exactamente lo que Merck ha hecho. En sus comunicaciones a los accionistas, la compañía hace hincapié en la falta de tratamiento, explicando que «menos del 25 por ciento de las mujeres con osteoporosis en siete grandes mercados han sido diagnosticadas y tratadas».¹²

Volviendo a Edmonton, Wendy Armstrong fue testigo de primera fila del momento en que la maquinaria de la osteoporosis arrancó, durante la época de aquellos intimidatorios anuncios radiofónicos. En 1994 en Alberta, una provincia de casi tres millones de personas, sólo se realizaron 2.500 tests de densidad ósea. Para cuando el Fosamax de Merck llegó al mercado canadiense, dos años más tarde, este número casi se había sextuplicado, hasta llegar a 13.000 pruebas.¹³ El salto en el número de tests de densidad ósea contribuyó a la explosión en las ventas de fármacos para la osteoporosis,¹⁴ creando un mercado global para la industria farmacéutica con un valor anual de 5 mil millones de dólares, que algunos predicen que se doblará en unos pocos años.¹⁵

Mientras estos tests contribuían claramente a incrementar las ventas de los fármacos, algunos científicos veían crecer sus dudas acerca de que esta estrategia centrada en la evaluación y tratamiento fuese la mejor manera de prevenir fracturas a los individuos o a las comunidades.

Un informe referencial de 1997 del Departamento de Evaluación de Tecnología Sanitaria de British Columbia, con sede en Vancouver, examinó todo el conjunto de evidencias de los tests de densidad ósea para intentar determinar lo que estos datos mostraban. Los autores, los mismos investigadores independientes de la Universidad de British Columbia, llegaron a la siguiente conclusión: «Las evidencias obtenidas en los estudios no avalan la realización de tests de densidad mineral ósea como un medio para predecir las fracturas en el futuro, bien entre la población general o de manera selectiva, de mujeres cerca de la menopausia o menopáusicas».¹⁶

Esta conclusión contradice de manera rotunda los mensajes de marketing que urgían a la realización colectiva de tests, y está bien avalada por otras pruebas científicas y conclusiones similares de otros investigadores en todo el mundo. Un amplio estudio holandés, publicado en el *British Medical Journal* ese mismo año, descubrió que la pérdida de densidad ósea en una persona apenas contribuye a un sexto del riesgo general de padecer una fractura de cadera, mientras que otros factores como la fortaleza de los músculos y la probabilidad de caídas tienen una gran influencia.¹⁷ En otras palabras, la densidad ósea es tan sólo un componente relativamente banal en la probabilidad de que una persona sufra una fractura. Los investigadores holandeses concluyeron que ralentizar la pérdida de densidad ósea mediante fármacos puede ayudar a reducir el riesgo de una fractura de cadera, pero se trata de sólo un factor y su «contribución es limitada».

En 1999, de nuevo en el *British Medical Journal*, el catedrático Terence Wilkin de la Universidad de Plymouth afirmó con contundencia que, de acuerdo con su propia lectura de las pruebas científicas, estos tests tan extendidos entre la población no eran efectivos en lo que a predicción de fracturas se refería.¹⁸ En lugar de manejar la osteoporosis en números, escribió Wilkin, la atención debía centrarse en otras estrategias, como la prevención de caídas entre la población anciana. Lo que resulta más perturbador es que presentó pruebas que sugieren que otros cambios en los huesos —relativos a su arquitectura, más que a su densidad—, pueden influir mucho más en las probabilidades de que una persona padezca una fractura en el futuro.

Wilkin concluyó que no se derivaban beneficios de la medición exhaustiva de la densidad mineral ósea, y sugirió que, si bien los fármacos tenían un papel en la prevención de fracturas, sus beneficios serían los mismos si las mujeres comenzaran a tomarlos mucho más tarde que cuando lo hacen en la actualidad. En otras palabras, más cerca del momento en el que las fracturas tienen mayores probabilidades de producirse.

En un breve artículo que criticaba el de Wilkin, el catedrático Richard Eastell, de la Universidad de Sheffield, opinaba que le parecía «razonable» el uso de una prueba de densidad ósea para valorar el riesgo en el futuro de fracturas y para decidir si recomendar o no un fármaco. Aun así, su apoyo de estos tests no fue particularmente entusiasta, y admitió que centrar la atención en la densidad ósea «pasaba por alto la importancia de otras condiciones determinantes de la fortaleza ósea y de factores que aumentan el riesgo de caídas», lo que incluye cosas como un bajo peso corporal y fumar. Si bien los vínculos de Eastell con la industria farmacéutica no se especificaban en el *British Medical Journal*, sí llegaron a revelarse en otras fuentes durante la misma época: era consultor de cuatro compañías farmacéuticas.¹⁹

A pesar de la incertidumbre y la polémica sobre la fiabilidad con que las pruebas de densidad mineral ósea pueden predecir si una persona sufrirá fracturas, su uso se ha extendido de manera espectacular. En Vancouver, British Columbia, en un centro de salud para mujeres y niños, el Women's and Children's Health Centre, uno de los pioneros en estos tests, el Dr. Brian Lentle, dirige el programa de calidad de las evaluaciones de estos tests. Como radiólogo, ha asistido en primera fila al desmesurado crecimiento de la industria de las

pruebas de medición, en la misma provincia canadiense que ha generado algunas de las críticas más acérrimas sobre su uso.

Lentle está muy en desacuerdo con las conclusiones del informe de referencia de 1997, publicado por los investigadores de la Universidad de British Columbia, y afirma que la medición de la densidad ósea es un servicio importante al que las personas deben tener acceso, debido a su contribución en el diagnóstico de la osteoporosis.

Pero añade que, con los años, el entusiasmo de quienes promocionan estos tests ha llegado demasiado lejos, y que «muchas de las pruebas que se hacen no deberían realizarse».²⁰

El Dr. Ken Basset, médico, investigador y antropólogo, además de uno de los autores del informe de 1997, recuerda la gran controversia que se produjo en Canadá cuando se hizo público. Aunque él y sus colegas fueron atacados en publicaciones médicas y de divulgación, especialmente a manos de quienes tenían intereses creados en el fomento de los tests y de los fármacos para la osteoporosis, el fundamento científico del informe nunca ha sido refutado.²¹

Aunque han pasado algunos años, los autores de las nuevas directrices canadienses sobre la osteoporosis concluyen que «no hay una prueba "directa" de que la detección reduzca las fracturas»; tan sólo pruebas «indirectas» de que la medición ayuda a identificar a las mujeres que padecen la enfermedad, y de que su tratamiento puede reducir el riesgo de fracturas.²² Basándose en su interpretación de las pruebas, los autores de las últimas directrices recomiendan no iniciar la medición rutinaria hasta los sesenta y cinco años.²³

Algunos departamentos de salud pública de algunas provincias canadienses intentaron frenar la oleada de aparatos para la medición de la densidad ósea. De la misma manera, hubo quienes se mostraron reacios a que la seguridad social cubriese los costes de las radiologías, precisamente por la falta de pruebas referentes a los beneficios del test, tal y como se señalaba en el informe del Departamento de Evaluación de Tecnología Sanitaria de British Columbia de 1997 y en otras fuentes.²⁴

Pero eso no impidió que las pruebas de medición se multiplicaran: sus defensores hicieron caso omiso de la incertidumbre y la polémica en torno a las pruebas científicas, y trabajaron con grupos de pacientes, compañías farmacéuticas, seminarios privadas de radiología y menopausia, con el fin de plantar y abonar la semilla del miedo.

Algunas de las estrategias de la campaña se beneficiaron de la experiencia de quienes se especializan en cambiar la forma de pensar de la gente, como la relaciones públicas Kym White. Ésta explica la importancia del trabajo hecho desde las bases, que con frecuencia utiliza la ayuda de las agencias de relaciones públicas. Estas actividades «desde la raíz» incluyen la entrega de materiales para conferencias a grupos de salud femenina, la promoción de firmas de libros en grandes librerías y de eventos educativos para informar sobre la importancia de la medición de la densidad mineral ósea. Para White, aunque el patrocinio de las empresas suele tener un papel en estas actividades, también ocurre que estas compañías comparten objetivos con los otros actores en cuanto a los principales mensajes que quieren comunicar. Aunque grupos de apoyo independientes como la Asociación de Consumidores de Alberta o los investigadores de la Universidad de British Columbia no comparten estos objetivos ni coinciden en lo que para White son los «mensajes principales».

Cabe destacar que las compañías de relaciones públicas también han ayudado a orquestar los llamados grupos de «terceros» para presionar a los gobiernos y que las mujeres tengan acceso barato a las pruebas de medición. El uso de estos «terceros», aparentemente independientes, es una técnica consolidada de relaciones públicas para intentar poner mensajes de las industrias en bocas diferentes. El «componente legislativo» de estas campañas se centró en quienes tomaban las decisiones gubernamentales en los planes de asistencia sanitaria y a quienes había que convencer de cubrir el coste de las pruebas de

medición. La lógica era muy simple, según White: «Si el coste de la prueba no estaba cubierto, habría muchas mujeres que nunca pedirían la prueba, incluso si adquirirían conciencia acerca del tema».²⁵

Uno de los vehículos usados para que la medición de la densidad ósea ocupara un lugar más importante en la agenda legislativa a escala mundial fue el «Osteobus», patrocinado por compañías farmacéuticas y asociaciones locales de osteoporosis. Durante la última década, más o menos, estos autobuses itinerantes equipados con pruebas de medición han recorrido Europa, Norteamérica y Oriente Medio, divulgando la «información más completa sobre la osteoporosis» y «confiriendo a la gente la capacidad de responsabilizarse por su salud».²⁶ Incluía «vídeos, carteles y expertos en medicina listos para responder a las preguntas» y viajaban hasta poblaciones que quizá nunca habían oído hablar de la osteoporosis, ofreciendo a sus ciudadanos la versión de los patrocinadores sobre la enfermedad. En algunos casos, el autobús se introdujo en la agenda de los políticos con poderes decisivos al llegar, literalmente, hasta sus aparcamientos.

El Osteobus apareció en la Knesset, sede del Parlamento israelí, aparcó frente a las oficinas principales de la Organización Mundial de la Salud en Ginebra, visitó el Parlamento europeo en Bruselas y dio una charla a los miembros de la Asamblea legislativa de Ontario, la provincia más grande de Canadá. Hacer que los políticos se midan la densidad mineral ósea no sólo es una forma única de vender los méritos de esa tecnología; también puso los tests en las mentes de los principales responsables de la toma de decisiones. En Polonia, el Osteobus ganó un importante premio de relaciones públicas de la International Public Relations Association (Asociación Internacional de Relaciones Públicas).²⁷

Según White, éste es el tipo de actividades que realmente vale la pena. «No hay duda de que logramos incluir la osteoporosis entre los temas importantes que tratar, especialmente en lo que se refiere a la cobertura con fondos públicos». Ciertamente lo lograron, pues el número de pruebas de medición de la densidad ósea realizado en la provincia de Alberta pasó de unas 13 mil en 1996 a más de 90 mil en el año 2000.²⁸ Este espectacular aumento resulta preocupante para miembros de grupos de apoyo como Wendy Armstrong, de la Asociación de Consumidores de Alberta —que conoce bien la ausencia de certezas en lo que respecta al verdadero valor de las pruebas—, pero lo cierto es que no parece que se le pueda poner coto.

«Si crees que estás sano, es que no te has hecho las suficientes pruebas»

Dr. Bob Rangno

Con el tiempo, la campaña de relaciones públicas parece centrarse en las mujeres jóvenes. Un ejemplar reciente de la revista *Health* incluía el siguiente titular en su portada: «Huesos quebradizos a los 30: podría pasarte a ti». El artículo hablaba sobre un grupo de mujeres que «descubren» que sus cuerpos ya han sido atacados por el «ladrón sigiloso» y se muestran agradecidas de poderse informar acerca del riesgo de sufrir fracturas en el futuro. Como suele suceder con este tipo de artículos, también incluía un mini cuestionario donde dos respuestas positivas ya bastaban para recomendar una visita al médico. En el mismo ejemplar de la revista se incluía un anuncio de tres páginas sobre Fosamax de Merck, disponible en una nueva formulación de «una toma semanal», en el que se comercializaban el fármaco y la prueba de medición al mismo tiempo: «Consulte con su médico si debe someterse a un test de medición de la densidad ósea».²⁹

Este tipo de anuncios despiertan recelos: ¿Son realmente efectivos estos fármacos? ¿Cuánto hay de prevención en estas píldoras, destinadas a mujeres a quienes se les ha dicho que su densidad ósea no es lo que debería ser? Al final, tanto el riesgo real de sufrir una fractura grave de cadera como el beneficio auténtico de estos fármacos son mucho menores

de lo que cualquiera pensaría tras escuchar estas temibles estadísticas. Como ocurre con otras enfermedades, como el colesterol alto, aquéllos con más riesgo de sufrir la enfermedad en un futuro son los que se benefician más de los fármacos que reducen esos riesgos. Pero para la mayoría de gente relativamente sana y con poco riesgo, tomar un fármaco fuerte puede hacer más daño que bien a largo plazo.

Uno de los principales estudios sobre el Fosamax, y que llamó mucho la atención en la época de su lanzamiento al mercado, fue un ensayo financiado por Merck, llamado Fracture Intervention Trial.³⁰ En este estudio se comparó el fármaco con un placebo durante cuatro años.

Según diversos anuncios publicitarios, reportajes en periódicos de gran tiraje y programas de televisión de gran audiencia, el estudio descubrió que el fármaco reducía el riesgo de fracturas de cadera en un 50 por ciento, una cifra impresionante para las mujeres, sus médicos y los potenciales inversores de Merck. Pero si se mira de cerca, el panorama es muy diferente. En primer lugar, en el estudio sólo se incluyó a mujeres con un «alto riesgo» de fracturas en el futuro; en otras palabras, mujeres mayores que ya habían sufrido al menos otra fractura. Se trata de un grupo mucho más pequeño que las decenas de millones de mujeres sanas a quienes se dirigió la promoción de los tests de medición de la densidad ósea.

Entre quienes tomaron placebo en el estudio, dos de cada cien, o un 2 por ciento, sufrieron una fractura de cadera durante la prueba. Entre aquéllas que recibieron el fármaco, un 1 por ciento sufrió una fractura. En términos relativos, el fármaco redujo el riesgo de fractura de cadera en un 50 por ciento, de dos a uno. En términos absolutos, se trata de una reducción del 1 por ciento. No obstante, la mayoría de las informaciones en los medios omiten estas cifras, mucho menos impresionantes. Un estudio que analizaba cinco años de presencia del Fosamax en los medios, descubrió que entre los espacios en prensa y en televisión que informaban sobre las características del fármaco, más de un 80 por ciento empleaba de manera exclusiva los números relativos, mucho más impactantes —«el fármaco redujo el riesgo en un 50 por ciento»—, sin ofrecer al público ninguna indicación de lo pequeño que resultaba el beneficio en términos absolutos.³¹ Mientras que el estudio del Fosamax sólo incluyó a mujeres de «alto riesgo», los resultados de una prueba mucho más amplia, patrocinada por las autoridades gubernamentales, demostró que para la mayoría de las mujeres sanas, los beneficios a largo plazo de la terapia farmacológica son minúsculos en cuanto a la reducción de las fracturas de cadera.

Antes del Fosamax, fue la terapia hormonal sustitutiva (THS) la que se vendió a las mujeres como la panacea para combatir la osteoporosis y prevenir fracturas.

En 2002, cuando se publicaron los resultados del Women's Health Initiative, un amplio estudio financiado con dinero público sobre la THS, los beneficios reales a largo plazo de este tipo de terapias finalmente salieron a la luz pública. Entre las mujeres que tomaban placebo, alrededor de doce de cada mil sufrieron una fractura de cadera en los siete años del estudio. La THS reducía el riesgo de doce a ocho de cada mil: en términos relativos, una impresionante reducción del 33 por ciento; en términos absolutos, una reducción del 0,4 por ciento.³²

Con beneficios tan modestos, el coste y los riesgos de los fármacos adquieren muchas más importancia. Hoy en día sabemos que la THS incluía el riesgo de un aumento de los ataques cardíacos, accidentes cerebrovasculares, trombos y cáncer de mama. Los efectos secundarios del Fosamax no son tan graves, pero de cualquier manera pueden resultar problemáticos. Debido a su naturaleza potencialmente corrosiva, está asociado con daños graves al esófago y estómago. Otros efectos adversos incluyen diarrea, flatulencias, sarpullidos, dolores de cabeza y dolor muscular.³³ En 1996, el primer año completo que estuvo en el mercado, se denunciaron formalmente al gobierno estadounidense más de 6.000 reacciones adversas al

fármaco, el mayor número de denuncias provenientes de un solo fármaco en ese año.³⁴ Desde entonces, Merck ha relanzado el Fosamax con una formulación de una toma semanal, en lugar de un comprimido diario, para más «comodidad», según la compañía.³⁵

Afortunadamente, hay formas más seguras de prevenir las fracturas en los ancianos que tomar pastillas que a largo plazo pueden causar problemas. Lo que parece dar mejores resultados son los programas que intentan evitar los eventos traumáticos que suelen preceder a una fractura de cadera, es decir, las caídas. Estos programas de prevención, evitar la ingesta de múltiples medicamentos en las personas mayores, fijar las alfombras al suelo y las mejoras en la visión constituyen otras formas de reducir fracturas de cadera.³⁶

Una de las mayores inquietudes que suscita el fomento a gran escala de las pruebas de medición y los fármacos, es que quienes reciben la etiqueta de que padecen osteoporosis pueden dejar de tomar las medidas preventivas que les ayudarían a reducir el riesgo de fracturas en el futuro.

Estas personas, por ejemplo, pueden dejar de hacer ejercicio por miedo a las fracturas, a pesar de que se ha demostrado que ayuda a desarrollar los músculos y el equilibrio, lo que constituye una manera esencial de evitar caídas y fracturas. De modo que las prisas por medir, diagnosticar y tratar los factores de «riesgo» de las mujeres pueden causar más problemas que los que soluciona. Hasta que se realicen estudios importantes a largo plazo sobre la medición de la densidad ósea y sobre los fármacos para la osteoporosis, muchas de estas acuciantes dudas permanecerán sin respuesta.

De algún modo, sin embargo, los enfoques sin medicamentos no parecen ser capaces de competir contra el afán continuo de las mediciones de la densidad ósea y los tratamientos farmacológicos. Incluso Brian Lentle, en la actualidad presidente de la Sociedad Radiológica de Norteamérica, que representa a los mismos especialistas que tanto han hecho en pro de la popularidad de las pruebas de medición, opina que algunos médicos se muestran demasiado entusiastas en torno a unos tests que, a su juicio, deberían reservarse para las mujeres en alto riesgo.

El Dr. Ken Bassett es un científico independiente que continúa cuestionando el valor del enfoque integral de detección y pruebas en enfermedades como la osteoporosis. Como médico, describe lo agotador que resulta, en su práctica diaria, informarse sobre las pruebas científicas acerca de la densidad ósea y las fracturas, para luego dedicar una buena parte de su tiempo a rechazar las solicitudes de sus pacientes para someterse a tests que, en su mayoría, considera inútiles. Con gesto de preocupación, Bassett explica que consagra buena parte de su energía profesional a «intentar resistir las presiones para que realice una prueba de colesterol a jóvenes sanos de ambos sexos o pruebas de medición de densidad ósea, cuando sé que, en su mayoría, llevarán a una clasificación errónea de la persona³⁷ (...) Lo que creo que es el problema, en lo que creo que hemos fallado como sociedad... es en todo este tema de personas sanas que hoy en día se están haciendo pruebas, considerándose a sí mismas en riesgo, modificando su comportamiento y agotando los limitados recursos sociales para tomar medicamentos de los cuales no estamos seguros que les hagan más bien que mal».³⁸

La activista Wendy Armstrong está de acuerdo con Bassett en que hay demasiadas personas sanas etiquetadas como enfermas, pero rechaza, calificándolo de leyenda urbana, el argumento de que los consumidores son los culpables del incremento en el uso de medicamentos y pruebas de dudoso valor. Su rabia aumenta al afirmar que si de algo está segura, después de pasar quince años investigando y escribiendo informes sobre el impacto de las tecnologías médicas sobre los consumidores, es de que «la mayor parte —pero no toda— de la demanda de nuevas tecnologías médicas está impulsada por inversores oportunistas a la caza de nuevos productos y beneficios, y no por pacientes que buscan

nuevos tratamientos y diagnósticos».³⁹ Sea lo que sea que impulsa la demanda, hay muchos más productos en desarrollo para la osteoporosis y muchos más tests que contribuyen a vender la idea entre la gente de que está lo bastante enferma como para esos productos. Hay no menos de cuatro nuevos fármacos para la osteoporosis en desarrollo, y cada vez que uno de ellos salga al mercado, lo más probable es que venga acompañado de un nuevo esfuerzo de marketing para que la mayor cantidad posible de gente se someta a una prueba.⁴⁰ Y con la llegada de la tecnología genética, y la posibilidad de realizar pruebas en recién nacidos para todas sus futuras enfermedades, nos espera todo un mundo nuevo de pruebas de evaluación.⁴¹

GeneWatch, un grupo británico de apoyo en temas de salud, ya ha comenzado a manifestar su preocupación acerca de que la industria farmacéutica y biotécnica podrían estar calentando motores para promover las pruebas de evaluación genética para enfermedades comunes «porque les permitirá expandir el mercado tanto para las pruebas genéticas como para los fármacos preventivos». La preocupación de este grupo es que la detección genética a gran escala puede ser la chispa que genere un nuevo grado de medicación inadecuada, tal y como hemos visto con la osteoporosis. «Dado que el valor predictivo de la mayoría de las pruebas de evaluación genética es muy bajo, muchos niños podrían terminar tomando medicinas que no necesitan», asegura el informe.

Volvamos a Alberta, en Canadá, donde las preocupaciones de Wendy Armstrong sobre las pruebas de medición de la densidad ósea no han hecho más que aumentar desde que recibió, una mañana de invierno tras una nevada, aquella llamada llena de inquietud. Armstrong alega hoy en día que malgastar el dinero en pruebas y terapias innecesarias puede comprometer el futuro de los sistemas de sanidad pública.

«No habría listas de espera si el sistema de sanidad pública y sus médicos dedicaran más recursos a las cosas verdaderamente necesarias, en lugar de desperdiciar dinero y el valioso tiempo de los especialistas en pruebas y procedimientos en personas equivocadas, en momentos inapropiados y por razones incorrectas».⁴²

Parte del reto para quienes pretenden establecer un debate más racional sobre el uso de los fármacos contra la osteoporosis —o cualquier otra enfermedad— es que algunos de los principales organismos gubernamentales de la salud también han caído bajo la influencia de las compañías farmacéuticas. El mejor ejemplo, y quizás el más triste, es el de la FDA, en algún momento considerada un feroz cancerbero, y hoy en día tenida por algunos como un cachorrito amaestrado.

CAPÍTULO 9

La doma de los organismos de control

El síndrome del intestino irritable

Los días calurosos de verano apenas empezaban a golpear la ciudad de Washington, cuando Paul Stolley se incorporó al puesto de consultor de seguridad en la US Food and Drug Administration, con sede justo a las afueras de la capital estadounidense. Dentro del gigantesco complejo gris de hormigón y vidrio, la misión de la FDA es asegurar que los medicamentos sean fiables y eficaces para los casi 300 millones de americanos a los que sirve. Sus deliberaciones determinan qué medicamentos son aprobados para la venta dentro del vasto mercado de Estados Unidos, y cuáles no, e influyen las acciones de los reguladores de fármacos y de los organismos de control sanitario de todo el mundo. Como resultado, las decisiones tomadas a puerta cerrada tienen un efecto profundo en el balance final de algunas de las corporaciones más rentables del mundo.

El Dr. Stolley se estaba incorporando al organismo de control con un currículum impecable. Distinguido profesor de medicina en varias universidades prestigiosas y miembro de la National Academy of Science (Academia Nacional de Ciencias), se encontraba muy satisfecho al estar emprendiendo un nuevo reto.

Experto consumado en lo que a seguridad farmacológica se refiere, inmediatamente le fue encomendado por sus superiores investigar un nuevo medicamento que acababa de salir al mercado. El fármaco se llamaba Lotronex y recientemente había sido aprobado para tratar el síndrome del intestino irritable (SII) en mujeres, una enfermedad muy poco conocida en ese momento, caracterizada por dolores de estómago y problemas de estreñimiento y diarrea.¹

Pocos meses antes en Londres, la revista *The Lancet* había publicado los resultados positivos de un estudio llevado a cabo sobre Lonotrex, que ayudaba a garantizar su aprobación por la FDA. En el artículo, un grupo de científicos escribieron que el fármaco era un tratamiento seguro y efectivo para las personas con SII, calificando de «importantes»² sus conclusiones. En el mundo de la ciencia médica, una investigación con resultados positivos publicada en *The Lancet* vale su peso en oro, lo cual fue buena noticia para el fabricante de este fármaco, GSK.³ Los ejecutivos de la compañía contaban con otro bombazo multimillonario, porque a pesar de ser una dolencia poco conocida, se había comentado que el SII afectaba a una de cada cinco personas en el mundo occidental —casi 45 millones sólo en Estados Unidos.⁴

Incluso antes de que completase su primer verano en la agencia, Paul Stolley ya sugería a sus superiores en la FDA que retirasen el nuevo fármaco del mercado por temores respecto a la seguridad del producto. Antes de su llegada, ya habían empezado a aparecer informes que denunciaban graves efectos secundarios. Mientras la promoción del medicamento iba subiendo y como consecuencia también aumentaba el número de prescripciones, esos inquietantes informes comenzaron a llover en la agencia, incluso a diario. Los denominados «informes de efectos adversos» son enviados a la FDA por altos empleados de las compañías farmacéuticas o médicos practicantes y describen las complicaciones que sufren los

pacientes. En el caso del Lotronex, emergieron dos efectos secundarios en particular, como los más preocupantes: estreñimiento grave y una afección conocida como «colitis isquémica». Ambos potencialmente mortales.⁵

Para algunos de los que sufrieron estreñimiento grave después de tomar el medicamento, sus heces eran tan compactas dentro del intestino que se perforaba la pared intestinal, generando infecciones en el cuerpo potencialmente mortales.⁶ El otro efecto secundario, la colitis isquémica, se manifiesta dentro del vientre a través de un proceso similar a un ataque al corazón, en que la sangre simplemente para de fluir hacia esta parte del cuerpo. En ciertos casos se cura sin más, en otros el tejido del intestino muere y, en raras excepciones, también el paciente.

Tras leer los informes que llegaban a la FDA y examinando rigurosamente toda la información científica relacionada con las pruebas iniciales del medicamento, Stolley estaba llegando a una conclusión alarmante: los beneficios significativos del medicamento eran prácticamente inexistentes o, en el mejor de los casos, modestos, si bien en casos excepcionales sus efectos secundarios podían ser letales. Al comienzo del otoño de 2000, sólo seis meses después de su lanzamiento, los primeros informes de muertes provocadas por el consumo del Lotronex empezaron a llegar a la agencia. El nivel de inquietud de Stolley iba subiendo rápidamente mientras se hacía más evidente que, para algunas personas, esta cura resultaba peor que la enfermedad.

Médico con una amplia experiencia, en activo con pacientes y director de investigaciones científicas, Stolley tenía la noción y, en este caso, la razón de que para una proporción reducida de gente el síndrome del intestino irritable sí podía ser grave y debilitante, pero que para la mayoría de personas afectadas los síntomas eran leves y pasajeros.⁷ Él y otros expertos de la FDA llegaron rápidamente a la conclusión de que algunos de los pacientes que consumían el fármaco sufrían efectos secundarios mucho más dañinos que los síntomas que supuestamente estaban tratando en un principio. Sin embargo, simplemente a causa de la aprobación oficial para la venta del fármaco por la FDA, este medicamento potencialmente letal podía ser promocionado agresivamente a millones de personas sanas.

Tal y como aprendería Stolley en poco tiempo, el Lotronex era sólo el último de una serie de medicamentos «supervendidos» y promocionados masivamente, aprobados por la FDA, y que a corto plazo causaban daños graves y, en ciertos casos, la muerte.

También se enteraría de que en los años anteriores a su llegada, la principal fuente de financiación para este ente de regulación había cambiado fundamentalmente. Más del 50 por ciento del trabajo de la FDA, inspeccionando la seguridad y la eficacia de todos los medicamentos, estaba siendo financiado por las mismas compañías cuyos productos estaban siendo examinados. En varios países europeos la situación es similar. En Australia, también a través de un sistema de «pagos al usuario», las compañías cubren el 100 por ciento de los gastos de los organismos de regulación pública.⁸ A pesar de la dedicación y la responsabilidad de empleados como Stolley, críticos en todas partes del mundo están dando la voz de alarma con respecto a este conflicto de intereses fundamental que subyace en el centro de la regulación sanitaria. En Canadá, un antiguo funcionario del ente regulador resumió esta opinión creciente con respecto a su antiguo empleador diciendo, «Este perro no quiere ir de caza».⁹

En Estados Unidos, las relaciones de la FDA con la industria farmacéutica explotarían en medio del debate público mantenido durante las audiencias del congreso cuatro años después. Experto en seguridad durante largo tiempo para la FDA y convertido en delator, el Dr. David Graham comunicaría entonces a un público atónito que «la FDA, tal y como está concebida, es incapaz de proteger América...»¹⁰ El comportamiento de la agencia durante el debate sobre el Lotronex contribuiría a generar un sentimiento de alarma dentro y fuera de la FDA,

creando en última instancia una crisis de legitimidad para uno de los reguladores en materia de salud más respetados del mundo.

Fuera de la FDA, en el año 2000, otros que estudiaban la información científica relacionada con el medicamento para el tratamiento del SII estaban llegando a conclusiones similares a las de Paul Stolley. Médicos pertenecientes al grupo del consumidor independiente Public Citizen habían aplicado leyes de libertad de información para acceder a documentos internos de la FDA pertenecientes a los estudios científicos originales. Esta información parecía contradecirse con el optimista panorama publicado en *The Lancet*, y el equipo de Public Citizen arguyó que el artículo sobrevaloraba los beneficios del medicamento.¹¹

También señalaron que cinco de los seis autores que redactaron este influyente documento eran empleados de compañías farmacéuticas, tal y como revelaba el artículo. Basándose en sus estudios del material interno de la FDA, este grupo del consumidor concluyó que el medicamento era sólo un poco más efectivo que un placebo —o píldora de azúcar— en el tratamiento de los síntomas, si bien causaba graves efectos. Al igual que Stolley, el grupo presionó a la FDA para que lo retirase inmediatamente del mercado.

La FDA rechazó la petición de prohibición alegando que era muy drástica y, en lugar de ceder, optó por unos cambios de presentación en la forma como se estaba comercializando el producto, introduciendo una "guía del medicamento" educativa, un opúsculo diseñado para informar a la gente sobre los riesgos, aunque pensado para no tener un gran impacto sobre el mercado. Sin embargo, mientras la preocupación en relación al Lotronex seguía creciendo e incrementaba el número de casos mortales, surgió más presión para acciones más contundentes. El 13 de noviembre de 2000, empleados de GSK se reunieron con funcionarios de la FDA para debatir sobre el medicamento. El hecho de que los científicos que estaban controlando los informes sobre los efectos secundarios del Lotronex no pudieran presentar su información en el encuentro, aparentemente a causa de falta de tiempo, fue bastante significativo.

Tres días después, Stolley y tres de sus compañeros decidieron que ya era hora de ponerse serios, así que redactaron un rotundo memorando interno argumentando que el número creciente de víctimas mortales, hospitalizaciones y complicaciones nunca antes había sido observado por los médicos que trataban el SII.¹² El memorando afirmaba que las medidas que estaban siendo tomadas para informar al público, y las soluciones sugeridas por la compañía para hacer frente a los riesgos, eran insuficientes para ponerle freno al creciente número de víctimas. Como señalaron los científicos, no había una forma real de saber quién corría el riesgo de sufrir complicaciones mortales a raíz del consumo de este medicamento. La implicación más clara era que quien lo tomaba, corría peligro y que por lo tanto había que retirarlo del mercado de inmediato.

En una reunión, dos semanas más tarde, empleados de GSK lanzaron un fuerte ataque contra dicho memorando, mientras otros altos directivos de la FDA se reunían y escuchaban, incapaces de defender el trabajo de su propio equipo. Para ese entonces, Stolley ya se había convencido de que la lentitud de los reguladores a la hora de actuar contra el Lotronex estaba directamente relacionada con el deseo de algunos de los altos funcionarios de la FDA de no ofender la industria farmacéutica, quien, después de todo, estaba pagando la mitad del presupuesto asignado por la agencia a sus estudios farmacológicos. Para él, ese encuentro emitió una fuerte señal a la gran mayoría de los jóvenes científicos presentes, y era síntoma de un malestar mucho mayor. Sintió que su mensaje era que «no discutimos con las compañías farmacéuticas; escuchamos sus distorsiones y omisiones de pruebas concretas y no hacemos nada al respecto».¹³ Uno de los altos funcionarios presentes en la reunión, la Dra.

Janet Woodcock, rechazó directamente la visión de Stolley. «La FDA quería determinar un camino hacia adelante, no discutir los detalles», dijo la doctora.¹⁴

Después de ese amargo encuentro y viéndose enfrentados a la creciente evidencia del peligro de efectos secundarios, la cobertura mediática negativa y un regulador aparentemente incapaz de «determinar un camino hacia adelante», la compañía decidió retirar voluntariamente el medicamento del mercado estadounidense. Pero, igual que Lázaro resucitado, el Lotronex volvería a ser aprobado dieciocho meses después, a pesar de sus beneficios moderados y sus efectos secundarios potencialmente letales.

En enero, sólo dos meses después de la retirada inicial, Stolley se percató que había sido expulsado de las discusiones sobre el futuro del medicamento, hasta que recibió una llamada de Woodcock solicitando una reunión. En principio pensó que tal vez hubiera surgido un cambio de opinión dentro de la directiva de la FDA, pero no fue así. Woodcock lo sermonó: el Lotronex era un medicamento beneficioso y la FDA debería trabajar duro para reintroducirlo en el mercado. Por otro lado, el importante científico fue reprendido por «calentarles la oreja» a sus colegas respecto a los riesgos de la droga.

El mensaje era claro y rotundo para todos los que formaban parte de la FDA: ayuden a restablecer este medicamento en el mercado. A uno de los expertos sobre seguridad más cualificados de la agencia, igualmente alarmado por los obvios peligros del medicamento, se le ordenó explícitamente no trabajar en el Lotronex.¹⁵

Mientras tanto, grupos de pacientes, incluyendo al menos uno financiado por GSK, escribieron cartas a la FDA exigiendo la reaprobación del medicamento. A su vez, empleados de la compañía fabricante estaban en contacto cercano con los funcionarios del organismo de control, entre ellos Woodcock, dando razones a los críticos para pensar que las relaciones eran malsanas, una interpretación rechazada a su vez por la compañía y el regulador. «La FDA tuvo que trabajar con la compañía para así facilitar la disponibilidad del medicamento», dijo Woodcock.¹⁶

Mientras la campaña para reivindicar el medicamento se intensificaba, el foco de atención para todas las partes principales se transfirió a la siguiente reunión del comité consultivo de la FDA. Estos comités consultivos son cruciales en los procesos de regulación de fármacos. Los grupos están compuestos por investigadores externos que se reúnen para valorar los méritos que permiten el lanzamiento de medicamentos al mercado, qué tipo de advertencias pueden ser apropiadas, o qué tipo de restricciones se deberían establecer para su prescripción. En las audiencias públicas, los asesores escuchan a los portavoces, discuten las pruebas y finalmente presentan sus recomendaciones a la FDA. En la mayoría de los casos la agencia sigue el consejo del comité. Poco tiempo después de esta audiencia, surgieron correos internos en la FDA que sugerían que, en este caso en concreto, empleados de GSK y funcionarios de la FDA estaban trabajando conjuntamente para garantizar de antemano que el comité consultivo aconsejara justamente lo que la compañía y la directiva de la FDA anhelaban.¹⁷

Finalmente en la primavera de 2002, el comité consultivo se reunió para reconsiderar el futuro del Lotronex. Para ese entonces, aunque el medicamento ya había estado disponible en el mercado durante un año y después retirado del mercado por dieciocho meses, ya había más de 200 informes denunciando graves complicaciones y siete informes de casos mortales, considerados por científicos de la FDA como «posiblemente vinculados» con el medicamento.

Puesto que sólo una pequeña proporción de todas las complicaciones graves son notificadas directamente a la FDA, existía la posibilidad de que entre 2.000 y 20.000 mujeres hubieran caído gravemente enfermas, y que probablemente decenas hubieran muerto debido a

complicaciones asociadas a un medicamento cuyos beneficios estaban sujetos a serias dudas científicas.¹⁸

Después de asistir a una audiencia pública en la que principalmente figuraban historias de pacientes que alababan el medicamento, y después de evaluar las pruebas correspondientes a los riesgos y beneficios, el comité consultivo siguió adelante y votó por la reaprobación del Lotronex, imponiendo estrictas restricciones respecto a la manera en que debía ser recetado. Una condición básica de la recomendación para aprobarlo era que los médicos deberían formarse y recibir una certificación para poder usar el medicamento antes de proceder a recetarlo. En sus debates, miembros del comité rechazaron explícitamente una endeble propuesta de la compañía según la cual los médicos prescriptores podían hacerse garantes de sus propias habilidades, en lugar de tener que recibir formación y obtener un certificado.

Seis semanas más tarde la FDA anunció la reaprobación del Lotronex, pero curiosamente rechazó las recomendaciones del comité consultivo para imponer mayores restricciones y optaron por el plan poco convincente de la compañía. Un cierto número de miembros del comité se mostró furioso. Uno de ellos denunció que la propuesta apoyada por la compañía y adoptada por la FDA tenía interés comercial para la compañía, pero era absurda para la seguridad pública. «La relación riesgo-beneficio no justifica la autorización, a menos que su uso se restrinja a aquéllos que realmente lo necesiten y puedan sacarle beneficio: un grupo de pacientes muy, muy reducido».¹⁹

Otro miembro también tuvo sus dudas, pero alabó la manera en que el equipo de la FDA había gestionado la regulación del medicamento, opinando que las recomendaciones del comité hubieran sido demasiado idealistas.²⁰

A la pregunta de por qué la FDA había rechazado inusualmente las recomendaciones de los asesores y había aceptado la propuesta de la compañía farmacéutica, Woodcock explicó que «tenemos que afrontar los riesgos sin necesidad de imponer una carga a todo el mundo». El medicamento reapareció silenciosamente en el mercado estadounidense justo antes de la Navidad de 2002.

Las razones reales del porqué la FDA estaba tan dispuesta a reintroducir este medicamento no son claras y, en función del interlocutor, las explicaciones varían enormemente. Janet Woodcock argumenta que la campaña del *lobby* de pacientes, que empezó justo después de la retirada, demostraba claramente el valor del medicamento, y que su reaprobación fue una victoria para los derechos del paciente. Otros responsables con altos cargos dentro del cuerpo médico en todo el mundo ven la gestión del Lotronex por parte de la FDA como el ejemplo de un patrón emergente de la influencia que la industria ejerce sobre la independencia de los organismos públicos de control.²¹

Para los críticos, la reaprobación del Lotronex marcó una creciente crisis de legitimidad de la FDA, por el hecho de depender de las subvenciones de la industria. Desde 1992, en Estados Unidos, las compañías farmacéuticas se han visto obligadas a pagar cuotas para evaluar nuevos medicamentos. A cambio han recibido inspecciones más inmediatas y han obtenido una mayor comunicación con el regulador, demostrado en este caso por las interacciones entre GSK y la FDA. Debido a que la financiación pública no ha mantenido el paso junto a las responsabilidades crecientes de la agencia, una década más tarde nos encontramos frente a una situación donde las compañías farmacéuticas están aportando más de la mitad del presupuesto que la FDA destina a la inspección farmacológica.²²

Saber qué hacer con un fármaco como el Lotronex no es fácil. Mientras la información de pruebas sugiere modestos beneficios en el mejor de los casos, el testimonio de pacientes sugiere que para algunas personas el medicamento puede ser valioso para reducir los síntomas debilitantes de un grave SII.

La dificultad para las autoridades sanitarias radica en intentar que el medicamento esté disponible para quienes los beneficios sean mayores que los riesgos, sin exponer a un gran número de personas en principio sanas al riesgo de graves peligros. Ésta era la base de la estrategia sugerida por los asesores de la FDA, pero rechazada por sus dirigentes a cambio de un plan poco convincente apoyado por la compañía farmacéutica.

Por otro lado, la timidez aparente de la FDA no sólo se debe a su estrecha relación con la industria. Los organismos reguladores que aprueban medicamentos en Estados Unidos y en otras partes del mundo son incapaces o no están dispuestos a tener un papel más importante acerca del modo de recetar esos medicamentos por parte de los médicos, debido al tremendo poder político de la profesión médica y a su derecho a la libertad clínica constantemente reclamado. Mientras las naciones luchan contra el uso exagerado de medicamentos y crecientes costes farmacológicos, puede que sea hora de buscar nuevos mecanismos reguladores para influir en el modo en que los medicamentos están siendo recetados en los consultorios médicos. Prohibir medicamentos que puedan resultar valiosos para pacientes que se encuentran realmente enfermos ciertamente parece una opción poco adecuada. Sin embargo, aprobar medicamentos que probablemente puedan hacer daño a mucha gente sana es desde luego también algo indeseable. Es asimismo muy cuestionable que los reguladores oficiales como la FDA, con su reciente historia de convivencia con la industria, sean los organismos adecuados para desempeñar esta función. Con toda certeza, el caso del Lotronex no es en absoluto el único ejemplo de esta relación de conveniencia.

Según una larga investigación publicada en *Los Angeles Times*, el periodista David Willman redactó un artículo histórico en el año 2000 que presentaba un panorama devastador de la influencia que ejerce la industria sobre la FDA. Describía un organismo que enseguida se entusiasmaba a la hora de aprobar nuevas pastillas. El artículo se centraba en siete medicamentos, incluyendo el Lotronex, que eventualmente tuvieron que ser retirados del mercado porque eran demasiado inseguros. El artículo se titulaba «Cómo una nueva política ha conducido a siete medicamentos mortales».

A pesar de que la FDA negó rotundamente cualquier influencia malsana, el artículo ganó un Premio Pulitzer, uno de los galardones periodísticos más codiciados en Estados Unidos.²³

En un punzante editorial publicado en 2001, el editor de *The Lancet* sugirió que la FDA era ahora un lugar sin opiniones científicas discrepantes y se había convertido en «servidor de la industria».²⁴ *The Lancet* describió una «erosión fatídica de integridad» dentro de la FDA y acusaba a la agencia de marginar a sus propios científicos y de mantener conversaciones privadas con empleados de la compañía farmacéutica para impulsar la reintroducción del medicamento en el mercado. El periódico, al igual que otras fuentes mediáticas, publicó correos incriminatorios substraídos de la red interna de la FDA donde se revelaba información de algunas de estas conversaciones. En un e-mail en concreto que trataba sobre la siguiente reunión del comité consultivo, Janet Woodcock explicaba a un colega que la compañía estaba teniendo algunas «reservas» acerca de la reunión debido a que era posible que «algunos de los consejeros disientan de lo que hemos negociado y tendremos que empezar de nuevo». Prosiguió añadiendo que estaba de acuerdo con el directivo de la compañía en que esto era un «verdadero lastre».²⁵

En 2002 la portada de un ejemplar del *British Medical Journal* mostró una fotografía de la oficina central de la FDA con una frase que decía lo siguiente: «¿Quién es el verdadero dueño de la FDA? ¿La industria farmacéutica o la gente?» El editorial concluía que al permitir la continua comercialización del Lotronex, un medicamento que expone a riesgos tan graves, la FDA había fracasado en su misión de proteger la salud pública.²⁶

«¿Quien es el verdadero dueño de la FDA? ¿La industria farmacéutica o la gente?»

Este número del *British Medical Journal* también incluía un extenso artículo sobre el desastre del Lotronex, y la primera entrevista exhaustiva con Paul Stolley, quien había decidido hablar públicamente y con franqueza sobre sus experiencias.

Visiblemente herido por la forma en que lo trataron, describió la FDA como un lugar donde las voces discrepantes son intimidadas y aisladas, y donde el debate científico es sumamente reprimido. Dijo que la agencia estaba «confusa y asustada» porque estaba recibiendo dinero de la industria y que, en la mayoría de los casos, temía ofender a sus patrocinadores. Para ese entonces ya había abandonado la FDA, indignado por lo ocurrido, y se adhirió al equipo de Public Citizen. Janet Woodcock refutó sus afirmaciones sobre la influencia de la industria, pero no hizo comentario alguno sobre Stolley, salvo lo siguiente: «Nuestra responsabilidad consiste en ser imparciales y no adoptar posturas emotivas». Tal y como se esperaba, dos años después de hacer dichos comentarios, Woodcock se encontró en una audiencia especial del Congreso centrada en la FDA frente a los senadores respondiendo a sus rigurosas preguntas sobre la presunta influencia de las compañías farmacéuticas.²⁷ Al igual que Woodcock, GSK rechazó firmemente la idea de que hubo connivencia entre la compañía y el ente regulador, argumentando que el Lotronex fue reintroducido debido a una abrumadora demanda por parte de los pacientes.²⁸

Las opiniones de Stolley se fundaban en los resultados de dos indagaciones sobre el personal de la FDA. La primera, llevada a cabo por un ente externo a la agencia, Public Citizen, indicó que varios de los funcionarios se sentían bajo presión para aprobar nuevos medicamentos, recibían llamadas telefónicas extemporáneas por parte de las compañías farmacéuticas, y a menudo altos funcionarios intervenían a favor de las compañías en la aprobación de medicamentos.²⁹ La segunda indagación fue llevada a cabo dentro de la misma FDA por personal de la agencia. Resumiendo las respuestas de más de 130 funcionarios, resultó que la gente que examinaba medicamentos se sentía presionada para «favorecer los deseos de los patrocinadores por encima de la ciencia y de la seguridad pública».³⁰ Un tercio informó que no se sentían cómodos expresando su opinión científica discrepante. El informe recomendaba fomentar más «libertad de expresión por parte de la opinión científica».

Sean cuales sean las preocupaciones por la influencia de la industria y la libertad de expresión, una de las grandes virtudes de la FDA es que hace público buena parte de su material. Algunas de las fuentes más ricas de información sobre el caso del Lotronex son las miles de páginas de transcripciones procedentes de las tres reuniones del comité consultivo que la FDA había convocado para examinar la seguridad y efectividad del medicamento. Como con todas las reuniones del comité, las transcripciones completas están disponibles libremente en la web. Su lectura ofrece una serie de indicaciones inestimables sobre los procesos actuales de regulación, la manera en que a veces las pruebas científicas pueden ser distorsionadas por aquéllos que luchan por sus intereses, y el embarazo de un perro guardián que aparentemente tiene muchos deseos de complacer a sus patrocinadores.

En este caso lo que es particularmente sorprendente es el desequilibrio entre los datos científicos concluyentes sobre el medicamento y las afirmaciones hechas por los portavoces de GSK en las reuniones del comité consultivo. En las tres reuniones, los empleados de la compañía continuamente sobrevaloraban los beneficios del medicamento y minimizaban sus efectos secundarios potencialmente mortales. En contraste, los funcionarios de la FDA que dirigían las reuniones parecían mucho más sobrios en sus evaluaciones de los beneficios, y mucho más francos en cuanto a los riesgos, pero sus actitudes ante las manifestaciones de la compañía eran casi siempre deferentes. Mientras que los ejecutivos de GSK afirmaban que el medicamento era «muy» efectivo, los funcionarios de la FDA señalaban que sólo un número

reducido de pacientes le sacaría provecho, y que muchas de las mujeres que tomaban el medicamento no obtendrían beneficio alguno y sin embargo se expondrían a graves riesgos.³¹

Lo que también emergió de estos textos fue la manera en que los empleados de GSK y los grupos de pacientes describían la afección conocida como el síndrome del intestino irritable. Según las pautas ya conocidas, fueron citadas las estimaciones más altas sobre el número de personas que sufren la afección y la enfermedad fue descrita en su forma más grave.

Dirigentes de la compañía denominaron el SII como «una enfermedad importante con una gran carga de dolor para el paciente» que afecta hasta un 20 por ciento de toda la población. Este mismo porcentaje se usa en los materiales de marketing de otras compañías que también promocionan medicamentos para esta afección.³² Aunque queda claro que para algunas personas el síndrome del intestino irritable puede llegar a ser grave y debilitante, otros cálculos sugieren que menos del 5 por ciento de la población tiene síntomas que alcanzan la clasificación estándar.³³

La FDA ha insinuado que sólo una pequeña fracción de aquéllos que llegan a la clasificación de afectados por el SII en realidad sufre una forma grave, y que la gran mayoría tiene síntomas leves.³⁴ En otras palabras, no es cierto que el 20 por ciento de personas sufra una «enfermedad importante» llamada SII. Pero, como ya hemos visto con tantas otras afecciones y enfermedades, los hechos parecen tener relativamente poca importancia. Lo que sí tiene importancia son los mensajes comerciales que difunden las campañas promocionales, las cuales implican a fundaciones médicas financiadas por las compañías farmacéuticas, celebridades, líderes de opinión y grupos de consumidores.

La imagen de una enfermedad grave y extendida es apoyada fuertemente por uno de los principales grupos de defensa de pacientes, la International Foundation for Functional Gastrointestinal Disorders (Fundación Internacional para los Trastornos Gastrointestinales Funcionales). Su presidenta, Nancy Norton, intervino en las tres reuniones del comité consultivo de la FDA y, tal como demuestran las transcripciones, nunca reveló que su fundación recibiera cantidades considerables de dinero por parte de varias compañías farmacéuticas, incluyendo GSK. En el momento de sus intervenciones, esa financiación por parte de la industria alcanzaba una cifra de intervenciones a los 600.000 dólares anuales.³⁵ Cuando se le pidió una entrevista sobre esta falta de transparencia, Norton rehusó, pero en una declaración dijo que no se le pidió directamente que revelara tales datos en las reuniones de la FDA y que estos lazos financieros estaban ya expuestos en la web de su fundación.

Cuando la estrella de la comedia televisiva *Frasier*, Kelsey Grammer, y su esposa aparecieron en programas como *The Today Show*, destacando el perfil de este síndrome poco conocido, fue supuestamente en nombre de la fundación de Norton.³⁶ Pero entre bastidores y desconocido por la gran mayoría del público espectador, GSK patrocinó la campaña de celebridades (diseñada para generar actitudes públicas positivas hacia su controvertido medicamento).³⁷ Casualmente, la participación de la estrella de *Frasier* fue organizada con la ayuda de Amy Doner Schachtel, la famosa agente de celebridades. Con su empresa, Premier Entertainment, Schachtel pone a las compañías farmacéuticas en contacto con este tipo de estrellas.

En un principio las compañías querían los nombres más famosos, las estrellas más conocidas. Ahora buscan la celebridad más idónea, alguien que posee conexiones reales, porque sufre la afección o la sufre algún pariente o compañero.³⁸

A la vez que las estrellas de televisión estaban educando al público estadounidense sobre el SII, el fabricante del Lotronex estaba trabajando con una empresa de marketing para educar a los médicos y a sus pacientes sobre la afección en Australia. Una pequeña empresa

estaba desarrollando un «programa educativo» de tres años de duración, cuyo borrador fue filtrado a los medios. Con un lenguaje agresivo que rozaba lo cómico, el documento confidencial enfatizaba que el síndrome del intestino irritable tenía que implantarse en las mentes de los médicos como un estado patológico significativo.³⁹ Asimismo, según el documento, los pacientes debían «convencerse» de que el SII es un trastorno común y reconocido. Tanto médicos como pacientes tenían que saber que el Lotronex era un tratamiento eficaz para combatir el SII, un medicamento que había sido «probado» para mejorar la calidad de vida.

En el mundo fantástico del marketing disfrazado de educación, el medicamento era un tratamiento «probado» y «eficaz». En el mundo real de la medicina, el medicamento no era eficaz para muchos pacientes y, en casos raros, la FDA lo consideraba causante de muertes.

Dado que este programa educativo en particular no fue realizado de este modo, el documento filtrado proporciona una visión interna fantástica acerca de cómo se organiza en realidad la «educación» financiada por las compañías farmacéuticas. El público a quien iba dirigida la campaña de tres años incluía médicos especialistas, médicos generales, farmacéuticos, enfermeras y pacientes. Reflejando la estrategia de la empresa de relaciones públicas Cohn & Wolfe de cómo «cultivar el mercado», esta propuesta decía que el periodo «previo al lanzamiento» era muy importante a la hora de «consolidar el mercado» para el medicamento del patrocinador. De más valor para este proceso eran los médicos especialistas descritos en este documento como «líderes de opinión clave», que se reclutarían para ayudar a «formar» las opiniones de sus colegas y otros médicos. Se redactarían anuncios camuflados como artículos para colocarlos en revistas y periódicos e incluso se crearía un boletín informativo para ayudar a forjar y fortalecer el mercado antes del lanzamiento del producto. El borrador del plan poma énfasis en el hecho de que todos los materiales educativos tendrían que ser aprobados previamente por el departamento de marketing de GSK.⁴⁰

El alcance de la influencia de la industria farmacéutica sobre el sistema sanitario es simplemente orwelliano. Los médicos, los representantes de medicamentos, la educación médica, los anuncios, los grupos de pacientes, las directrices, las celebridades, las conferencias, las campañas de concienciación pública, los líderes de opinión, y hasta los consejeros de los reguladores: en todos los niveles hay dinero de las compañías farmacéuticas lubricando lo que muchos ven como un flujo de influencias poco saludable. La industria no adquiere influencia con individuos y organizaciones, sino que más bien reparte su generosidad entre aquéllos que considera más eficaces a nivel comercial.

El patrocinio de la industria es estratégico, sistemático, y sistémico. Se diseña principalmente para fomentar el punto de vista más favorable hacia los productos más recientes y caros, pero también se utiliza para maximizar las dimensiones de los mercados de estos productos, definiendo enfermedades del tipo del SII como generalizadas, graves y, sobre todo, tratables con el uso de medicamentos. ¿Y quién supuestamente debería estar reglamentando todo este desorden con ecuanimidad? Las agencias públicas que dependen de la mismísima industria para la obtención de gran parte de sus fondos.

Pese a que se ha ido reduciendo el marketing masivo del Lotronex y su dosis recomendada ha bajado a la mitad como parte de su reaprobación, otros medicamentos posteriormente aprobados para el tratamiento del SII no han tenido que afrontar tales limitaciones. La compañía suiza Novartis, fabricante de un medicamento llamado Zelnorm, ha lanzado un fuerte asalto promocional recientemente, comercializando tanto el medicamento como la afección. Han aparecido anuncios en grandes periódicos estadounidenses y en televisión transmitidos durante las horas de máxima audiencia, donde incluso en algunos aparecen chicas atractivas con sus vientres al desnudo.⁴¹ Asimismo, igual que la campaña patrocinada por GSK venía protagonizada por Kelsey Grammer y su esposa,

la publicidad de Novartis presentaban a la *wonder woman* Lynda Carter para sugerir que si sufres problemas estomacales comunes es posible que tengas una «verdadera afección médica» denominada SII, y que deberías visitar a tu médico.⁴²

¿Dolor y molestias abdominales?
¿Hinchazón? ¿Estreñimiento?
Es hora de hablar con tu médico sobre el SII.

Publicidad de Novartis, 2002

En la opinión de aquéllos que lo han analizado de más cerca, el marketing de Zelnorm ofrece un panorama engañoso tanto de la afección como del medicamento. Antes de que fuese aprobado en Estados Unidos, el equipo de Public Citizen mandó una petición de diez páginas a la FDA que incluía un análisis riguroso de los estudios científicos del medicamento.

Basándose en su evaluación, alegaron que el medicamento tenía beneficios «muy cuestionables» y fallos de seguridad muy preocupantes. Además acusaba a la compañía de «manipular información» con el fin de exagerar los beneficios contenidos en las investigaciones. La petición del grupo de consumidores decía que «estos beneficios de menor importancia para algunos deben ser confrontados con los peligros significativos del medicamento y la naturaleza mal definida y no mortal del síndrome del intestino irritable».⁴³

Tras rechazar el llamamiento, la FDA prosiguió y aprobó el Zelnorm, pero a los doce meses mandó una carta a Novartis calificando ciertos anuncios como sumamente engañosos y pidiendo su cese.⁴⁴ La carta de la FDA discrepaba con un anuncio aparecido en el *New York Times Magazine* donde aparecía una pareja en una piscina. El anuncio no nombraba el medicamento, sino que describía un «tratamiento Novartis» contra el SII, que era claramente el Zelnorm. La carta acusaba a la compañía de sobredimensionar los modestos beneficios del medicamento, ampliando el espectro de personas a quienes supuestamente podría servir, y de no incluir información sobre efectos secundarios, una omisión particularmente importante porque el medicamento tiene «problemas de seguridad muy preocupantes que ponen en riesgo considerable la salud pública», y esto dicho por la misma agencia de control que aprobó el medicamento en primera instancia.⁴⁵

Ojeando las peticiones de Public Citizen que tratan sobre los peligros de este último «bombazo», las cartas de la FDA, los anuncios de página completa, y las páginas web sexys patrocinadas por las compañías, a uno le llama la atención otra vez más el desequilibrio abismal entre los mensajes de marketing y las verdades científicas. El espacio entre los dos es tan amplio como aterrador. El nivel de engaño al que millones de personas en todo el mundo están sometidas sobre la naturaleza de la afección y el valor de los medicamentos comercializados para su supuesto tratamiento, es simplemente alucinante.

Es comprensible que las compañías deseen maximizar sus mercados y presentar sus productos con la mejor de las imágenes, especialmente porque el mercado mundial para los medicamentos contra el SII puede llegar pronto a valer 10.000 millones de dólares.⁴⁶ Lo que es menos comprensible es el modo en que los organismos de control parecen en realidad haber sido tan bien amaestrados. Las rotundas palabras de la carta de la FDA para la compañía farmacéutica se corresponden mejor con el guión de una farsa. O tal vez una tragedia. Se escucha un pequeño ladrido, pero no se siente el mordisco. Tiene apariencia de regulación, pero sin sustancia. En este caso, como en tantos otros, no hubo penalización pese a que la FDA había detectado una violación de las leyes de publicidad.⁴⁷

Si de alguna parte ha de llegar un desafío serio frente a la venta de enfermedades, no va a ser próximamente ni del interior de los edificios de hormigón gris y cristal de la FDA u otros

reguladores de medicamentos que dependen del dinero de las compañías farmacéuticas. No obstante, pensándolo dos veces, esos desafíos ya están surgiendo en otras partes. Quizás uno de los más creativos haya nacido del ejemplo más claro y reciente de la creación de enfermedades financiadas por las compañías: la disfunción sexual femenina.

Nota: mientras este libro iba a la imprenta, las investigaciones del Congreso estadounidense sobre la FDA estaban a punto de ser publicadas y, a raíz del punto de vista generalizado de que la FDA no estaba cumpliendo con su misión, hubo llamamientos para establecer un nuevo organismo de control.

CAPÍTULO 10

La subversión de las ventas

La disfunción sexual femenina

París hervía con las preparaciones para la gran carrera. Las pruebas contrarreloj del Tour de Francia estaban a punto de empezar, añadiendo un toque extra de emoción para los visitantes extranjeros de la famosa capital. En el centro de convenciones del gran Palacio de Congresos, con su imponente vista de la Torre Eiffel, un concurso de otra modalidad ya estaba en marcha: la carrera por definir una nueva enfermedad que podría crear mercados de miles de millones de dólares para aquéllos que vendiesen el tratamiento curativo.

Una multitudinaria reunión internacional sobre disfunciones sexuales había atraído a cientos de investigadores importantes, terapeutas y médicos de todo el mundo. Habían venido para cuatro días de sesiones científicas, cócteles y exquisita cocina francesa.¹ Una reunión similar, celebrada en París unos años antes, se había enfocado casi exclusivamente en la disfunción eréctil masculina. Pero ahora un nuevo malestar había entrado en el mercado médico: la disfunción sexual femenina o DSF, una dolencia que al parecer afecta al 43 por ciento de las mujeres, o al menos eso dicen sus promotores.

Sin embargo, pese a la gran emoción sobre las dimensiones del nuevo mercado potencial entre las compañías farmacéuticas que patrocinaban el encuentro en París, los investigadores científicos todavía no estaban muy seguros acerca de cómo definir exactamente la DSF. Y lo que es más, algunos investigadores estaban rechazando la noción de que existiese una afección médica de ese nombre, poniendo en marcha una campaña para desenmascarar lo que ellos veían como la participación de las compañías farmacéuticas en su creación.

Al tercer día de conferencia, cientos de delegados llenaron el auditorio Blue Room del centro de congresos para asistir a una sesión bastante inusual. Sólo había sitio para estar de pie. Habían venido a escuchar un debate: «¿Es la disfunción sexual femenina una creación de marketing de la industria farmacéutica?» En el escenario había dos portavoces del equipo «sí», dos del equipo «no» y, entre ellos, un moderador. Irónicamente, los dos portavoces del equipo «no» y el moderador habían trabajado como asesores para Pfizer, la compañía que en ese momento todavía albergaba esperanzas de que el Viagra pudiera resultar ser el «bombazo de superventas» para mujeres, al igual que había ocurrido con los hombres. Como cabía esperar, Pfizer también era el patrocinador principal del debate y de todo el encuentro de París.³

El debate de París refleja la mucho más vasta discusión global acerca de cómo definir las dificultades sexuales de las mujeres, y el papel que las compañías farmacéuticas puedan tener en ese proceso de definición. Las reivindicaciones por parte de las compañías, que sugieren que casi la mitad de las mujeres sufren un trastorno médico denominado DSF, han indignado a muchos investigadores y defensores de la salud, y han ayudado a fomentar una visión alternativa que está ganando credibilidad dentro del entorno sanitario. Puede ser que los promotores del 43 por ciento esperasen una mina de oro, pero en su lugar han desencadenado una reacción violenta.

El primer orador para la defensa del «sí» —la proposición de que las compañías farmacéuticas están ayudando a crear una nueva afección llamada DSF— fue la psicóloga Leonore Tiefer, una profesora clínica asociada de la Escuela de Medicina de la Universidad de Nueva York, y fundadora de la campaña global en contra de la medicalización de los trastornos sexuales femeninos.

Combinando el ingenio de un humorista con el rigor de un científico, Tiefer se está enfrentando cara a cara con lo que ella describe como el patrocinio corporativo para la creación de una enfermedad, y ella y sus colegas son los inspiradores de lo que se podría denominar como un pequeño movimiento.⁴ Para empezar, ha documentado meticulosamente el hecho de que, para casi todas las reuniones principales en las que esta nueva enfermedad está siendo definida, el patrocinio ha venido directamente de las compañías farmacéuticas.

Mientras no queda muy claro si su equipo está ganando, parece que se está divirtiendo mucho con el juego. En una conferencia reciente en Florida (Estados Unidos), mientras recogía un importante premio científico otorgado por sus colegas, Tiefer presentó un escrito titulado «Esta noche no, querido, el perro se ha comido mi parche de testosterona». Su colorida campaña bien podría convertirse en una guía para quienes busquen poner en evidencia y combatir los intentos corporativos de expandir de manera poco apropiada las fronteras de las enfermedades humanas.

Justamente al otro lado de este debate sobre la DSF está el afable Dr. Irwin Goldstein, uno de los organizadores del encuentro parisino y arquitecto jefe de lo que él denomina como una disciplina totalmente nueva de la medicina sexual. Pese a no estar sentado en el escenario, debatiendo formalmente la propuesta ese mediodía de lunes en París, su espíritu se posicionaba claramente con el equipo del «no». Goldstein apoya la financiación de actividades científicas por parte de la industria, y rechaza enérgicamente que las estrategias de marketing de las compañías farmacéuticas estén ayudando a crear una nueva afección. Es un blanco clave para las críticas de Tiefer y en contrapartida un fuerte crítico de las opiniones de ésta.

Goldstein empezó la carrera de ingeniero, pero pronto cambió por la de medicina y se especializó en urología. La urología es la especialidad asociada con las enfermedades del tracto urinario, pero es más conocida por ocuparse de los trastornos sexuales masculinos.

Ejerce actualmente de profesor de urología y ginecología en la escuela médica de la Universidad de Boston. Dentro de estas especialidades, el carismático médico ha pasado de dedicarse a la disfunción eréctil masculina a investigar, escribir y hablar sobre la disfunción sexual femenina. Asesor y conferenciante para casi todas las compañías farmacéuticas, Goldstein es un apasionado a la hora de ayudar a toda una nueva reserva de pacientes porque «aporta mucha satisfacción tratar con éxito a estas personas».⁵

Aunque Goldstein cuestiona el papel que desempeña la industria farmacéutica a la hora de crear esta enfermedad, hay pocas dudas acerca de cómo ve el panorama quien observa de cerca el marketing de la industria. «La habilidad de crear nuevos mercados de enfermedades, como ocurre en el área de la disfunción sexual femenina, causará la expansión gradual de todo el mercado de la calidad de vida en las próximas dos décadas», se dice en el resumen de un reciente informe de *Reuters Business Insight* por parte de un experimentado analista del mercado farmacéutico.⁶ El informe trataba acerca de los fármacos llamados de «estilo de vida», diseñados para mejorarla tanto como para tratar afecciones graves. Con más de 200 páginas, el informe no fue redactado para el consumo público, lo que explica su candor en cuanto a la «creación» de nuevos mercados. Fue más bien redactado para ejecutivos de marketing de compañías farmacéuticas que se encargan de campañas promocionales, y para inversores potenciales que los apoyan.

El informe de *Reuters Business Insight* es básicamente una valoración interna de datos. Sus capítulos cubren varias de las afecciones a través de las cuales se espera un gran crecimiento en las ventas de fármacos de «estilo de vida» en los próximos años: depresión, obesidad, vicio de fumar, calvicie, envejecimiento, anticoncepción oral y disfunción sexual. El informe estima que el mercado de los medicamentos para la disfunción sexual femenina, incluyendo el parche de testosterona, podría llegar a 1.000 millones de dólares en 2008.

También describe la venta de enfermedades de la manera más abierta: el analista explica cómo las compañías están «expandiendo la reserva de pacientes», mediante campañas de marketing que intentan cambiar las percepciones públicas de lo que antes se consideraba la vida normal. «La medicalización de muchos procesos naturales está generando mercados para los medicamentos de estilo de vida destinados a aquéllos que quieren "optimizar la calidad de vida", según el informe.»⁷

...las compañías farmacéuticas están buscando nuevas afecciones, basadas en análisis extensivos de oportunidades de mercado sin explotar (reconocidas hoy o promocionadas como tal mañana). Los próximos años serán testigos de la creación por la industria farmacéutica de enfermedades.⁸

Si bien este informe describe la DSF como un ejemplo clásico de «la creación de una enfermedad por la industria farmacéutica», de vuelta al debate parisino, ésta no era la visión de los médicos e investigadores. Aunque no había un proceso formal para elegir a un ganador, Leonore Tiefer y su compañero de debate perdieron la contienda. El público presente, alzando las manos, demostró su rechazo a la noción de que la DSF estuviera siendo creada por el marketing de compañías farmacéuticas.

El equipo de Tiefer fue vencido por los esfuerzos combinados del discurso bien articulado de un especialista cardiovascular inglés y un apasionado médico italiano, quienes expusieron que muchas mujeres con dificultades sexuales estaban siendo ayudadas por tener su dolencia identificada y tratada médicamente. El especialista cardiovascular, Dr. Graham Jackson, dijo que era absurdo afirmar la inexistencia de la DSF, o que sea una afección fabricada por la industria farmacéutica. Señaló que la afección era conocida desde hacía varios años, incluso mucho antes de que ciertos tratamientos farmacéuticos como el Viagra de Pfizer salieran al mercado.

Además, afirmaba que era ofensivo sugerir que los científicos presentes en reuniones financiadas por compañías fueran incapaces de pensar por sí mismos.⁹

Por el contrario, la visión de Tiefer es que la presencia constante de una industria repleta de dinero (en investigaciones clínicas, en reuniones científicas, en educación médica, en consultorios médicos y en publicidad mediática) trae consigo un malsano empequeñecimiento del enfoque en el debate sobre las dificultades sexuales. Tiefer no se opone al desarrollo ni al marketing adecuado de medicamentos probados para las mujeres que realmente los necesitan, o a la disponibilidad de ayuda sexual para el público. Su preocupación es que la complejidad de los problemas sexuales femeninos, que reconoce que son generalizados, serán barridos por el huracán de marketing que promociona a la vez la afección médica y los medicamentos, y la consiguiente carrera por diagnosticar, etiquetar y prescribir.

Aunque los médicos que asisten a las reuniones financiadas por compañías sean capaces de juzgar de manera independiente, vale la pena exponer públicamente el grado elevado de participación de la industria farmacéutica en las reuniones donde las definiciones de esta nueva «enfermedad», la DSF, han sido planteadas.

En la primavera de 1997 se había programado una reunión de dos días en Cape Cod, en la costa este de Estados Unidos, no muy lejos de Boston, entre médicos, investigadores y representantes de compañías farmacéuticas, «para debatir el futuro enfoque de las pruebas clínicas» en este área. Según los organizadores, el telón de fondo de la reunión era un sentido generalizado de discordia sobre la definición de la disfunción sexual femenina. En otras palabras, pese a que la idea de una afección llamada DSF se mantenía presente desde hacía varios años, en 1997 eminentes figuras de la especialidad todavía no había aclarado acerca de cómo definirla.

Aunque esta falta de acuerdo dentro de la profesión médica sobre el diagnóstico y el tratamiento pueda haber generado obstáculos a las mujeres que sufren graves problemas y que buscan ayuda, también estaba generando obstáculos a las compañías empeñadas en probar sus productos. Si no había acuerdo en cómo definir o medir la disfunción sexual femenina, ¿cómo podía una compañía demostrar en un ensayo clínico que su medicamento había ayudado a corregir la disfunción? Si ésta no se puede medir, ¿cómo se puede comercializar una píldora para remediarla?

Con los problemas de erección en hombres era relativamente fácil demostrar que un medicamento podía provocar erecciones más frecuentes y más fuertes. La complejidad de la sexualidad femenina estaba demostrando ser un reto más difícil. La reunión en Cape Cod sería crítica para la elaboración de la definición y de la medición de la DSF, e influenciaría la manera en que el sector científico, y el mundo, vería la DSF en un futuro y durante largo tiempo.

En respuesta a una petición por correo electrónico por parte de Leonore Tiefer justo antes de la reunión en Cape Cod, el copresidente escribió: «La reunión está completamente financiada por compañías farmacéuticas y, aproximadamente la mitad del público, estará compuesto de representantes farmacéuticos». Tal y como queda claro en el correo electrónico, el patrocinio por parte de las compañías farmacéuticas no es simplemente una fuerza silenciosa. Al igual que en el mundo de las donaciones políticas, el dinero compra el acceso. El correo proseguía: «La meta es fomentar la colaboración activa y positiva entre los dos grupos. Sólo aquellos investigadores que tienen experiencia o un interés especial en colaborar con la industria farmacéutica han sido invitados». Nueve compañías patrocinaron el encuentro en Cape Cod. Tiefer, líder en el sector con una reputación mundial, pero ningún vínculo con las compañías farmacéuticas, no asistió.

Dieciocho meses después, lo que se anunció como la primera conferencia internacional de consensos sobre la disfunción sexual femenina tuvo lugar en Boston.

El plan era redactar una nueva definición de la enfermedad, aunque no fue una reunión pública, y las deliberaciones se hicieron en «sesiones a puerta cerrada». Se realizó una cuidadosa selección de participantes por parte de un grupo de la American Foundation for Urologic Disease (Fundación Americana para la Enfermedad Urológica) basada en su pericia y sus puestos como líderes de opinión en el sector. Esta organización, como muchas organizaciones médicas afines, depende en alto grado del dinero de las compañías farmacéuticas.¹⁰

Con las primeras definiciones que ya existían en ese momento, incluyendo una definición extraída del manual psiquiátrico, el DSM, los diecinueve participantes de este encuentro en Boston crearon una nueva definición y clasificación de la DSF, que presentaba trastornos secundarios de deseo, excitación sexual, orgasmo y dolor. La DSF, según ellos, afectaba entre el 20 y el 50 por ciento de mujeres y también apuntaban que su nueva definición se utilizaría en «ambientes médicos y psiquiátricos». Ocho compañías farmacéuticas patrocinaron esta reunión. Dieciocho de los diecinueve autores de la nueva definición tenían lazos financieros u otras relaciones con un total de 22 compañías farmacéuticas.

El año siguiente, dieciséis compañías apoyaron otra conferencia de la DSF, de nuevo en Boston, donde una votación a mano alzada en una sesión reveló que aproximadamente la mitad de los participantes estaba vinculado a la industria farmacéutica. En 2000 y 2001, el recientemente formado Foro de Disfunción Sexual Femenina celebró conferencias anuales, apoyadas en ambos casos por más de veinte compañías, siendo Pfizer el patrocinador principal.

El presidente de la mayoría de las reuniones en Boston era la perdición de Tiefer, el Dr. Irwin Goldstein. Éste describe el papel de la industria como primordial en ayudar a construir la base científica de esta nueva afección, y rechaza la idea de que la relación entre compañías e investigadores sea inapropiada.

La industria asume una posición similar. En una entrevista sobre su continuo patrocinio de estos importantes encuentros médicos, donde las definiciones de la DSF se desarrollaban, el líder del Grupo Urológico de Pfizer, Dr. Michael Sweeney, declaró que la compañía sólo desempeñaba un papel pasivo a la hora de patrocinar una serie de debates sobre la afección, y que simplemente proporcionaba subvenciones sin restricciones a petición de los médicos.

Pfizer no estaba solamente financiando conferencias científicas de manera «pasiva», sino que también patrocinaba una parte de la formación médica continua donde se informa a los médicos sobre las últimas afecciones sexuales. En una convención de formación médica sobre la disfunción sexual masculina y femenina en Nueva York, oficialmente reconocida y con la asistencia de cerca de 200 médicos en activo, Pfizer fue el patrocinador principal, su producto Viagra fue largamente debatido, y los oradores partidarios de Pfizer, incluyendo a Goldstein, fueron las estrellas del espectáculo. ¿Y la sede para este evento de formación médica? La Fundación Pfizer para el Humanismo en Medicina en la Escuela Médica de la Universidad de Nueva York.

En algún momento de este evento de «formación», en el apartado sobre disfunción eréctil masculina, Goldstein se declaró frente a la audiencia como un ferviente creyente de tomar Viagra a diario para «prevenir la impotencia», un cambio radical en el modo de consumir el medicamento que sin duda expandiría espectacularmente el mercado de Pfizer. «Si quieres ser sexualmente activo dentro de cinco años, toma un cuarto de pastilla todas las noches», predicó frente a una audiencia atónita. «Tenemos pruebas de que esto facilitará y prolongará las erecciones nocturnas.»

Sus extraordinarias recomendaciones sobre el uso diario de Viagra sembraron la alarma entre los investigadores debido a posibles problemas de seguridad, e incluso pareció sorprender a la gente de Pfizer.

En respuesta, Sweeney, uno de los ejecutivos de Pfizer, dijo que no había examinado suficientes datos convincentes para recomendar el uso diario del medicamento y que Goldstein era conocido como uno de los miembros más «entusiastas» en su especialidad. Cuando se le preguntó sobre sus lazos financieros con patrocinadores, incluyendo Pfizer, y sobre la positiva promoción que hacía de sus productos, Goldstein desmintió toda influencia inapropiada, explicando que también había hecho algunos comentarios negativos sobre el Viagra en esa misma reunión. «Tengo el derecho de decir lo que quiera», dijo fríamente en respuesta a las preguntas, perdiendo todo el encanto de inmediato. «Nadie me dicta lo que tengo que decir».¹²

Casualmente, el informe de *Reuters Business Insight* sobre el mercado de medicamentos de «estilo de vida» se hizo eco del entusiasmo del Dr. Goldstein sobre el uso regular de medicamentos de disfunción eréctil. El informe argumenta que, debido a la aparición en el mercado de varios competidores del Viagra, las compañías farmacéuticas activas en el mercado de la disfunción sexual masculina tendrían que centrarse en «cambiar el tratamiento de los pacientes de esporádico a crónico» para así mantener su parte del mercado y proteger

sus franquicias.¹³ En otras palabras, las compañías tendrían que intentar convencer a la gente de entrar en un tratamiento a largo plazo, como es el caso con otras afecciones fuertemente promocionadas como el colesterol alto, la hipertensión y la osteoporosis, en lugar de tomar una pastilla ocasionalmente. Si todo saliera según lo planeado, el informe calculaba que, para 2008, la industria llegaría a construir un gigantesco mercado de 5.000 millones de dólares basado únicamente en la disfunción eréctil.

En relación a la disfunción sexual femenina, justo antes de la Navidad de 2005, Goldstein había declarado ante los participantes de la convención de formación médica en Nueva York que la ciencia había progresado menos que en la disfunción masculina. Hizo referencia a experimentos con animales que se llevaron a cabo para saber más sobre el papel del bajo flujo sanguíneo hacia los genitales femeninos y de otros problemas fisiológicos. Basándose en estudios con conejos, él y otros colegas han desarrollado teorías sobre lo que describen como «insuficiencia de congestión vaginal e insuficiencia eréctil del clítoris».

Siguiendo los pasos de estas investigaciones, los médicos y clínicos que intentan diagnosticar la DSF están ahora midiendo un conjunto de indicadores fisiológicos como el flujo sanguíneo hacia el clítoris y la vagina, el PH vaginal (acidez) o los niveles de diferentes hormonas, así como exámenes físicos y psicológicos rutinarios.

Aunque destacaba el hecho de que estas investigaciones centradas en mujeres todavía estaban en sus comienzos, y que un enfoque mente-cuerpo era necesario, Goldstein apoyó firmemente el papel de los fármacos en el tratamiento de la disfunción sexual femenina. Tras reconocer la falta de pruebas para apoyar el uso generalizado del Viagra en mujeres, recomendó los andrógenos, un grupo de esteroides hormonales que incluyen la testosterona.¹⁴ Tal y como cabía esperar, uno de los patrocinadores del encuentro de formación médica fue Watson, una compañía que está desarrollando conjuntamente con Proctor & Gamble un parche de testosterona que bien podría llegar a ser uno de los primeros fármacos aprobados en Estados Unidos para el tratamiento de la afección conocida como DSF.¹⁵

Sentada en las últimas filas del Pfizer Foundation Hall for Humanism in Medicine, mientras Irwin Goldstein seguía en pie sobre la tarima, se encontraba Leonore Tiefer, tomando notas junto a uno de sus ayudantes de la universidad, aprendiendo de primera mano el oficio. Como suele hacer en dichas reuniones, durante el descanso Tiefer distribuyó coloridas circulares que alertaban sobre las conexiones entre las recientes investigaciones sobre la DSF y las estrategias de marketing de las compañías farmacéuticas. Su circular criticaba que la atención se concentrase sólo en los genitales en los debates sobre la sexualidad femenina y hacía hincapié en el problema de los efectos secundarios en los tratamientos con la testosterona.

Los problemas y las satisfacciones sexuales de las mujeres tienen mucho más que ver con las dificultades de pareja, el stress del día a día y las expectativas culturales que con el flujo sanguíneo del clítoris y los niveles de testosterona.

No te dejes llevar por el marketing financiado por las compañías farmacéuticas disfrazado de ciencia o educación.

New View¹⁶

La circular también remitía a los lectores a la campaña New View, que ofrecía una visión alternativa de los problemas sexuales de la mujer. Esta visión ha sido promovida por un grupo de docentes, médicos, investigadores y activistas en libros, artículos, conferencias y en los medios de comunicación desde 2000. A diferencia de las reuniones y de los encuentros financiados por las compañías farmacéuticas, esta campaña cuenta con un presupuesto muy

reducido, pero su impacto en el debate público, particularmente en términos de cobertura mediática, ha sido considerable.

New View reconoce que, para muchas mujeres, las causas de sus disfunciones sexuales pueden ser físicas, pero que en la mayoría de los casos hay una gran cantidad de otros factores en juego. Existen similitudes entre esta definición y la que se está desarrollando en los encuentros financiados por las compañías farmacéuticas (ambas dejan claro, por ejemplo, que las dificultades sexuales femeninas son multidimensionales, y que combinan elementos biológicos, psicológicos e interpersonales). Sin embargo, también hay diferencias muy significativas entre las dos definiciones. En vez de colocar todas estas dificultades sexuales bajo el techo de una sola afección médica, o disfunción, la campaña de New View prefiere hablar en un sentido más amplio de «problemas» sexuales. Tiefer y sus colegas alegan tener una definición más «centrada en la mujer», que contempla «el descontento o la insatisfacción ante cualquier aspecto emocional, físico o relacional de la experiencia sexual».¹⁷

Más importante todavía es que New View ofrece una definición que no da lugar a afirmaciones acerca de lo que es o no es un funcionamiento sexual normal. Mientras que la profesión médica y los medicamentos pueden desarrollar un papel a la hora de ayudar a algunas mujeres, los defensores de esta visión alternativa argumentan que es un verdadero peligro considerar las dificultades sexuales como problemas principalmente médicos que deben tratar los médicos.

El mundo de la medicina establece «normas», pero el sexo no es así. «El sexo es como bailar,» dice Tiefer. «Si te rompes el tobillo mientras bailas, vas al médico. Pero él no toma nota de tu historial de baile y no juzga si tu forma de bailar es normal. El modelo médico consiste en definir lo que es sano y lo que no, pero el sexo no es así». Tiefer es particularmente crítica ante el hecho de que se tengan principalmente en cuenta las valoraciones fisiológicas, como el flujo sanguíneo vaginal o del clítoris, en toda mujer que entre por la puerta de una clínica, en parte porque ella cree que no hay una base científica cierta que establezca qué grado de flujo sanguíneo es *normal*.¹⁸

Esta definición alternativa también traza cuatro categorías independientes causantes de trastornos sexuales, de nuevo diferenciándola de la visión respaldada por las compañías farmacéuticas. La primera y más importante de estas categorías se describe como cultural/económica/política. Las otras tienen causas relacionales, psicológicas y médicas. Para Tiefer, un terapeuta sexual en activo que entienda las causas de las dificultades sexuales de cada mujer en particular requiere un conocimiento de la historia de la sexualidad dentro mundo cultural de cada mujer y dentro de la cultura como un todo, además de la historia individual de cada persona en el contexto de sus relaciones y su comunidad. Cree firmemente que Irwin Goldstein, el modelo médico y las estrategias de marketing de las compañías farmacéuticas se equivocan y que están llevando todo el sector en la dirección equivocada.¹⁹ Teme que a medida que se vayan aprobando medicamentos para el tratamiento de la DSF empiecen a cambiar las ideas de la gente acerca de cómo se deben preparar en el campo sexual. «Tu cuerpo no está a la altura. Tú no estás a la altura. Tú y los productos,» dice con una mezcla de humor, rabia y tristeza, «ahora tal vez sí estés a la altura».²⁰

Al igual que los defensores de New View, Goldstein también reconoce que está motivado por un fuerte deseo de ayudar a las mujeres que están sufriendo, pero rechaza enérgicamente las teorías de que los médicos no estén bien preparados para lidiar con problemas sexuales.

«¿Quién está mejor preparado para lidiar con esto? ¿Los horticultores? Es una forma de medicina. Yo creo que los médicos son los más adecuados,» dice Goldstein, que trabaja con un equipo multidisciplinar, que incluye psicólogos y enfermeras.

Tiefer y sus colegas de campaña no son los únicos investigadores interesados en frenar los actuales intentos para medicalizar los problemas sexuales femeninos. El antiguo director

del Kinsey Institute de la Universidad de Indiana, el Dr. John Bancroft, cree que el término «disfunción sexual femenina» es engañoso. Investigador especializado en dificultades sexuales con varios años de experiencia, en ocasiones colaborador de compañías farmacéuticas, Bancroft argumenta que una inhibición del deseo sexual es en muchas ocasiones una respuesta saludable y funcional para mujeres que sufren estrés, cansancio, o modelos de conducta amenazadores por parte de sus parejas. «El peligro de definir las dificultades sexuales como una disfunción es que probablemente aliente a los médicos a recetar medicamentos para cambiar la función sexual, cuando la atención debería centrarse hacia otros aspectos de la vida de la mujer. También es probable que haga creer a la mujer que padece una disfunción cuando no es cierto».

A tan sólo un par de horas en coche al norte del antiguo puesto de trabajo de Bancroft está Chicago, donde se encuentra la primera clínica sexual para mujeres de toda la existente cadena nacional, dirigida por la Dra. Laura Berman, una de las guapas hermanas Berman, que también presentan su propio programa en televisión. En la prometedor apertura de la clínica de Chicago, Berman explicó a las cámaras que los medicamentos y las hormonas se administrarían con la terapia sexual y el yoga: el enfoque consiste en tratar a la «mujer en su totalidad». Había en el aire una emoción ante la empresa que se iniciaba. Al fin y al cabo, se anunciaba que el 43 por ciento de las mujeres sufren disfunción sexual femenina, un número citado más de una vez por el personal de la clínica en las entrevistas mediáticas el día de la inauguración.²¹

Según Berman, la clínica contaba con «lo último y lo más avanzado» en tecnología médica, con todo tipo de aparatos sofisticados que miden todo, desde el flujo sanguíneo genital hasta los niveles de testosterona. Lo que todavía no queda claro es si la clínica ha determinado adecuadamente lo que es *normal* en términos de flujo sanguíneo, lubricación o niveles de testosterona. Y más importante aún, ¿con qué frecuencia se harán diagnósticos inapropiados a mujeres, etiquetándolas de «anormales», para intentar vender una solución médica o farmacéutica? No obstante, estas embarazosas preguntas no interrumpieron el lanzamiento de la clínica, donde los nuevos empresarios proclamaron su deseo de hacer de las mujeres de Chicago «las más saludables del país en términos sexuales».²²

Casualmente, fue un profesor de sociología de la Universidad de Chicago quien hizo famosa la proporción del 43 por ciento cuando la publicó en un artículo del *JAMA* en 1999.²³ El porcentaje ha sido utilizado sin cesar en materiales de marketing e historias mediáticas para sugerir que casi la mitad de las mujeres sufren de una afección médica, una «disfunción» o una enfermedad, llamada DSF. En realidad, el artículo del *JAMA* no sugería nada de todo eso. El 43 por ciento probablemente pasará a la historia como una de las estadísticas médicas más incorrectas de nuestro tiempo.

El sociólogo Ed Laumann y sus colegas llegaron a esa cifra volviendo a analizar datos procedentes de un extenso estudio realizado unos años antes. En ese estudio, se instó a aproximadamente 1.500 mujeres a que respondieran sí o no a si habían experimentado cualquiera de siete problemas habituales durante el año anterior. Esos problemas incluían situaciones como la falta de deseo sexual, la ansiedad relacionada al funcionamiento sexual y las dificultades de lubricación. Si una mujer respondía sí tan sólo a uno de estos siete problemas, se la incluía en el grupo de pacientes con disfunción sexual.

Evidentemente es absurdo sugerir que una persona que vive una falta de deseo sexual padece una afección llamada DSF.

En efecto, nunca fue la intención de Laumann y sus colegas sugerir tal cosa. Su artículo afirma claramente que sus hallazgos «no equivalían a diagnósticos clínicos». En otras palabras, no estaban sugiriendo que un 43 por ciento de las mujeres tuvieran una afección médica llamada DSF, aunque ésta sea la manera en que el porcentaje se ha utilizado

repetidamente. Laumann no acepta que «disfunción» fuera la palabra errónea, pero está de acuerdo en reconocer que muchas de las mujeres de ese 43 por ciento son «perfectamente normales». Y también en declarar que muchas de sus dificultades o insatisfacciones sexuales «nacen de respuestas razonables del organismo humano frente a las dificultades y al estrés».

Es probable que el mal uso del 43 por ciento pudiera acabar en chasco para quienes promueven este porcentaje para sus propios objetivos comerciales o profesionales. Pese a que algunos periodistas se limitan a repetir constantemente las cifras que las compañías facilitan en sus comunicados de prensa, parece que está creciendo un escepticismo positivo en el mundo de la prensa acerca de estas exageradas cifras.

Al recibir un comunicado de prensa por fax donde se afirmaba que un 43 por ciento de las mujeres padecía una nueva afección denominada DSF, la periodista médica, Carla Johnson, inmediatamente se olió que había gato encerrado. Ese comunicado había sido enviado a su oficina de la *Spokesman-Review* en Spokane, en el estado de Washington, por una empresa de inversiones de Nueva York, lo que demostraba la estrecha relación que existe entre la medicina y el mercado donde las «enfermedades» se consideran oportunidades de inversión.

El comunicado de prensa promocionaba un nuevo producto llamado Alista, una crema experimental para los genitales que daba nuevas esperanzas para la «cura sexual» en mujeres.²⁴ Sin embargo, no fue sólo el increíble 43 por ciento lo que llamó la atención de esta periodista. A Johnson le parecía que el comunicado de prensa intentaba borrar sutilmente las fronteras entre una dolencia médica y la vida normal.

Mientras la crema farmacéutica se presentada por una parte como una terapia potencialmente efectiva para mujeres con un serio problema médico, por otro lado también se vendía como algo para todas las mujeres: para «revolucionar la manera en que las mujeres pueden aumentar su bienestar sexual».

Una de las personas a quien contactó Carla Johnson fue Leonore Tiefer, al otro extremo del país, en Nueva York, de quien había oído decir que lideraba algún tipo de campaña activista. «A las mujeres se les vende una enfermedad cuya cura está en manos de las compañías», le dijo Tiefer a Johnson. El reportaje apareció de inmediato en la portada de la publicación.

Les están diciendo que éste es un gran avance para ellas. Pero si te sientas a hablar con las mujeres durante dos minutos, ¿cuántas de ellas creerían que los problemas de que hablan con sus amigas se pueden solucionar con una crema con la que te embadurnas los genitales antes de practicar sexo? Se reirían.²⁵

La *Spokesman-Review* no tiene la difusión más grande del mundo, pero el artículo de portada de Johnson fue otra señal más de que Tiefer estaba teniendo éxito a la hora de generar un debate sobre el papel de las compañías farmacéuticas en la definición de esta nueva afección. Y como cabía esperar, el artículo de Johnson también inspiró otros, incluyendo uno en el *British Medical Journal* que llamaría la atención a nivel mundial. El reportaje en el *BMJ* se inspiraba en gran parte en las investigaciones de Tiefer, y en él aparecieron entrevistas con Irwin Goldstein, Laura Berman, Ed Laumann y John Bancroft. El artículo provocó una respuesta enorme, tanto positiva como negativa, en la web del *BMJ*, entre la extensa comunidad de salud pública y en los medios de comunicación de varios países. También provocó de inmediato otras reacciones.

Apenas dos semanas después de hacerse público el artículo del *BMJ*, una empresa de relaciones públicas poco conocida llamada HCC De Facto empezó a mandar correos electrónicos a grupos de mujeres de todo el mundo y de forma secreta pidiendo ayuda para organizar una campaña «en contra» del artículo aparecido en el *BMJ* sobre la DSF.

El debate sobre esta enfermedad era ahora una controversia internacional. La directora financiera de la empresa de relaciones públicas expresó mediante el correo que el artículo había puesto en tela de juicio si en realidad existía tal afección. Y escribió:

Sé que muchos grupos de apoyo se han sentido indignados por estas afirmaciones y creemos que es importante contrarrestarlas y sacar otra voz al aire. Quería saber si usted o alguien de su organización estaría dispuesto a trabajar con nosotros para crear artículos, rebatiendo el punto de vista planteado en el *BMJ*. Esto significaría hablar con periodistas de renombre sobre la DSF, sus causas y tratamientos.²⁶

Cuando se le preguntó a la autora, Michelle Lerner, acerca de su correo, ésta inicialmente negó estar involucrada en la campaña en contra del artículo del *BMJ*, pero luego admitió que sí había mandado un mensaje confidencial a grupos de defensa en Canadá y Australia. A pesar de las repetidas preguntas sobre la identidad de la compañía farmacéutica enmascarada tras la campaña, ésta se negó a contestar. Poco tiempo después de esta esforzada resistencia, algunos periodistas en Canadá pudieron certificar que Lerner y su grupo de relaciones públicas estaban trabajando para Pfizer. Cuando la gran compañía farmacéutica se vio interrogada acerca de los intentos secretos generalizados por parte de su agencia de relaciones públicas para rebatir el artículo del *BMJ*, un portavoz de Pfizer describió dichas actividades como «los habituales y sin mayor importancia». Era simplemente parte de un plan para «establecer plataformas apropiadas a fin de incrementar los conocimientos de los pacientes y reclutar gente para los estudios».²⁷ En ese momento Pfizer todavía estaba probando el Viagra en mujeres.

De alguna forma extraña, estas actividades clandestinas y torpes parecen únicamente fortalecer la campaña de Tiefer. Un año después, en las calles de Nueva York, estaría involucrada en otro ardiente debate sobre la venta malsana de la DSF, esta vez con una amiga, ejecutiva publicitaria, mientras hacían de voluntarias en uno de los refugios para los sin techo de la calle 35 este.

No deja pasar ninguna oportunidad para hacer sonar la voz, incluso con un sermón pronunciado en su iglesia local titulado «La biotecnología y la búsqueda de la felicidad sexual».

Sin embargo, mientras avanza la campaña de New View, también crecen las ventas de las compañías farmacéuticas. Puede que Pfizer haya abandonado sus investigaciones sobre el Viagra para el tratamiento de la DSF porque el medicamento era tan efectivo como un placebo, o píldora de azúcar, a la hora de mejorar la vida sexual de las mujeres. No obstante, es probable que ellos y otros laboratorios estén más decididos que nunca a explotar lo que ellos ven como el próximo megamercado. Justo cuando Tiefer pronunciaba su discurso, las páginas de economía de la prensa informaban de otra historia: una compañía que desarrollaba un parche de testosterona estaba dispuesta a gastar 100 millones de dólares en el primer año de su campaña publicitaria, una campaña que promocionaría tanto la «afección» como el medicamento para su cura.²⁸ Aunque el parche de testosterona fue rechazado a finales de 2004 por el comité consultivo de la FDA debido a los efectos secundarios a largo plazo, Procter & Gamble siguen buscando su aprobación.²⁹

El parche de testosterona es el ejemplo perfecto de los efectos perniciosos del marketing excesivo y casi incontrolable de las compañías farmacéuticas. Para un pequeño grupo de mujeres con verdaderos problemas fisiológicos, que contribuyen a crearles dificultades en el funcionamiento sexual, el parche puede que ayude, aunque el despliegue publicitario ya sonaba mucho antes de haberse publicado las pruebas clínicas en las publicaciones médicas, y antes de cualquier evaluación independiente referente a los riesgos y beneficios.³⁰ Sin duda,

si finalmente se aprueba el parche, el enfoque del marketing se desplazará de las mujeres que realmente sufren de una afección al mercado mucho más multitudinario de aquéllas que están sanas, pero se sienten infelices, tal y como hemos visto con la promoción del Viagra para los hombres.³¹

Otro peligro, aquí, tal y como señaló John Bancroft, es que muchas mujeres vean sus dificultades sexuales como algo debido a una afección médica altamente publicitada. Quizás el peligro más grande viene de las ya familiares fronteras indefinidas que tanto caracterizan el marketing farmacéutico de hoy en día. Si las compañías farmacéuticas quieren comercializar sus productos como ayudas sexuales para mejorar el estilo de vida de la gente sana, deberían hacer exactamente eso, aunque ciertamente causaría grandes problemas a la hora de convencer a las compañías de seguros para que contribuyan a pagarlos. Sin embargo, en lugar de esto, las estrategias de marketing utilizarán la tapadera de la dolencia médica. Francamente, intentar apoyarse en el cuento de que la mitad de la población femenina está enferma, que sufre alguna disfunción o algo llamado DSF no es más que una broma de muy mal gusto. Otra cuestión preocupante es que la gente que realmente necesita medicamentos pueda quedar olvidada porque quienes financian el sistema rechazan subvencionarlos por temor al aumento insostenible de los costes, como ocurrió en Australia cuando el sistema de seguridad social nacional se negó a subvencionar el Viagra.³²

El problema con este panorama ya es conocido. Probablemente, se gastarán miles de millones de dólares y de euros en intentar curar trastornos sexuales para los cuales nunca se hallará solución con testosterona o cualquier otro medicamento. Y son miles de millones de dólares que cuestionablemente estarían mucho mejor invertidos en la prevención y el tratamiento de enfermedades reales, en la limpieza de los suministros de agua, en la construcción de carriles para bicicletas y de paseo o financiando refugios para mujeres o educación sexual de adolescentes o incrementando los niveles de empleo en barrios deprimidos.³³ Cómo cambiar radicalmente las prioridades en nuestros gastos de seguridad social es una cuestión que requiere mucha más atención.

En Orlando, Florida, Leonore Tiefer acaba de recibir un prestigioso premio por sus «notables logros científicos» por parte de sus colegas del mundo académico.³⁴ Como gesto de aceptación, pronunció su famoso discurso «Esta noche no, querido, el perro se ha comido mi parche de testosterona».

La noche anterior apareció en un pequeño teatro local, donde sus colegas habían organizado un acto para recaudar fondos para la siguiente conferencia New View en Canadá, donde prevé finalizar su campaña de cinco años de duración. Segura de que el escepticismo hacia la venta de la disfunción sexual femenina ha crecido considerablemente durante todo este tiempo, Tiefer probablemente esté cantando victoria con orgullo.

EPÍLOGO

¿Qué se puede hacer?

Union Station en Washington DC era de alguna manera el lugar perfecto para el lanzamiento de la primera gran publicación médica mundial en 70 años. A sólo unos pasos del Congreso de Estados Unidos, la arquitectura grandiosa de la estación y sus espacios palaciegos evocan una historia majestuosa, y de grandes esperanzas. En el momento en que fue construido, en 1908, esta estación de trenes era una de las más grandes del mundo.¹

La revista presentada aquí en otoño de 2004, *PloS Medicine*, también tiene grandes aspiraciones mientras planea «retar al status quo» y proporcionar acceso libre a todos sus artículos científicos vía Internet. Además, a diferencia de casi todas las otras publicaciones de medicina que hay en el mundo actualmente, ésta no aceptará anuncios de compañías farmacéuticas. Tampoco publicará estudios financiados por las compañías por ser considerados marketing disfrazado de ciencia. Dicen sus editores que la meta es romper «el círculo de dependencia» que se ha formado entre las publicaciones médicas y la industria farmacéutica.²

Dirigida por la Biblioteca Pública de Ciencia, sin fines de lucro y con sede en San Francisco, la junta editorial de esta nueva publicación cuenta con algunos de los nombres más conocidos en el ámbito de la seguridad sanitaria a nivel mundial.

Al retar el status quo, que consiste en desenredarse de la influencia de las compañías farmacéuticas y en promover información médica independiente, esta publicación nos ayuda a ver el camino que seguir.

Retar y cuestionar el status quo es el primer paso para cualquiera que se preocupe por la venta de enfermedades. Determinar dónde se hallan los límites entre la salud y la enfermedad no es fácil y, tal y como hemos visto, hay poderosas fuerzas promocionales que trabajan para confundirlos. Con muchas afecciones como el colesterol alto o el TDA, estos límites se ensanchan cada vez más. Hoy en día cuando un médico diagnostica una afección y la etiqueta médicamente, es posible que ese diagnóstico ya no se pueda valorar desde un punto de vista objetivo. Aunque parezca de sentido común, puede ser muy valioso hablar con parientes y amigos sobre lo apropiado de un diagnóstico médico en particular, y debatir si el problema es realmente un síntoma de enfermedad o simplemente un altibajo de la vida normal.

Claro está que a veces las enfermedades son reales, dolorosas y mortales, y que el tratamiento con el medicamento más moderno y caro u otra tecnología o procedimiento médico es muy aconsejable. Sin embargo, hay muchos casos en que los problemas de salud de una persona son tan leves o temporales que la mejor opción es simplemente dejarlos pasar. El síndrome del intestino irritable, por ejemplo, sólo es grave y discapacitante para un 20 por ciento del total de personas a las que afecta. No se podrá nunca exagerar la importancia de mantener un sano escepticismo frente a todo el despliegue publicitario asociado con las afecciones más recientes y al número de personas que las sufren.

El problema más evidente para todos nosotros en este momento es encontrar buenas fuentes de información sobre las enfermedades, que sean realmente independientes de la influencia de los laboratorios. Muchos médicos todavía se reúnen con representantes farmacéuticos; muchos grupos de pacientes y sociedades médicas siguen aceptando copiosas

subvenciones; y la mayoría de publicaciones médicas todavía dependen en gran parte de los anuncios de la industria y de su patrocinio en investigación.

Encontrar material de calidad sobre los riesgos y beneficios de los medicamentos y otras formas de terapia es cada vez más fácil,³ pero encontrar buena información independiente y actualizada sobre las enfermedades es, hoy en día, casi imposible.

Urge encontrar nuevas formas para definir enfermedades y educar a la gente sobre las opciones para tratarlas. Continuar confiando en los líderes de opinión, financiados por las compañías farmacéuticas para que redacten las definiciones, y en el marketing financiado por las compañías para que nos eduquen sobre ellas es algo peligroso y, sobre todo, absurdo. Una renovación en la manera de entender las enfermedades requiere ideas frescas y experimentos radicales, pero existen modelos que pueden ser de gran ayuda. En todo el mundo existen muchas instituciones públicas y algunos organismos privados que han encontrado formas de examinar rigurosamente todos los estudios científicos disponibles sobre un tratamiento en particular, y que han redactado un resumen imparcial sobre su nivel de eficacia.⁴ En el Reino Unido, el National Institute for Clinical Excellence lleva a cabo un control como también hacen varios grupos de Estados Unidos, incluyendo la innovadora organización privada ECRI.⁵ A veces, los resúmenes de estas pruebas están disponibles en la web para médicos y el público, como los proporcionados por la organización internacional Cochrane Collaboration.⁶

La tarea sistemática de revisar y resumir las pruebas sobre los tratamientos la realizan organizaciones e individuos que no se benefician económicamente de la venta de esos tratamientos. Ya es hora de que aparezcan reseñas similares de las pruebas sobre enfermedades y afecciones, con información imparcial y accesible para la gente de a pie. En lugar de usar mensajes de marketing simplones, que se valen del temor como herramienta de juego y de las cifras exageradas para asustar a la gente y que ésta participe en los procesos de terapia farmacéutica, tal información explicaría detalladamente la incertidumbre y la controversia que gira en torno a muchas de las definiciones de enfermedad.

Sin esta información completa sobre los pros y los contras a la hora de aceptar una etiqueta médica, es imposible una elección correcta

Sin embargo, más que independientes, los nuevos organismos que ayuden a trazar la línea entre la salud y la enfermedad deben ser más globales que las comisiones actuales, muchas de las cuales están bajo el dominio de médicos. Hay un viejo dicho que dice que cuando le das a alguien un martillo, todo se parece a un clavo. A veces son un clavo y unos martillazos los que ayudan a construir la casa. En otras ocasiones, puede que las habilidades de un carpintero no sean las únicas necesarias. Cambiar la planificación urbanística de las ciudades para promover el ejercicio físico puede ser más propicio para prevenir las enfermedades que recetar crecientes dosis de fármacos. De alguna manera, un grupo más amplio de gente, legos y profesionales, tiene que involucrarse en la definición de enfermedades y afecciones, y generar información imparcial sobre los riesgos y los beneficios de las distintas opciones para tratarlas y prevenirlas. Grupos de defensa de la salud, departamentos universitarios e instituciones públicas con fama de independencia, buena ciencia y escepticismo sano son lugares obvios para empezar a poner este proceso en movimiento.

Mientras tanto, la mayoría de la gente no tiene muchas más opciones que la de «ir a hablar con su médico», como nos siguen diciendo los ingeniosos aunque insustanciales anuncios y las bien pagadas celebridades. Sin embargo, tal y como hemos visto, muchos de nuestros médicos, independientemente de lo comprometidos y trabajadores que sean, todavía siguen recetando bajo la influencia de campañas de marketing diseñadas para vendernos enfermedades y pastillas, aunque puede que un cambio radical esté a la vuelta de la esquina.

Con alrededor de 50.000 socios, la American Medical Student Association es literalmente la cara del médico del mañana.

Como parte de sus estatutos, la asociación no acepta patrocinios procedentes de la industria farmacéutica. Su campaña «PharmFree» urge a los estudiantes de medicina a que simplemente digan «no» a las ofertas de almuerzos gratis, a los regalos, a los compromisos de hablar en público a cambio de dinero y a las asesorías lucrativas. Y cómo no, el presidente nacional de la asociación, Brian Palmer, estaba presente en el histórico lanzamiento de la nueva publicación médica «pharm-free» en la Union Station de la capital estadounidense, sonriendo abiertamente mientras bromeaba entre los jóvenes e inteligentes editores de la publicación, todos ellos luciendo una sonrisa de oreja a oreja, firmemente centrados en un futuro más basado en promover la salud que en vender enfermedades.

NOTAS

Prólogo

¹ W. Roberston, *Fortune*, Marzo de 1976. Todas las cantidades reflejadas en este libro se expresan en dólares americanos salvo cuando se especifique lo contrario.

² «Transformar la preocupación por la salud en la preocupación por la enfermedad» es una frase prestada, aunque su creador es de procedencia dudosa.

³ Para la cuota estadounidense del mercado global véase http://open.ims-health.com/webshop2/IMSinclude/i_article_20040317.asp (visitada a 15 de enero de 2005).

⁴ *Selling Sickness*, the documentary, Paradigm Pictures, 2004.

⁵ <http://www.nihcm.org/FinalText3.PDF> p. 23 (visitada a 18 de noviembre de 2004).

⁶ W. Hall, A. Mant, P. Mitchell, V. Rendle, I. Hickie y P. McManus, «Association between antidepressant prescribing and suicide in Australia, 1991-2000: trend analysis», *BMJ*, vol 326, 2003, pp. 1008.

⁷ http://www.imshealthcanada.com/htmen/3_1_40.htm (visitada a 13 de enero de 2005).

⁸ V. Parry, «The art of branding a condition», *MM&M*, mayo de 2003, pp. 43-9.

⁹ Entrevista de Vince Parry con Cathy Scott para *Selling Sickness*, the documentary, Paradigm Pictures, 2004.

¹⁰ V. Parry, «The art of branding a condition», op. cit.

¹¹ J. Coe, «Healthcare: The lifestyle drugs outlook to 2008, unlocking new value in well-being», *Reuters Business Insight*, Datamonitor, PLC, 2003.

¹² J. Coe, «The lifestyle drugs outlook to 2008», op. cit., p. 43.

¹³ Ibidem.

¹⁴ Véase J. Abramson, *Overdosed America*, HarperCollins, New York, 2004; véase igualmente R. Horton, «The dawn of McScience», *The New York Review of Books*, vol. L1, 11 de marzo de 2004, pp. 7-9; véase igualmente R. Moynihan, «Who pays for the pizza: Redefining the relationships between doctors and drug companies. Part 1, Entanglement and Part 2, Disentanglement», *BMJ*, vol 326, 2003, pp. 1189-96.

¹⁵ Para escándalos relacionados con antidepresivos, véase capítulos 2 y 7; para los presuntos sobornos a médicos italianos, véase F. Turone, «Italian Police investigate GSK Italy for bribery», *BMJ*, vol 326, 2003, p. 413; para los presuntos sobornos a médicos estadounidenses, véase R. Moynihan, «Bribes to prescribe», *Good Weekend, Sydney Morning Herald* de 31 de mayo de 2003, portada; para los fármacos para la artritis véase el documentos de la FDA en http://www.fda.gov/fdac/features/2004/604_viox.html (visitada a 15 de enero de 2005).

¹⁶ R. Moynihan, «Who pays for the pizza», op. cit.

¹⁷ Véase capítulos 1, 5 y 10.

¹⁸ Para la terapia de sustitución hormonal, véase capítulo 3, para los antidepresivos, véase capítulo 2, para fármacos reductores del nivel de colesterol, véase capítulo 1, para el síndrome del intestino irritable, véase capítulo 9.

¹⁹ I. Illich, *Limits to Medicine*, Penguin, London, 1976.

²⁰ Ibidem, p. 127.

²¹ L. Payer, *Disease-Mongers: How Doctors, Drug Companies and Insurers are Making You Feel Sick*, Wiley & Sons, 1992.

²² D. Henry and J. Lexchin, «The pharmaceutical industry as a medicines provider», *The Lancet*, vol. 360, 2002, pp. 1590-5.

Capítulo 1. Vender a todos

¹ http://open.imshealth.com/webshop2/IMSinclude/i_article_20040317.asp (visitada a 16 de noviembre de 2004).

² Ibidem. Una compañía llamada Datamonitor dispone de una Web con información detallada sobre las compañías farmacéuticas más importantes del mundo: <http://www.datamonitor.com/~50701d9bcI6c47b99cd554262295c427~/companies/lists/list/?listid=288ED715-62DE-417A-9787-A59D711272A5> (visitada a 15 de enero de 2005).

³ N. Freemantle y S. Hill, «Medicalisation, limits to medicine, or never enough money to go round», *BMJ*, vol. 324, 2002, pp. 864-5.

⁴ Véase la nota de la FDA sobre Baycol (cerivastatina) y sobre muertes en <http://www.fda.gov/cder/reports/rtn2001/rtn2001-3.htm#Withdrawals> (visitada a 6 de enero de 2005).

⁵ <http://www.citizen.org/pressroom/release.cfm?ID=1737> (visitada a 6 enero de 2005). La denominación genérica del Crestor es resuvastatina y la del Mevacor es lovastatina.

⁶ http://open.imshealth.com/webshop2/IMSinclude/i_article_20040317.asp (visitada a 16 nov. de 2004). El nombre genérico de Lipitor es atorvastatina.

⁷ Directrices 2001 en <http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/cholesterol/atp3xsum.pdf> (visitada a 16 de noviembre de 2004). Véase también el capítulo de directrices sobre el colesterol en J. Abramson, *Overdosed America*, HarperCollins, New York, 2004.

⁸ «Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults. Executive Summary of The Third Report of The National Cholesterol Education Program (Adult Treatment Panel III)», *JAMA*, vol. 285, 2001, pp. 2486-97.

⁹ Ibidem.

¹⁰ <http://www.detnews.com/2004/health/0407/19/health-214907.htm> (visitada a 16 de noviembre de 2004). El artículo cita a James Cleeman afirmando que las directrices actualizadas de 2004 sumarán 7 millones a los ya 36 millones de personas a quienes se invita a consumir pastillas.

¹¹ http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/cholesterol/atp3up04_disclose.htm (visitada a 16 de noviembre de 2004).

¹² D. Ricks y R. Rabin, «Cholesterol guidelines, drug panelists' links under fire», *Newsday*, 15 de julio de 2004, p. A06.

¹³ http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/cholesterol/atp3upd04_disclose.htm (visitada a 16 de noviembre de 2004).

¹⁴ La agencia gubernamental estadounidense responsable de las directrices del colesterol desestimó las protestas públicas sobre los sorprendentes vínculos entre ocho de los nueve expertos con respecto a la industria, alegando que los expertos acreditados son precisamente las personas que la industria desea contratar. Véase <http://www.nhlbi.nih.gov/new/press/04-07-29.htm> (visitada a 6 enero de 2005). A través de la oficina de prensa del NIH, el presidente del comité de 2004 rechazó toda petición de conceder una entrevista para este libro.

¹⁵ N. Choudhry, H. Stelfox and A. Detsky, «Relationships between authors of clinical practice guidelines and the pharmaceutical industry», *JAMA*, vol. 287, no. 5, 2002, pp. 612-17.

¹⁶ Véase capítulo 6.

¹⁷ R. Moynihan, «Who pays for the pizza: Redefining the relationships between doctors and drug companies: Part 1, Entanglement and Part 2, Distanglement», *BMJ*, vol. 326, 2003, pp. 1189-96 Part 1: <http://bmj.bmjournals.com/cgi/reprint/326/7400/1193.pdf>; Part 2: <http://bmj.bmjournals.com/cgi/reprint/326/7400/1193.pdf> (visitada a 16 de noviembre de 2004).

- ¹⁸ R. Moynihan, «Who pays for the pizza», op. cit.
- ¹⁹ R. Moynihan, «Drug company sponsorship of education could be replaced at a fraction of its cost», *BMJ*, vol. 326, 2003, p. 1163.
- ²⁰ R. Moynihan, «Who pays for the pizza», op. cit.
- ²¹ C. Murlow, J. Williams, M. Trivedi et al., «Treatment of depression: newer pharmacotherapies (evidence report/technology assessment, number 7)», Agency for Health Care Policy and Research, March 1999, en <http://www.ncbi.nlm.gov/books/bv.fcgi?rid=hstatl.chapter.84528> (visitada a 16 de noviembre de 2004).
- ²² R. Moynihan, «Who pays for the pizza», op. cit.
- ²³ <http://www.citizen.org/publications/release.cfm?ID=7320> (visitada a 6 enero de 2005).
- ²⁴ B. Brewer, «Benefit-risk assessment of Rosuvastatin 10-40 milligrams», *American Journal of Cardiology*, vol. 92 (4B), 2003, pp. 23K-29K.
- ²⁵ De las pruebas ante el Committee on Energy and Commerce, House of Representatives, 2004 (Ref: H1F174.020). El Dr. Brewer rechazó una entrevista para este libro.
- ²⁶ R. Moynihan, «Who pays for the pizza», op. cit.
- ²⁷ Ibidem.
- ²⁸ http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/cholesterol/atp3upd04_disclose.htm (visitada a 16 de noviembre de 2004)
- ²⁹ <http://cspinet.org/new/pdf/finalnihltr.pdf> (visitada a 16 de noviembre de 2004).
- ³⁰ Carta de los NIH Acting Director al CSPI, 22 de octubre de 2004 (comunicado personal de Merrill Goozner en el CSPI).
- ³¹ J. Abramson, *Overdosed America*, HarperCollins, New York, 2004.
- ³² Entrevista de Ray Moynihan con John Abramson.
- ³³ J. Abramson, *Overdosed America*, op. cit.
- ³⁴ <http://www.boomercoalition.org/bc3/campaign.asp> (visitada a 16 de noviembre de 2004).
- ³⁵ Ibidem.
- ³⁶ Ibidem.
- ³⁷ E. White, «Behind the Boomer Coalition», a heart message from Pfizer, *Wall Street Journal* (Eastern Edition), New York, 10 March 2004, p. B. I. La Web de la coalición explica que Pfizer es uno de los dos socios fundadores: <http://www.boomercoalition.org/bc3/partners.asp> (visitada a 16 de noviembre de 2004). Pfizer rechazó responder a preguntas para este libro.
- ³⁸ http://www.medicalconsumers.org/pages/cholesterol_skeptics.html (visitada a 16 de noviembre de 2004).
- ³⁹ «Fundraising and the growth of industry involvement», *Health and Social Campaigner's News*, published by Patient View, April 2004, Issue 6, <http://www.patientview.com> (visitada a 16 de noviembre de 2004).
- ⁴⁰ En la Web se puede leer «Luchar contra una enfermedad cardiovascular empieza en la consulta del médico. Cada caso es distinto, y muchos de los síntomas, como la hipertensión, sólo se pueden valorar en la consulta. Además, si los cambios en el estilo de vida no son suficientes para rebajar sus riesgos de padecer enfermedades cardiovasculares, su médico puede recetarle medicación para ayudarlo». En http://www.boomercoalition.org/bc3/visit_doctor.asp (visitada a 14 de septiembre de 2004).
- ⁴¹ Entrevistas de Lisa Schwartz y Steve Woloshin con Ray Moynihan, 2004. Todas las citas posteriores, no referenciadas con un artículo, proceden de estas entrevistas.

- ⁴² K. Kerin, L. M. Schwartz, S. Woloshin, H. G. Welch «Using C-reactive protein to guide lipid treatment decisions», *Journal of General Internal Medicine* (extracto de prensa).
- ⁴³ J. Walsh and M. Pignone, «Drug treatment of hyperlipidemia in women», *JAMA*, vol. 291, 2004, pp. 2243-52. Es una revisión sistemática de todos los ensayos clínicos, un modo de prueba que tiende a ser más fiable que los resultados de pruebas aisladas.
- ⁴⁴ Ibidem.
- ⁴⁵ Heart Protection Study Collaborative Group, «MRC/BHF heart protection study of cholesterol lowering with simvastatin in 20, 536 high-risk individuals: a randomised placebo-controlled trial», *The Lancet*, vol. 360, 2002, pp. 7-22.
- ⁴⁶ M. Vrečer, S. Turk, J. Drinovec y A. Mrhar, «Use of statins in primary and secondary prevention of coronary heart disease and ischemic stroke, meta-analysis of randomized trials», *International Journal of Clinical Pharmacology & Therapeutics*, vol. 41, 2003, pp. 567-77.
- ⁴⁷ J. Quick, H. Hogerzeil, L. Rågo, V. Reggi y K. de Joncheere, «Ensuring ethical drug promotion, whose responsibility?», *The Lancet*, vol. 326, no. 9385, 2003, p. 747, <http://www.thelancet.com/journal/vol362/iss9385/full/llan.362.9385.correspondence.26978.1> (visitada a 16 de noviembre de 2004).
- ⁴⁸ R. Evans, M. Barer y T. Marmore (eds), *Why Are Some People Healthy and Others Not?* Aldine De Gruyter, Hawthorne, New York, 1994.
- ⁴⁹ Ibidem.
- ⁵⁰ Las directrices de 2001, p. 13, dicen que todos los mayores de 20 años deberían someterse a chequeos cada cinco años. <http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/cholesterol/atp3xsum.pdf> (visitada a 16 de noviembre de 2004)
- ⁵¹ Según las entrevistas de Ray Moynihan y Alan Cassels con la Dra. Iona Heath.
- ⁵² <http://www.bma.org.uk/ap/nsf/Content/investinggp~AnnexA> (visitada a 8 ene. de 2005).
- ⁵³ Entrevistas de Ray Moynihan y Alan Cassels con la Dra. Iona Heath.
- ⁵⁴ Entrevistas de Ray Moynihan con Shah Ebrahim.
- ⁵⁵ La declaración: «48 de las 164 pruebas de estatinas y del colesterol LDL informaron del número de participantes con uno o más síntomas posiblemente causados por el fármaco» procede de M. Law, N. Wald y A. Rudnicka, «Quantifying effect of statins on low density lipoprotein cholesterol, ischaemic heart disease, and stroke: systematic review and meta-analysis», *BMJ*, vol. 326, 2003, p. 1423.
- ⁵⁶ «Pact is reached with insurers on covering Batcol litigation», *Wall Street Journal*, 10 March 2004, p. B3. Véase también nota de la FDA sobre Baycol y muertes en <http://www.fda.gov/cder/reports/rtn/2001/rtn/2001-3.htm#Withdrawals> (visitada a 6 de enero de 2005). Véase también D. Graham, J. Staffa y D. Shatin et al., «Incidence of hospitalized rhabdomyolysis in patients treated with lipid-lowering drugs», *JAMA*, vol. 292, 2004, pp. 2585-90.
- ⁵⁷ Comunicación vía e-mail procedente de Bayer a Ray Moynihan, 2004.
- ⁵⁸ <http://www.citizen.org/pressroom/release.cfm?ID=1737> (visitada a 6 de enero de 2005). La sede de la organización se encuentra en Washington DC.
- ⁵⁹ Comunicación vía e-mail procedente de AstraZeneca a Ray Moynihan, 2004. Para noticias sobre fallecidos, véase <http://www.guardian.co.uk/medicine/story/0,11381,1387498,00.html> (visitada a 12 de enero de 2005).
- ⁶⁰ Véase capítulo 9. Véase también J. Abraham, D. Bardelay, C. Kopp, et al., «Making regulation responsive to commercial interests: streamlining industry watchdogs», *BMJ*, vol. 325, 2002, pp. 1164-9.
- ⁶¹ <http://www.citizen.org/publications/release.cfm?ID=7320> (visitada a 6 de enero de 2005).
- ⁶² Carta del Dr. Zerhouni al Dr. Wolfe, 29 de julio de 2004.

⁶³ Memorandum del Dr. Brewer al Dr. Zerhouni, 9 de julio de 2004.

⁶⁴ D. Willman, «Stealth merger: drug companies and government medical research», *Los Angeles Times*, Sunday, 7 Dec. 2003.

⁶⁵ De las pruebas ante el Committee on Energy and Commerce, House of Representatives, op. cit.

⁶⁶ Para noticias relacionadas con esta decisión, véase <http://www.nature.com/nbt/journal/v22/n11/pdf/nbt1104-1331.pdf> (visitada a 6 de enero de 2005).

⁶⁷ Public Citizen está preparando actualmente la publicación de un informe sobre los comités consultivos de la FDA y los conflictos de intereses. Véase también la Web del Centro para la Ciencia en el Interés Público www.cspinet.org (visitada a 10 de enero de 2005).

⁶⁸ M. Marchione, «Cholesterol guidelines become a morality play about conflict of interest in medicine», *AP*, Sunday 17 Oct. 2004.

⁶⁹ Véase T. Moore, *Heart Failure*, Random House, 1989. Véase también el sitio web en <http://www.thomasjmoore.com> (visitada a 6 de enero de 2005) y <http://www.smartmoney.com/barrons/index.cfm2story=20040614> (visitada a 6 de enero de 2005). Este artículo empieza así: «Las estatinas se encuentran probablemente en el agua potable».

Capítulo 2. Rosquillas para médicos

¹ Michael Oldani no quiso nombrar a su antiguo empleador. El nombre genérico de Paxil es paroxetina.

² D. Katz, A. Caplan and J. Merz, «All gifts large and small: toward an understanding of the ethics of pharmaceutical industry «gift-giving», *American Journal of Bioethics*, vol. 3, 2003, pp. 39-46.

³ El nombre genérico de Paxil es paroxetina. El nombre genérico de Prozac es fluoxetina. El nombre genérico de Zoloft es sertralina.

⁴ W. Hall, A. Mant and P. Mitchell, et al., «Association between anti-depressant prescribing and suicide in Australia, 1991-2001: trend analysis», *BMJ*, vol. 326, 2003, pp. 1008; Los datos del IMS muestran unas ventas mundiales de unos 20.000 millones de dólares. http://www.ims-global.com/insight/news_story/0403/news_story_040316.htm (visitada a 6 de enero de 2005).

⁵ http://www.imshealth.com/vgn/images/portal/cit_40000873/40054155RH-Mod-PressRoom-Spending%20Hits%20Wall-Sept2002.pdf (visitada a 6 de enero de 2005).

⁶ Consulte un buen artículo sobre la relación entre médicos y compañías farmacéuticas en un suplemento especial de *Pharmaceutical Marketing*, Practical Guide #6, Effective Medical Education, pp. 14-22.

⁷ D. Healy, *Let Them Eat Prozac*, James Lorimer & Company Ltd, Toronto, 2003.

⁸ M. Oldani, «Thick prescriptions: toward an interpretation of pharmaceutical sales practices», *Medical Anthropology Quarterly*, vol. 18, 2004, pp. 325-56.

⁹ D. Katz, A. Caplan y J. Merz, «All gifts large and small», op. cit.

¹⁰ R. Moynihan, «Who pays for the pizza: Redefining the relationships between doctors and drug companies. Part 1, Entanglement and Part 2, Disentanglement», *BMJ*, vol. 326, 2003, pp. 1189-96.

¹¹ J. Lexchin, «Doctors and detailers: therapeutic education or pharmaceutical promotion?», *International Journal of Health Services*, vol. 19, 1989, pp. 663-79.

¹² A. Wazana, «Physicians and the pharmaceutical industry: is a gift ever just a gift?», *JAMA*, vol. 283, 2000, pp. 373-80. Véase también D. Griffith, «Reasons for not seeing drug representatives», *BMJ*, vol. 319, 1999, pp. 69-70, que contiene esta cita: «Los costes incrementados de la prescripción pueden ser la consecuencia del contacto con los agentes comerciales. Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina son tan sólo un ejemplo en que la promoción de las compañías farmacéuticas ha potenciado las ventas más allá de los niveles esperados si el público hubiera tenido en cuenta solamente la literatura no promocional.»

¹³ J. Jureidini, C. Doecke y P. Mansfield et al., «Efficacy and safety of antidepressants for children and adolescents», *BMJ*, vol. 328, 2004, pp. 879-83. Véase también los fragmentos de Tom Moore sobre los antidepresivos en <http://www.thomasjmoore.com> (visitada a 6 de enero de 2005).

¹⁴ Véase los fragmentos de Tom Moore en <http://www.thomasjmoore.com> (visitada a 6 de enero de 2005). Para más información sobre los fármacos mencionados en este libro, véase el SPC en <http://emc.medicines.org.uk/> (visitada a 6 de enero de 2005). Esta Web es un motor de búsqueda fácil de utilizar. Las advertencias de la FDA sobre los antidepresivos en <http://www.fda.gov/bbs/topics/news/2004/NEW01124.html> (visitada a 6 de enero de 2005) y en <http://www.fda.gov/cder/drug/antidepressants/SSRI-PHA200410.htm> (visitada a 6 de enero de 2005).

¹⁵ D. Healy, «Shaping the intimate: influences on the experiences of everyday nerves», *Social Studies of Science*, vol. 34, no. 2, 2004, pp. 219-45. Hay pruebas que demuestran que esta clase de ISRS era más segura en sobredosis que los antiguos antidepresivos.

¹⁶ <http://www.fda.gov/bbs/topics/news/2004/NEW01124.html> (visitada a 6 de enero de 2005) y <http://www.fda.gov/cder/drug/antidepressants/SSRI-PHA200410.htm> (visitada a 6 de enero de 2005).

- ¹⁷ M. Angell, «Is academic medicine for sale?», *New England Journal of Medicine*, vol. 342, 2000, pp. 1516-18.
- ¹⁸ S. Vedantam, «Industry role in medical meeting decried; symposiums sponsored by pharmaceutical companies trouble some psychiatrists», *Washington Post*, 26 de mayo de 2002.
- ¹⁹ Un portavoz de la APA no quiso hacer comentarios acerca de estas tarifas.
- ²⁰ T. Tran, S. Sengupta, S. Wolf, R. Goodman, P. Lurie, «Violations of exhibiting rules at the 2002 American Psychiatric Association annual meeting», presentación durante la 26 reunión anual de la Society of General Internal Medicine, Vancouver BC, 30 de abril-3 de mayo de 2003.
- ²¹ http://www.psych.org/edu/ann_mtgs/am/04/programbk/p4tues03252004.pdf (visitada a 15 de octubre de 2004).
- ²² http://www.psych.org/edu/ann_mtgs/am/04/programbk/p1sat03242004.pdf (visitada a 15 de octubre de 2004).
- ²³ Ibidem.
- ²⁴ Generalmente, los fondos para actividades educativas funcionan a través de «subvenciones educativas sin restricciones».
- ²⁵ <http://www.moshersoteria.com/resig.htm> (visitada a 6 de enero de 2005).
- ²⁶ D. Healy, *Let Them Eat Prozac*, op. cit.
- ²⁷ Basado en la entrevista de David Healy para el documental *Selling Sickness*, Paradigm Pictures, 2004.
- ²⁸ Ibidem.
- ²⁹ R. Kessler, K. McGonagle y S. Zhao et al., «Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey», *Archives of General Psychiatry*, vol. 51, Jan 1994, pp. 8-19.
- ³⁰ <http://www.in-cities.com/papers/DrRonaldKessler.html> (visitada a 19 de noviembre de 2004).
- ³¹ Entrevista de Ray Moynihan con William Narrow.
- ³² W. Narrow, D. Rae y L. Robins et al., «Revised Prevalence estimates of mental disorders in the United States», *Archives of General Psychiatry*, vol. 59, 2002, pp. 115-23.
- ³³ W. Narrow et al., op. cit.
- ³⁴ Entrevista de Ray Moynihan con William Narrow, que ahora trabaja en la American Psychiatric Association.
- ³⁵ R. C. Kessler, K. B. Merikangas y P. Berglund et al., «Mild disorders should not be eliminated from the DSM-V», *Archives of General Psychiatry*, vol. 60, 2003, pp. 1117-22. Entrevista de Ray Moynihan con Ron Kessler.
- ³⁶ Entrevista de Ray Moynihan con Ron Kessler.
- ³⁷ Ibidem.
- ³⁸ The WHO Mental Health Survey Consortium, «Prevalence, severity, and unmet need for the treatment of mental disorders in the World Health Organisation world health mental health surveys», *JAMA*, vol. 291, 2004, pp. 2581-90.
- ³⁹ Ibidem.
- ⁴⁰ William Narrow utilizó este término.
- ⁴¹ El apoyo para el proyecto por parte de Bristol-Myers Squibb fue revelado en letra pequeña al final de «Sphere: A national depression project», un suplemento especial del *Medical Journal of Australia*, vol. 175, 16 de julio de 2001. El programa se realizó de forma independiente, véase <http://www.abc.net.au/science/slab/medicine/trans2.htm> (visitada a 6 de enero de 2005).

- ⁴² <http://www.abc.net.au/science/slab/medicine/trans2.htm> (visitada a 6 de enero de 2005).
- ⁴³ W. Hall, A. Mant y P. Mitchell et al., «Association between antidepressant prescribing and suicide in Australia», op. cit. El nombre genérico de Serzone es nefazodona.
- ⁴⁴ Ibidem.
- ⁴⁵ I. Hickie, T. Davenport y D. Hadzi-Pavlovic et al., «Development of a simple screening tool for common mental disorders in general practice», *Medical Journal of Australia*, vol. 175, 2001, Supplement, pp. S10-S17.
- ⁴⁶ D. Clarke y D. McKenzie, «An examination of the efficiency of the 12-item SPHERE questionnaire as a screening instrument for common mental disorders in primary care», *Australia and New Zealand Journal of Psychiatry*, vol. 37, 2003, pp. 236-9.
- ⁴⁷ <http://www.druginjurylaw.com/serzone-canada.pdf> (visitada a 6 de enero de 2005).
- ⁴⁸ Para información sobre fármacos, véase el SPC en <http://em.medicines.org.uk/> (visitada a 6 de enero de 2005). Esta web dispone de un motor de búsqueda fácil de utilizar.
- ⁴⁹ De forma relevante, las pruebas no muestran ningún incremento del riesgo de suicide, sino más bien del comportamiento y pensamiento suicidas. Las advertencias de la FDA se pueden consultar en <http://www.fda.gov/bbs/topics/news/2004/NEW01124.html> (visitada a 6 de enero de 2005) y <http://www.fda.gov/cder/drug/antidepressants/SSRIPHA200410.htm> (visitada a 6 de enero de 2005).
- ⁵⁰ T. Moore, «Medical use of antidepressant drugs in children and adults, drug safety research, special report», 26 de enero de 2004. Este material fue presentado en una sesión del comité consultivo de la FDA en febrero de 2004.
- ⁵¹ R. Moynihan, «FDA advisory panel calls for suicide warnings over new antidepressants», *BMJ*, vol. 328, 2004, p. 303.
- ⁵² Estos comentarios fueron retransmitidos en el documental *Selling Sickness*, op. cit.
- ⁵³ Transcripciones en <http://www.fda.gov/ohrms/dockets/ac/cder04.html#PsychopharmacologicDrugs> (visitada a 6 de enero de 2005).
- ⁵⁴ <http://www.fda.gov/cder/drug/antidepressants/SSRIPHA2004.htm> (visitada a 6 de enero de 2005).
- ⁵⁵ <http://www.mca.gov.uk> (visitada a 6 de enero de 2005).
- ⁵⁶ <http://www.fda.gov/bbs/topics/news/2004/NEW01124.html> (visitada a 6 de enero de 2005) y <http://www.fda.gov/cder/drug/antidepressants/SSRI-PHA200410.html> (visitada a 6 de enero de 2005).
- ⁵⁷ *Selling Sickness*, documental, op. cit.
- ⁵⁸ Ibidem.
- ⁵⁹ Ibidem.
- ⁶⁰ Cifras sobre el uso de fármacos en <http://www.ahrp.org/risks/usSSRIuse0604.pdf> (visitada a 6 de enero de 2005).
- ⁶¹ I. Heath, «Commentary: there must be limits to the medicalisation of human distress», *BMJ*, vol. 318, 1999, pp. 436-40.
- ⁶² D. Antonuccio, W. Danton y G. DeNelsky et al., «Raising questions about antidepressants», *Psychotherapy and Psychosomatics*, vol. 68, 1999, pp. 3-14. Also see D. Antonuccio, W. Danton and G. DeNelsky, «Psychotherapy versus medication for depression: challenging the conventional wisdom with data», *Professional Psychology Research Practice*, vol. 26, 1995, pp. 574-85.
- ⁶³ R. Moynihan, «Who pays for the pizza», op. cit.
- ⁶⁴ Entrevista de Alan Cassels con Warren Bell.
- ⁶⁵ Ibidem.
- ⁶⁶ www.Nofreelunch.org (visitada a 6 de enero de 2005)

⁶⁷ R. Moynihan, «Who pays for the pizza», op. cit.

⁶⁸ http://www.psych.org/edu/ann_mtgs/am/04/programbk/p5Wed042204.pdf (visitada a 16 de enero de 2005).

⁶⁹ M. Denarie y B. Burk, «Evaluate return on investment of promotional events using patient-centric data», reprinting from *Product Management Today*, agosto de 2002, pp. 23-7.

⁷⁰ M. Oldani, «Thick prescriptions: toward an interpretation of pharmaceutical sales practices», *Medical Anthropology Quarter*, vol. 18, 2004, pp. 325-56.

Capítulo 3. A por los famosos

Este capítulo está en deuda con la National Women's Health Network de Estados Unidos, y con Amy Allina y Cindy Pearson en particular.

¹ La información sobre el premio proviene de «Los 25 mejores agentes comerciales del año», DTC *Perspectives*, vol. 1, verano de 2002, p. 20. Los datos sobre la forma combinada de la terapia de sustitución hormonal proceden del Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators, «Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy menopausal women», *JAMA*, vol. 288, pp. 321-33. La información sobre los estrógenos únicamente procede de The Women's Health Initiative Steering Committee, «Effects of conjugated equine estrogen in postmenopausal women with hysterectomy», *JAMA*, vol. 291, 2004, pp. 1701-12. El capítulo se centra sobre todo en la forma combinada, donde el daño es más preocupante.

² «Los 25 mejores agentes comerciales del año», op. cit. En respuesta a las preguntas de Ray Moynihan, un portavoz de Wyeth describió su relación con Lauren Hutton así: «La Sra. Hutton, una defensora de la salud de las mujeres, mediante la participación en anuncios sobre la terapia hormonal y la menopausia en general y en actos de defensa del consumidor apoyados por Wyeth para educar a las mujeres sobre la menopausia y la terapia hormonal e invitarlas a hablar sobre la menopausia y sobre las opciones de tratamiento con sus médicos. Wyeth compensó a la Sra. Hutton por su trabajo en nombre de Wyeth al educar a las mujeres sobre la menopausia y sobre las opciones de tratamiento de los síntomas. La Sra. Hutton ha participado en iniciativas de formación acerca de las opciones de tratamiento para la menopausia y sus síntomas desde 1999 y hasta 2003. Actualmente no está contratada por Wyeth.»

³ Entrevista con Amy Doner Schachtel realizada para *Selling Sickness*, the documentary, Paradigm Pictures, 2004.

⁴ *Parade*, domingo 19 de marzo de 2000, portada.

⁵ <http://www.roymorgan.com/index.cfm?0A32A818-50BA-IDC3-650D-E1800B48F772&moduleID+100000020&morganPoll+100000183&docType=3&page=1> (visitada a 6 de enero de 2005).

⁶ Comunicado personal de Wyeth a Ray Moynihan.

⁷ «Los 25 mejores agentes comerciales del año» en <http://www.dtcnational.com/latestnews.asp?id=127> (visitada a 6 de enero de 2005).

⁸ Comunicado personal de Wyeth a Ray Moynihan.

⁹ Entrevista con Amy Doner Schachtel realizada para *Selling Sickness*, documental, op. cit. No se utilizó la entrevista en la versión final para la retransmisión.

¹⁰ «Writing Group for the Women's Health Initiative», op. cit. En términos absolutos, en cinco años, los resultados de los ensayos insinuaban que había un episodio adverso adicional -p. ej. ictus, ataque al corazón- para cada cien mujeres que tomaban TSH en lugar de un placebo.

¹¹ R. Wilson, *Feminine Forever*, M. Evans and Company Inc., New York (distribuido conjuntamente con J. B. Lippincott), 1966.

¹² I. Palmlund, «The social construction of menopause as risk», *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, vol. 18, 1997, pp. 87-94.

¹³ La línea «con terapia de estrógenos...» procede de la p. 51 de R. Wilson, *Feminine Forever*, op. cit. La línea «tan grave...» e «indiferencia» procede de la p. 17 de ese libro.

¹⁴ *Taking Hormones and Women's Health: Choices, Risks and Benefits*, National Women's Health Network, Washington DC, 1995, p. 13.

¹⁵ Ibidem.

- ¹⁶ Ibidem, p. 9.
- ¹⁷ S. Bell, «Changing ideas: the medicalization of menopause», *Social Science and Medicine*, vol. 24, 1987, pp. 535-42. Otros investigadores trazaron la historia mucho antes.
- ¹⁸ http://cis.nci.nih.gov/fact/3_4.htm (visitada a de 6 enero de 2005).
- ¹⁹ I. Palmlund, «The social construction of menopause at risk», op. cit.
- ²⁰ Ibidem.
- ²¹ S. Ferguson y C. Parry, «Rewriting menopause: challenging the medical paradigm to reflect menopausal women's experiences», *Frontiers*, vol. 19, 1998, pp. 20-2.
- ²² Ibidem.
- ²³ National Women's Health Network, *The Truth about Hormone Replacement Therapy*, Prima Publishing, Roseville, California, 2002.
- ²⁴ Allina es coautora del libro *The Truth About Hormone Replacement Therapy*, ibidem.
- ²⁵ National Health and Medical Research Council (Australia), folleto para profesionales de la salud, «Hormone replacement therapy for peri- and post- menopausal women», sin fecha. El folleto se basaba en consultas de 1995.
- ²⁶ 8º Congreso Internacional sobre la Menopausia, 3-7 de noviembre de 1990, Sydney, Australia.
- ²⁷ E. Price y H. Little, «Women need to be fully informed about risks of hormone replacement therapy» (carta), *BJM*, vol. 312, 1996, p. 1301.
- ²⁸ S. Hulley, D. Grady y T. Bush et al., «Randomized trial of estrogen plus progestin for secondary prevention of coronary heart disease in postmenopausal women», *JAMA*, vol. 280, 1998, pp. 605-13.
- ²⁹ Ésta es una descripción sencilla. Un placebo no se usa siempre en el grupo de control, y a menudo se comparan más de dos grupos.
- ³⁰ S. Hulley, D. Grady y T. Bush et al., op. cit.
- ³¹ En un estudio de observación, se trata más bien de «observar» a los participantes en lugar de asignar a dos o más grupos que realicen el experimento. En otras palabras, en estudio de observación de la TSH, se observó que un grupo de mujeres que había consumido fármacos tenía menos ataques al corazón que un grupo similar de mujeres que no los había consumido, de modo que se supuso que la terapia de sustitución hormonal protegía de algún modo de las cardiopatías. Sin embargo, tales suposiciones suelen ser poco fiables en los estudios de observación, porque debía de haber algo distinto en los grupos que provocaba que uno de ellos tuviera menos ataques al corazón. En comparación, los pruebas aleatorias generan resultados más fiables por lo general que los estudios de observación porque los dos grupos contrastados son lo más idénticos posible.
- ³² Esto procede de un intercambio de correos electrónicos entre Ray Moynihan y Wyeth. Ray Moynihan: ¿Se han utilizado las celebridades pagadas por Wyeth para promocionar los resultados del ensayo HERS o los datos de la WHI? A lo que Wyeth respondió: Todos los programas de formación sobre la menopausia y los anuncios de la terapia de sustitución hormonal, incluidos aquéllos con celebridades, han suministrado siempre información sobre los riesgos y beneficios acordes con la política de Wyeth y las regulaciones de la FDA.
- ³³ Carta de Philip J. de Vane, Wyeth-Ayerst, abril de 1998. Wyeth estaba en ese momento preocupada por otras clases de fármacos en el mercado de la TSH.
- ³⁴ Comunicado de prensa de Hill & Knowlton, 14 de julio, 2000.
- ³⁵ El anuncio aparecido en *Sunday Telegraph*, 23 de julio de 2000.
- ³⁶ R. Moynihan, «New doubts over hormone drugs», *AFR*, 25 January 2001, p. 24.
- ³⁷ «Understanding Menopause», The Australian Menopause Society, sin fecha.

³⁸ Comunicado llamado «WHI HRT Update» de la Women's Health Initiative (2000). Los resultados que se debaten aquí hacen referencia a esta parte de la WHI que probaba los estrógenos combinados y la progestina contra un placebo.

³⁹ Grupo de redactores para la Women's Health Initiative Investigators, «Risks and benefits of estrogen plus progestin...», op. cit

⁴⁰ Ibidem.

⁴¹ S. Fletcher y G. Colditz, «Failure of estrogen plus progestin therapy for prevention», *JAMA*, vol. 288, 2002, pp. 366-8.

⁴² S. Schumaker, C. Leagault y S. Rapp et al., «Estrogen plus progestin and the incidence of dementia and mild cognitive impairment in post-menopausal women», *JAMA*, vol. 289, 2003, pp. 2651-62.

⁴³ J. Hays, J. Ockene y R. Brunner et al., «Effects of estrogen plus progestin on health-related quality of life», *New England Journal of Medicine*, vol. 348, 2003, pp. 1839-54.

⁴⁴ D. Grady, «Postmenopausal hormones: therapy for symptoms only», *New England Journal of Medicine*, vol. 348, 2003, pp. 1835-7.

⁴⁵ ACOG News Release, 25 de febrero de 2000. Justo antes de esta recomendación del ACOG, algunos investigadores independientes publicaron un informe de todos los estudios existentes de estos fármacos en *The Lancet*, donde concluían que no ofrecía beneficio alguno en términos de cardiopatías (E. Hemminki y K. McPherson, «Value of drug licensing documents in studying the effect of postmenopausal hormone therapy on cardiovascular disease», *The Lancet*, vol. 355, 2000, pp. 566-9.

⁴⁶ A. Hersh, M. Stefanick y R. Stafford, «National use to recent evidence», *JAMA*, vol. 291, 2004, pp. 47-53.

⁴⁷ R. Moynihan, «Celebrity selling» *BMJ*, vol. 324, 2002, p. 1342.

⁴⁸ O. Benshoshan, «Celebrity public relations: an alternative to DTC», *DTC Perspectives*, vol. 2, 2003.

⁴⁹ Ibidem.

⁵⁰ Esta sección del gigantesco estudio de la WHI que probaba sólo los estrógenos contrapuestos a un placebo, no halló ningún beneficio en absoluto: un incremento en ictus y una disminución en fracturas de cadera. Véase el grupo directivo de la Women's Health Initiative, «Effects of Conjugating Equine Estrogen...», op. cit.

⁵¹ R. Moynihan, «The intangible magic of celebrity marketing», *PloS Medicine*, vol. 1, 2004 at <http://medicine.plosjournals.org/perlserv?request=get-document&doi=10.1371/journal.pmed.0010042> (visitada a 30 de noviembre de 2004).

Capítulo 4. El compañerismo con los pacientes

En este capítulo se alterna el uso de los términos TDA y THDA, por cuestiones de simplificación. THDA aparece cuando se menciona específicamente en materiales citados.

¹ G. LeFever, K. Dawson y A. Morrow, «The extent of drug therapy for attention deficit-hyperactivity disorder among children in public schools», *American Journal of Public Health*, vol. 89, 1999, pp. 1359-64.

² Las cifras de esta frase y la anterior proceden de un artículo de Lawrence Diller, véase http://www.healthology.com/focus_article.asp?f=children&b=healthyology&c=adhd_controversy (visitada a 6 de enero de 2005).

³ J. Zito, D. Safer y S. dosReis et al., «Trends in the prescribing of psychotropic medications to preschoolers», *JAMA*, vol. 283, 2000, pp. 1025-30. Los fármacos citados en este capítulo incluyen Ritalin, cuyo nombre genérico es metilfenidato, Adderall con el nombre genérico de anfetamina-detrox-anfetamina, y Strattera con el nombre genérico de atomoxetina HCl.

⁴ «Fundraising and the growth of industry involvement», *Health and Social Campaigner's News* publicado por Patient View, abril de 2004, número 6, <http://www.patient-view.com> (visitada a 16 de noviembre de 2004).

⁵ <http://www.chadd.org/pdfs/chaddincomesources2003.pdf> (visitada a 6 de enero de 2005).

⁶ Entrevista de Johnny Holliday con Ray Moynihan para *BMJ*, 2004.

⁷ S. Timmimi, J. Moncrieff y J. Jureidini, «A critique of the international consensus statement on ADHD», *Clinical Child and Family Psychology Review*, vol. 7, 2004, pp. 59-63; se encuentra en <http://www.critpsynet.freeuk.com/Acritiqueofconsensus.htm> (visitada a 6 de enero de 2005).

⁸ R. Barkley et al., «International consensus statement on ADHD», *Clinical Child and Family Psychology Review*, vol. 5, 2002, pp. 89-111.

⁹ S. Timimi, J. Moncrieff y J. Jureidini, «A Critique of the International Consensus Statement on ADHD», op. cit.

¹⁰ http://consensus.nih.gov/cons/110/110_statement.pdf (visitada a 6 de enero de 2005).

¹¹ La web de CHADD afirma: «No hay respuestas definitivas porque, tal y como ha demostrado la investigación, el TH/ADD tiene una base neurológica muy fuerte».

¹² La historia de Shire se encuentra en <http://www.shire.com/shirepharma/CorporateInformation/history.jsp> (visitada a 6 de enero de 2005). Las presentaciones de Shire en http://www.shire.com/shirepharma/uploads/presentations/MLConf_030204.pdf. La compañía rechazó las propuestas de entrevista para este libro.

¹³ <http://www.pbs.org/wgbh/pages/frontline/shows/medicating/interviews/antosson.html> (visitada a 6 de enero de 2005).

¹⁴ Comunicado de prensa de Shire el 6 de mayo de 2004 sobre el estudio en http://www.biospace.com/news_story.cfm?StoryID=16058620&full=1 (visitada a 6 de enero de 2005).

¹⁵ Comunicado de prensa de Shire, «Aprobación reguladora recibida para ADDERALLXR™ en Canadá, Basingstoke, UK», 3 de febrero de 2004.

¹⁶ http://www.chadd.org/webpage.cfm?cat_id=2&subcat_id=1 (visitada a 6 de enero de 2005).

¹⁷ Ibidem.

¹⁸ <http://www.help4adhd.org/en/about/causes> (visitada a 6 de enero de 2005).

¹⁹ La demanda sobre la medicación se puede visitar en <http://www.help4adhd.org/en/treatment/medical> (visitada a 6 de enero de 2005).

- ²⁰ http://www.chadd.org/webpage.cfm?cat_id=7&subcat_id=38 (visitada a 31 de mayo de 2004).
- ²¹ DEA, «Methylphenidate» (documento informativo), octubre de 1995, p. 4, obtenido del sitio web del Center for Science in the Public Interest, http://www.cspinet.org/integrity/corp_funding.html (visitada a 6 de enero de 2005).
- ²² <http://www.chadd.org/pdfs/chaddincomesources2003.pdf> (visitada a 6 de enero de 2005).
- ²³ Véase nota 12, diapositiva 10 de la presentación.
- ²⁴ Comunicado de prensa de Shire sobre el estudio fechado el 6 de mayo de 2004 en http://www.biospace.com/news_story.cfm?StoryID=16058620&full=1 (visitada a 6 de enero de 2005).
- ²⁵ Visita de Ray Moynihan al Congreso de la APA, 2004.
- ²⁶ Véase nota 12, diapositiva 11.
- ²⁷ http://www.strattera.com/l_5_news/pr072203.pdf (visitada a 6 de enero de 2005). Para estudios más recientes en relación a strattera véase <http://www.fda.gov/bbs/topics/ANSWERS/2004/ANS01335.html> (visitada a 2 de marzo de 2005).
- ²⁸ Este fármaco es un inhibidor selectivo de la recaptación de la norepinefrina.
- ²⁹ Anuncio de Lilly para Strattera, *US News & World report*, 26 de abril de 2004, p. 65 (dos páginas después del artículo).
- ³⁰ http://www.chadd.org/pdfs/preliminary_program_2004.pdf (visitada a 2 de junio de 2004). La presidenta de la conferencia insistió durante sus comentarios finales en el artículo propagandístico de la conferencia de apertura del sitio que el THDA es un trastorno que dura toda la vida.
- ³¹ Ibidem.
- ³² Ibidem.
- ³³ Entrevista de Vince Parry con Cathy Scott para *Selling Sickness*, documental, Paradigm Pictures, 2004.
- ³⁴ Ibidem.
- ³⁵ Ibidem.
- ³⁶ «Living with Adult ADD», portada. *US News & World Report*, 26 de abril de 2004.
- ³⁷ Stephen Spector, directivo de la CHADD.
- ³⁸ «The ties that bind», informe del seminario, Health Action International, 1999. Véase <http://www.haiweb.org> (visitada a 2 de marzo de 2005).
- ³⁹ Teri P. Cox, «Forging alliances, advocacy partners», suplemento del *Pharmaceutical Executive*, Septiembre de 2002, p. 8.
- ⁴⁰ «The ties that bind», op. cit. Una de las consecuencias de que los grupos de pacientes acepten subvenciones de las compañías farmacéuticas es que los periodistas tienden a tratar con pacientes que tienen experiencias positivas con el fármaco de un patrocinador, en lugar de experiencias negativas.
- ⁴¹ Terri P. Cox, «Forging alliances...», op. cit.
- ⁴² Shire expone su altruismo en esta entrevista en <http://www.pbs.org/wgbh/pages/frontline/shows/medicating/interviews/antosson.html> (visitada a 6 de enero de 2005). La compañía rehusó la entrevista para este libro.
- ⁴³ Teri P. Cox, «Forging alliances...», op. cit.
- ⁴⁴ Véase J. Moncrieff, «Is psychiatry for sale?», Institute of Psychiatry, Kings College, London, Paper no. 13, Maudsley discussion papers. Véase también S. Hills, «Drugs and the medicalization of human problems», *Journal of Drug Education*, vol. 7, 1977, pp. 317-22.
- ⁴⁵ S. Hills, ibidem.

⁴⁶ <http://www.docdiller.com> (visitada a 6 de enero de 2005).

⁴⁷ Procedente de un artículo de Diller, hallado en http://www.healthology.com/focus_article.asp?f=children&b=healthology&c=adhd_controversy (visitada a 6 de enero de 2005).

⁴⁸ http://www.healthology.com/focus_article.asp?f=children&b=healthology&c=adhd_controversy (visitada a 6 de enero de 2005).

⁴⁹ Entrevista de Ray Moynihan con el Dr. Oilier.

⁵⁰ http://www.healthology.com/focus_article.asp?f=children&b=healthology&c=adhd_controversy (visitada a 6 de enero de 2005).

⁵¹ El sitio Web de la CHADD dice: «Hoy, los niños y el THDA tienen derecho a los servicios de educación especial o facilidades didácticas en las clases normales cuando lo necesitan, y los adultos con TDHA pueden contar con facilidades en el lugar de trabajo bajo la ley sobre discapacitaciones (Americans with Disabilities Act). »

⁵² H. Searight y A. McLaren, «Attention-deficit hyperactivity disorder: The medicalisation of misbehaviour», *Journal of Clinical psychology in Medical Settings*, vol. 5, 1998, pp. 467-95.

⁵³ Ibidem.

⁵⁴ A. Baumgaertel, M. Wolraich y M. Dietrich, «Comparison of diagnostic criteria for attention deficit disorders in a German elementary school sample», *Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, vol. 34, 1995, pp. 629-38.

⁵⁵ Entrevista de Ray Moynihan con Judith Rapoport. Uno de sus artículos clave era J. Rapoport, M. Buschbaum and T. Zahn et al., «Dextro-amphetamine: its cognitive and behavioural effects in normal prepubertal boys», *Science*, vol. 199, 1978, pp. 560-3.

⁵⁶ H. Searight y A. McLaren, «Attention-Deficit Hyperactivity Disorder...», op. cit.

⁵⁷ <http://www.nihcm.org/spending2001.pdf> (visitada a 6 de enero de 2005).

⁵⁸ <http://www.theledger.com/apps/pbcd.dll/article?AID=/20040517/NEWS/405170381/1039> (visitada a 6 de enero de 2005).

⁵⁹ <http://www.shire.com/shirepharma/NewsAndMedia/PressReleases/show-ShirePress.jsp?ref=343> (visitada a 6 de enero de 2005).

⁶⁰ AMA 23rd Annual Science Reporters Conference, 13-14 de octubre de 2004, Washington D. C.

⁶¹ J. Moncrieff, «Is psychiatry for sale?» op. cit.

⁶² «Fidgets» procede de *Guidebook for Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4^a edición (DSM-IV-TR), American Psychiatric Association, 2000. Véase también H. Searight and A. McLaren, «Attention-deficit hyperactivity disorder...», op. cit.

Capítulo 5. Convertir los riesgos en enfermedades

¹ <http://www.ti.ubc.ca> (visitada a 7 de enero de 2005).

² J. Appel, «The verdict from ALLHAT-thiazide diuretics are the preferred initial therapy for hypertension» (editorial), *JAMA*, vol. 288, 2002, pp. 3039-42. «90 per cent» procede de A. Chobanian, G. Bakris y H. Black et al. «The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: the JNC 7 report», *JAMA*, vol. 289, 2003, pp. 2560-72.

³ Stacey L. Bradford, «Hearty stock», columna de Stockwatch en *Smart Money*, 28 de marzo de 2002. <http://yahoo.smartmoney.com/stockwatcher/index.cfm?story=20020328> (visitada a 4 de agosto de 2004). Véase también IMS Health, «The 'Boom' of the Baby Boomers», http://www.ims-global.com/insight/news_story/0101/news_story_010123.htm (visitada a 24 de agosto de 2004).

⁴ Lo que sigue es reconstrucción aproximada de la presentación estándar basada en la asistencia de Alan Cassels a muchas de estas presentaciones y en repetidos debates con James McCormack y Bob Rangno.

⁵ Esta diapositiva se basa en los datos del siguiente estudio: M. Heikki Frick, O. Elo y K. Haapa et al., «Helsinki Heart Study: primary prevention trial with gemfibrozil in middle-aged men with dyslipidemia, safety of treatment, changes in risk factors, and incidence of coronary heart disease», *New England Journal of Medicine*, vol. 317, 1987, pp. 1237-45.

⁶ R. Moynihan, L. Bero y D. Ross-Degnen et al., «Coverage by the news media of the benefits and risks of medications», *New England Journal of Medicine*, vol. 342, 2000, pp. 1645-50. Véase también A. Cassels, M. Hughes and C. Cole et al., «Drugs in the news: analysis of Canadian newspaper coverage of new prescription drugs», *Canadian Medical Association Journal*, vol. 168, 2003, pp. 1133-7.

⁷ A. Chobanian, G. Barkris and H. Black et al., «The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention...», op. cit.

⁸ Véase la entrevista de Maryanne Napoli del grupo Center for Medical Consumers con el especialista en hipertensión, Dr. Michael Alderman, en agosto de 2003 en <http://www.medicalconsumers.org/pages/Prehypertension.html>

⁹ Ibidem.

¹⁰ Entrevistas de Alan Cassels y Ray Moynihan con Curt Furberg.

¹¹ Entrevista de Alan Cassels con Curt Furberg, 2004.

¹² A. Chobanian, G. Bakris y H. Black et al., «The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention...», op. cit.

¹³ C. Furberg y B. Psaty, «JNC VI: timing is everything», *The Lancet*, vol. 350, 1997, p. 1413.

¹⁴ Comunicados personales de Bruce Psaty a Ray Moynihan.

¹⁵ University of Umea, Suecia, 2004, grado honorífico.

¹⁶ Entrevistas de Alan Cassels y Ray Moynihan con Curt Furberg.

¹⁷ Véase carta en <http://www.uib.no/isf/letter/reply.htm> (visitada a 7 de enero de 2005)

¹⁸ http://www.imshealthcanada.com/htmen/3_1_5.htm (visitada a 7 de enero de 2005).

¹⁹ J. Graves y S. Sheps, «Does evidence-based medicine suggest that physicians should not be measuring blood pressure in the hypertensive patient?» *American Journal Hypertension*, vol. 17, 2004, pp. 354-60.

²⁰ M. Kendrick, «High blood pressure: it's a symptom, not a disease, stupid! Why almost everything written about treating blood pressure is wrong», http://www.redflagweekly.com/kendrick/2003_jan16.php (sitio restringido), 16 de enero de 2003.

²¹ <http://www.americanheart.org/presenter.jhtml?identifier=4609> (visitada a 7 de enero de 2005).

²² M. Kendrick, 21 de mayo de 2004. «Suffer the little children», trabajo fechado en 21 de mayo de 2004, visitado en http://www.redsflagweekly.com/kendrick/2004_may21.php (y la siguiente rita también procede del mismo sitio).

²³ Ibidem.

²⁴ Véase C. Mulrow, E. Chiquette y L. Angel et al., «Dieting to reduce body weight for controlling hypertension in adults», *Cochrane Review From The Cochrane Library*, issue 4, 1998, Chichester, UK; B. Materson, D. Reda y W. Cushman et al., «Single-drug therapy for hypertension in men: a comparison of six antihypertensive agents with placebo», *New England Journal of Medicine*, vol. 328, 1993, pp. 914-21; The Treatment of mild Hypertension Research Group, «The treatment of mild hypertension study: a randomized, placebo-controlled trial of a nutritional-hygienic regimen along with various drug monotherapies», *Archives of Internal Medicine*, vol. 151, 1991, pp. 1413-23; S. Whelton, A. Chin, X. Xin y J. Ha, «Effect of aerobic exercise on blood pressure; a meta-analysis of randomized, controlled trials», *Annals of Internal Medicine*, vol. 136, 2002, pp. 493-503.

²⁵ The ALLHAT Officers and Coordinators for the ALLHAT Collaborative Research Group «Major outcomes in high-risk hypertensive patients randomized to angiotensin-converting enzyme inhibitor or calcium channel blocker vs diuretic», *JAMA*, vol. 288, 2002, pp. 2981-97.

²⁶ Curt Furberg, investigador del ALLHAT, 17 de diciembre de 2002, comentarios en la rueda de prensa, «Release of all results of the antihypertensive and lipid-lowering treatment to prevent heart attack trial: what makes ALLHAT special?», visitada online en <http://www.nhlbi.nih.gov/health/allhat/furberg.htm> (visitada a 7 de enero de 2005).

²⁷ The ALLHAT Officers and Coordinators for the ALLHAT Collaborative Research Group, op. cit.

²⁸ El boletín 47 de Therapeutics Initiative se titula, «The answer: thiazides first line for hypertension», enero-marzo 2003. <http://www.ti.ubc.ca/pages/letter47.htm> (visitada a 7 de enero de 2005). El nombre genérico de Norvasc es amlodipina.

²⁹ Entrevista de Curt Furberg con Alan Cassels. Pfizer rechazó toda propuesta de entrevista para este libro.

³⁰ http://www.ims-global.com/insight/news_story/0403/news_story_040316.htm (visitada a 7 de enero de 2005).

³¹ J. Lenzer, «Marketing: Spin doctors soft pedal data on antihypertensives», *BMJ*, vol. 326, 2003, p. 170.

³² La comunicación por e-mail de Pfizer, 16 de marzo de 2000.

Asunto: R: PPG ANUNCIO-EUROPA-CAMBIOS EN LA ORGANIZACIÓN. «La vi esta mañana en la ACC en la presentación del ALLHAT. Estoy seguro de que completarán la información en la presentación de resultados. ¡La noticia positiva es que son bastante buenos a la hora de enviar a sus médicos importantes de gira en lugar de escuchar como Curt Furberg vapulea a Pfizer de nuevo!»

³³ M. Fischer y J. Avorn, «Economic implications of evidence-based prescribing for hypertension: can be better care cost less?», *JAMA*, vol. 291, 2004, pp. 1850-6.

³⁴ A. Fretheim, M. Aaserud y A. Oxman, «The potential savings of using thiazides as the first choice antihypertensive drugs: cost-minimisation analysis», *BMC Health Serv Res.*, vol. 3, 2003 p. 18, disponible en <http://www.pubmed-central.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=201005> (visitada a 7 de enero de 2005).

³⁵ M. Nelson, J. McNeil y A. Peeters et al., «PBS/RPBS cost implications of trends and guideline recommendations in the pharmacological management of hypertension in Australia, 1994-1998», *Medical Journal of Australia*, vol. 174, 2001, pp. 565-8.

³⁶ A. Chobanian, G. Barris y H. Black et al. «The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention...», op. cit.

³⁷ Véase página 18 del folleto de 32 páginas titulado «Working with religious congregations: a guide for health professionals» por el National Heart, Lung and Blood Institute (NHLBI) en <http://www.nhlbi.nih.gov/health/prof/heart/other/church.pdf>. Esta guía se ha elaborado a partir de los programas demostrativos organizados en iglesias patrocinados por NHLB. Suministra información sobre cómo contactar y reclutar miembros de la congregación, instruir equipos de voluntarios de las congregaciones, realizar programas efectivos de prevención de enfermedades cardiovasculares, mantener el empuje para la actividad continua, y controlar y valorar los programas organizados en la congregación. Publicación NIH Número: 97-4058. Véase también http://hin.nhlbi.nih.gov/nhbpep_kit/hpbs.htm (visitada a 13 de enero de 2005).

³⁸ Malcolm Kendrick, «The new hypertension guidelines: now we are all to be officially ill» (ensayo), 21 de mayo de 2003 en <http://www.thincks.org/Malcolm.htm#hypertens2> (visitada a 7 de enero de 2005).

Capítulo 6. La publicidad de las enfermedades

Los fármacos debatidos en este capítulo tienen nombres distintos según algunos países. Por ejemplo, Paxil es Aropax en Australia y Seroxat en el Reino Unido. El nombre genérico del Paxil es paroxetina. El nombre genérico del Prozac es fluoxetina. El nombre genérico del Zoloft, sertralina. El fármaco llamado Sarafem se usa alternativamente con Prozac a lo largo de este capítulo, ya que ambas son marcas para el mismo fármaco, la fluoxetina.

¹ Mencionado en la decisión europea en <http://www.emea.eu.int/pdfs/human/referral/326303en.pdf> (visitada a 7 de enero de 2005).

² El TDPM queda clasificado como un diagnóstico que requiere un estudio más profundo.

³ Entrevista de Paula Caplan con Cathy Scott para *Selling Sickness*, documental, Paradigm Pictures, 2004.

⁴ Entrevista de Jean Endicott con Ray Moynihan.

⁵ B. Mintzes, «Direct to consumer advertising is medicalising normal human experience (for)», *BMJ*, vol. 324, 2002, pp. 908-11.

⁶ Comunicado personal a Alan Cassels.

⁷ S. Wolfe, «Direct-to-consumer advertising: education or emotion promotion», *New England Journal of Medicine*, vol. 346, 2002, pp. 524-6.

⁸ <http://www.fda.gov/cder/warn/nov2000/dd9523.pdf> (visitada a 7 de enero de 2005).

⁹ A veces, si la información engañosa es excesiva, la FDA solicita la publicación de las correcciones.

¹⁰ S. Woloshin, L. M. Schwartz, J. Tremmel y G. Welch, «Direct to consumer advertisements for prescription drugs: what are Americans being sold?», *The Lancet*, vol. 358, 2001, pp. 1141-6.

¹¹ B. Mintzes, «Direct to consumer advertising...», op. cit.

¹² Entrevista de Barbara Mintzes con Cathy Scott para *Selling Sickness*, documental, op. cit.

¹³ Entrevista de Barbara Mintzes con Ray Moynihan, 2004.

¹⁴ Véase capítulo 2.

¹⁵ Entrevista de Barbara Mintzes con Cathy Scott, op. cit.

¹⁶ Entrevista de Jean Endicott con Ray Moynihan, 2004.

¹⁷ B. Mintzes, M. Barer y R. Kravitz et al., «Influence of direct to consumer pharmaceutical advertising and patients' requests on prescribing decisions: two site cross sectional survey», *BMJ*, vol. 324, 2002, pp. 278-9.

¹⁸ S. Bonaccorso y J. Sturchio, «Direct to consumer advertising is medicalising normal human experience», *BMJ*, vol. 324, 2002, pp. 910-11.

¹⁹ O. Schoffski, «Diffusion of medicines in Europe» en <http://www.gm.wiso.uni-erlangen.de/> (visitada a 7 de enero de 2005).

²⁰ A. Liberati y N. Magrini, «Information from drug companies and opinion leaders», *BMJ*, vol. 326, 2003, pp. 1156-7.

²¹ «Providing prescription medicine information to consumers: Is there a role for direct-to-consumer promotion?», informe del simposio, Health Action International Europe 2002, p. 12. Véase www.haiweb.org/campaign/DTCA/2002_symposium_report.pdf (visitada a 13 de enero de 2005).

²² Mencionado en la decisión europea en <http://www.emea.eu.int/pdfs/human/referral/326303en.pdf> (visitada a 7 de enero de 2005). Véase también R. Moynihan, «Controversial disease dropped from Prozac product information», *BMJ*, vol. 328, 2004, p. 365.

²³ J. Chrisler y P. Caplan, «The strange case of Dr Jekyll and Ms Hyde: how PMS became a cultural phenomenon and a psychiatric disorder», *Annual Review of Sex Research*, vol. 13, 2002, pp. 274-306.

²⁴ R. Spitzer, S. Severino, J. Williams y B. Parry, «Late luteal phase dysphoric disorder and DSM-111-R», *American Journal of Psychiatry*, vol. 146, 1989, pp. 892-7.

²⁵ Entrevista de Robert Spitzer con Ray Moynihan.

²⁶ Spitzer escribió que la posibilidad de realizar tal investigación era la motivación principal para la creación de este nuevo trastorno mental: «Los criterios de diagnóstico fomentan la investigación, tal y como puede verse a través de la creciente investigación sobre los trastornos afectivos tras desarrollar criterios de diagnóstico para las enfermedades afectivas (p. ej. depresión, trastorno de ansiedad social). Por todas estas razones, los miembros del comité consultivo, muchos de los cuales son investigadores activos en este área, estaban tan entusiasmados a la hora de desarrollar los criterios de diagnóstico para el LLPDD que se incluiría en el DSM III-R». De R. Spitzer, S. Severino, J. Williams y B. Parry, «Late luteal phase dysphoric disorder...», op. cit.

²⁷ Ibidem.

²⁸ Este párrafo está basado en las entrevistas de Ray Moynihan con Sally Severino.

²⁹ Ibidem.

³⁰ Jean Endicott explicó a Ray Moynihan que Lilly ayudó a financiar la reunión, pero la compañía rechazó responder a preguntas al respecto. Véase también J. Endicott, J. Amsterdam y E. Eriksson et al., «Is Premenstrual Dysphoric Disorder a distinct clinical entity?», *Journal of Women's Health and Gender Based Medicine*, vol. 8, 1999, pp. 663-79.

³¹ D. Healy, *Let Them Eat Prozac*, James Lorimer & Company Ltd, Toronto, 2003.

³² Entrevista de Jean Endicott con Ray Moynihan.

³³ J. Endicott, J. Amsterdam y E. Eriksson et al., «Is Premenstrual Dysphoric Disorder a distinct clinical entity?», op. cit.

³⁴ V. Parry «The art of branding a condition», *MM&M*, mayo 2003, pp. 23-9.

³⁵ Ibidem.

³⁶ Entrevista de Vince Parry con Cathy Scott para *Selling Sickness*, documental, op. cit. La parte de esta entrevista justo anterior a la cita en el texto es: «¿Cómo se pone en relación con los pacientes? Se obtiene el perfil de los pacientes que se han identificado y se los somete a una situación de investigación. Se los incluye en un grupo donde tal vez haya una docena de individuos de este tipo y se los somete a distintos conceptos, por ejemplo, nombres distintos, distintos colores, distintas opciones de embalaje, diferentes series de mensajes acerca de cómo hablar del tema. Y no únicamente del nombre en sí, sino también sobre la nomenclatura usada o sobre el lenguaje que apoya el nombre, el nombre de la enfermedad. A medida que se avanza y se examina esto con el paciente, se descubre que revelan con qué se sienten más cómodos, un nombre que identifican y qué asocian con ese nombre. El nombre tiene una cierta personalidad con la que se identifican. Así que incluso la presentación, el nombre de Sarafem tiene una resonancia muy femenina. Tiene una calidad suavizante, muy tranquilizadora, que es lo que andaban buscando y tiñeron la pastilla de color violeta porque ése es el color que atrae a las mujeres. De entre todos los colores que les mostraron, creyeron que éste era algo inusual, sólo para ellas». Asimismo, durante la época del lanzamiento de Sarafem, la empresa de marketing asociada a Lilly comunicó a la prensa que la compañía había hecho sus deberes, tal y como acaba de explicar Parry. «Hemos consultado a mujeres y a médicos acerca de la opción de tratamiento con identidad propia que diferenciaría el TDPM de la depresión. Querían una opción de tratamiento con identidad propia.» Véase esta cita en <http://www.antidepressantsfacts.com/misleading-medicine.htm> (visitada a 7 de enero de 2005).

³⁷ <http://www.fda.gov/cder/warn/nov2000/dd9523.pdf> (visitada a 7 de enero de 2005).

³⁸ Entrevistas de Barbara Mintzes con Cathy Scott para *Selling Sickness*, documental, op. cit.

- ³⁹ Entrevista de Paula Caplan con Cathy Scott para *Selling Sickness*, documental, op. cit.
- ⁴⁰ Ibidem. También J. Chrisler y P. Caplan, «The strange case of Dr Jekyll and Ms Hyde», op. cit.
- ⁴¹ <http://www.emea.eu.int/pdfs/human/referral/326303en.pdf> (visitada a 7 de enero de 2005).
- ⁴² Todo este párrafo procede de R. Moynihan, «Controversial disease dropped from Prozac...», op. cit.
- ⁴³ US General Accounting Office, «Prescription drugs: FDA oversight of direct-to-consumer advertising has limitations», Pub Number GAO-03-177 (Washington GAO, 2002). Véase también H. Waxman, «Perspective, health affair», 28 de abril de 2004 en <http://content.healthaffairs.org/cgi/reprint/hlthaff.w4.246vI.pdf> (visitada a 7 de enero de 2005).
- ⁴⁴ http://www.paxilcr.com/pmdd/PMDD_Medication.html (visitada a 26 de mayo de 2004).
- ⁴⁵ El opúsculo con la información oficial del Paxil advierte ahora de que «puede haber efectos secundarios derivados del cese de la medicación... incluyendo mareos, alteraciones sensoriales (con sensaciones de choque eléctrico inclusive), sueños anormales, agitación, ansiedad, náuseas y sudores». http://www.paxilcr.com/pmdd/important_safety_info.html (visitada a 26 de mayo de 2004). Otros efectos secundarios incluyen infección, náuseas, diarrea, sequedad de boca, estreñimiento, inapetencia, mareos, sudores, temblores, efectos colaterales sexuales, heridas, bostezos, astenia, insomnio, visión anormal y somnolencia.

Capítulo 7. Moldeando la percepción del público

Nota general para este capítulo: de entre los antidepresivos ISRS, únicamente el Prozac fue aprobado para uso en niños en Estados Unidos. En Australia, el ente regulador había desaconsejado el uso del Aropax para este grupo de pacientes.

¹ Entrevista de Deborah Olguin con Cathy Scott para *Selling Sickness*, documentary, Paradigm Pictures, 2004.

² Ibidem.

³ El «uno de cada ocho» procede del folleto de diciembre de 1998, llamado «Social Anxiety Disorder: it's more than just shyness», producido por SmithKline-Beecham. En ese momento, la compañía se llamaba SmithKline Beecham. Sería absorbida por GSK en 2000.

⁴ <http://www.cohnwolfe.com>

⁵ <http://www.cohnwolfe.com/Content.aspx?Nodet=12> (visitada a 7 de enero de 2005).

⁶ <http://www.wpp.com> (visitada a 7 de enero de 2005). En el momento de redactar este libro, el WPP Group incluía muchas otras empresas de relaciones públicas especializadas en asistencia médica aparte de Cohn & Wolfe, incluyendo Hill & Knowlton, Ogilvy y Burson-Marsteller.

⁷ Este capítulo tiene una gran deuda con B. Koerner, «Disorders made to order: pharmaceutical companies have come up with a new strategy to market their drugs; first go out and find a new mental illness, then push the pills to cure it», *Mother Jones*, vol. 27. 2002.

⁸ Gracias al cuidadoso trabajo de varios periodistas de investigación, el mundo ha aprendido lo que conllevaba el cultivo de este mercado. Algunos de los artículos más importantes son: B. Koerner, «Disorders made to order...», op. cit.; M. Cottle, «Selling Shyness», *New Republic*, 2 agosto 1999; y S. Vedantam, «Drug ads hyping anxiety make some uneasy», *Washington Post*, lunes, 16 julio 2001, p. A01. Asimismo, los objetivos y logros de la campaña se pueden consultar en la web en <http://members.fortunecity.com/partnersinwellness/id23.htm> (visitada a 7 de enero de 2005).

⁹ <http://members.fortunecity.com/partnersinwellness/id23.htm> (visitada a 7 de enero de 2005).

¹⁰ Todo este párrafo procede de B. Koerner, «Disorders made to order...», op. cit. Según el artículo de Koerner, la coalición estaba formada por la American Psychiatric Association (APA), la Anxiety Disorders Association of America (ADAA) y otro grupo de defensa de pacientes llamado Freedom From Fear (FFF). Un portavoz de FFF apareció en *Selling Sickness*, el documental, diciendo que el grupo contaba con el dinero de las compañías farmacéuticas, el ADAA tiene un comité consultivo compuesto de representantes de compañías farmacéuticas, y la convención de la APA cuenta con el patrocinio de la industria.

¹¹ <http://members.fortunecity.com/partnersinwellness/id23.htm> (visitada a 7 de enero de 2005).

¹² <http://www.pslgroup.com/dg/fd072.htm> (visitada a 7 de enero de 2005).

¹³ Entrevista de Murray Stein con Cathy Scott para *Selling Sickness*, documental, op. cit.

¹⁴ Comunicado personal de Murray Stein con Ray Moynihan, 2004.

¹⁵ «Health Academy», *E-News* 2001 (Public Relations Society of America). Véase <http://www.healthacademy.prsa.org/images/Jan%202001%20eNews.pdf> (visitada a 7 de enero de 2005).

¹⁶ R. Moynihan, «Making medical journalism healthier», *The Lancet*, vol. 361, 2003, p. 2097.

¹⁷ Entrevista de Deborah Olguin con Cathy Scott para *Selling Sickness*, documental, op. cit.

¹⁸ www.socialaudiot.org.uk (visitada a 7 de enero de 2005).

¹⁹ Véase Charles Medawar y Anita Hardon, *Medicine Out of Control*, Asksant, Amsterdam, 2004, p. 205.

- ²⁰ P. du Toit y D. Stein, «Social anxiety disorder», in *Anxiety Disorders*, (eds) D. Nutt and J. Ballenger, Blackwell Publishers, Malden, Massachusetts, 2003, p. 107.
- ²¹ ICD-10, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1992. Éste es el catálogo internacional de trastornos mentales producido por la Organización Mundial de la Salud.
- ²² *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4ª ed., texto revisado (DSM-IV-TR), American Psychiatric Association, 2000.
- ²³ Entrevista de Ray Moynihan con David Baldwin.
- ²⁴ ICD-10, op. cit. El ICD afirma claramente que para diagnosticar ansiedad social en una persona «eludir la situación que genera ansiedad debe ser un rasgo destacado».
- ²⁵ El folleto de diciembre de 1998 «Social Anxiety Disorder», op. cit., sugiere que este trastorno consiste en «miedo», no en evitarlo. Y la p. 456 del DSM-IV-TR, op. cit., afirma que «Las temidas situaciones sociales se evitan o bien se soportan con intenso estrés o ansiedad».
- ²⁶ Entrevista de Vince Parry con Cathy Scott para *Selling Sickness*, documental, op. cit.
- ²⁷ Véase el importante folleto de B. Mintzes, «Blurring the boundaries», producido por Health Action International, 1998.
- ²⁸ Entrevista de Vince Parry con Cathy Scott para *Selling Sickness*, documental, op. cit.
- ²⁹ R. Moynihan, I. Health y D. Henry, «Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering», *BMJ*, vol. 324, 2002, pp. 886-91. El nombre genérico de Aurorix es moclobemida.
- ³⁰ *Ibidem*.
- ³¹ *Ibidem*. Véase también R. Moynihan «Drug hype disease as sales ploy, industry chief claims», *BMJ*, vol. 324, 2002, p. 867.
- ³² David Healy calcula que menos del 1 por ciento. El 16 por ciento se cita en P. de Toit y D. Stein, «Social anxiety disorder», op. cit.
- ³³ M. Liebowitz, J. Gorman, A. Fyer y D. Klein, «Social phobia, review of a neglected anxiety disorder», *Archives of General Psychiatry*, vol. 42, 1985, pp. 729-36.
- ³⁴ R. Kessler, K. McGonagle y S. Zhao et al., «Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey», *Archives of General Psychiatry*, vol. 51, 1994, enero, pp. 8-19.
- ³⁵ «Social Anxiety Disorder...», folleto, op. cit.
- ³⁶ W. Narrow, D. Rae, L. Robins y D. Regier, «Revised prevalence estimates of mental disorders in the United States», *Archives of General Psychiatry*, vol. 59, 2002, pp. 115-23.
- ³⁷ Cálculo de David Healy.
- ³⁸ Entrevista de William Narrow con Ray Moynihan.
- ³⁹ Esto es lo que Ricky le dijo a Oprah.
- ⁴⁰ R. Moynihan, «Celebrity selling 2», *BMJ*, vol. 325, 2002, p. 286.
- ⁴¹ http://www.ims-global.com/insight/news_story/0302/news_story/030228.htm (visitada a 7 de enero de 2005).
- ⁴² R. Moynihan, «Celebrity selling 2», op. cit.
- ⁴³ *Ibidem*.
- ⁴⁴ http://quickstart.clari.net/qs_se/webnews/wed/by/W058787.RY5t_DOH.html (visitada a 7 de enero de 2005). Si desea concertar una entrevista con Ricky Williams, puede intentar ponerse en contacto con la persona que aparece al final del comunicado de prensa en Cohn & Wolfe en Nueva York, 212 798-9521. Cohn & Wolfe no accedieron a responder a preguntas para este libro.
- ⁴⁵ Entrevista de Karen Barth Menzies con Cathy Scott para *Selling Sickness*, documental, op. cit.

⁴⁶ Entrevista de David Healy con Cathy Scott para *Selling Sickness*, documental, op. cit., y entrevistas de Ray Moynihan con David Healy.

⁴⁷ Ibidem.

⁴⁸ R. Moynihan, «FDA advisory panel calls for suicide warnings over new antidepressants», *BMJ*, vol. 328, 2004, p. 303. Véase también T. Laughren, «Background comments for February 2, 2004 meeting of Psychopharmacological Drugs Advisory Committee (PDAC) and Pediatric Subcommittee of the Anti-Infective Drugs Advisory Committee (Peds AC)», Department of Health and Human Services, Food and Drug Administration, Center for Drug Evaluation and Research memo.

⁴⁹ Ibidem.

⁵⁰ T. Moore, «Medical Use of Antidepressant Drugs in Children and Adults», Drug Safety Research, información especial, 26 enero 2004. Este material se usó como prueba durante una sesión de febrero de 2004 de un comité consultivo de la FDA.

⁵¹ R. Moynihan, «FDA advisory panel calls for suicide warnings...» op. cit.

⁵² http://www.oag.state.ny.us/press/2004/jun/jun2b_04_attachI.pdf (visitada a 7 de enero de 2005).

⁵³ www.gsk.com (visitada a 7 de enero de 2005). Véase nuevas publicaciones, 26 de agosto de 2004.

⁵⁴ http://www.oag.state.ny.ua/press/2004/aug/aug26a_04_attachI.pdf (visitada a 7 de enero de 2005)

⁵⁵ E. Silverman, «Sales reps told not to divulge Paxil data. Drug maker memo cited risks to youth», *NJ Star Ledger*, miércoles, 29 de septiembre de 2004. El periódico consiguió un memorando interno de GlaxoSmithKline que se distribuyó a los agentes comerciales de la compañía. El memorando les aconseja no hablar sobre los riesgos de suicidio de Paxil/Seroxat con los médicos. El título del memorando: CARTA DE INFORMACIÓN MÉDICA REVISADA SOBRE EL USO DE PAXIL EN PACIENTES PEDIÁTRICOS.

⁵⁶ K. Dickerson y D. Rennie, «Registering clinical trials», *JAMA*, vol. 290, 2003, pp. 516-23.

⁵⁷ Septiembre de 2002, suplemento del *Pharmaceutical Executive*.

⁵⁸ «Social Anxiety Disorder...», folleto, op. cit.

⁵⁹ W. Crozier y L. Alden (eds), *International Handbook of Social Anxiety*, Wiley, Chichester, England, 2001, p. 4.

⁶⁰ R. Evans, M. Barer y T. Marmor (eds), *Why are some people healthy and other's not?*, Aldine De Gruyter, Hawthorne, New York, 1994.

Capítulo 8. La evaluación del mercado

¹ Entrevista de Alan Cassels con Wendy Armstrong. La cita es tal y como se transmitió a Wendy, por ello es sólo aproximada.

² A. Kazanjian, C. Green y K. Bassett, «Normal bone mass, aging bodies, marketing of fear: bone mineral density screening of well women», British Columbia, presentación durante la 93 reunión anual de la American Sociological Association, celebrada en San Francisco, 21-25 de agosto de 1998.

³ Véase J. Steven's y S. Olson, «Reducing falls and resulting hip fractures among older women», National Center for Injury Prevention y Control Division of Unintentional Injury Prevention en <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr4902a2.htm> (visitada a 8 de enero de 2005). Ésta es una de las muchas publicaciones sobre la prevención de caídas.

⁴ <http://www.drugs.com/top200sales.html> (visitada a 8 de enero de 2005). El nombre genérico del Fosamax es alendronato.

⁵ Entrevista de Alan Cassels para el programa *Manufacturing Patients* producido por CBC IDEAS el 4 y 11 de febrero de 2003. Esta entrevista se celebró en la oficina neoyorquina de Ogilvy Public Relations en noviembre de 2002.

⁶ G. Freiherr, «Strategic alliances: product promotion strategy links drugs and devices», *Medical Device & Diagnostic Industry*, noviembre 1995. Visitada online en <http://www.devicelink.com/mddi/archive/95/11/004.html> (visitada a 8 de agosto de 2004).

⁷ Ibidem.

⁸ Informe de un grupo de estudio de la OMS, «Assessment of fracture risk and its application to screening for postmenopausal osteoporosis», WHO technical report series 843, Geneva, 1994.

⁹ Ibidem.

¹⁰ Estas cifras proceden del sitio web de Fast Fact National Osteoporosis Foundation en <http://www.nof.org/osteporosis/diseasefacts.htm> (visitada a 3 de marzo de 2005).

¹¹ Basado en entrevistas de Ray Moynihan con David Henry y de material procedentes de entrevistas de R. Moynihan con David Henry y de material de R. Moynihan, *Too Much Medicine?*, ABC Books, Sydney, 1998.

¹² Estos siete mercados fueron: Estados Unidos, Canadá, Reino Unido, Francia, Italia, Alemania y España. Procede del informe anual de 2003 de Merck. Véase http://www.merck.com/finance/annualreport/ar2003/driving_growth (visitada a 27 de agosto de 2004).

¹³ Cifras de Wendy Armstrong.

¹⁴ N. Fitt, S. Mitchell y A. Cranney et al., «Influence of bone densitometry results on the treatment of osteoporosis», *CMAJ*, vol. 164, 2001, pp. 777-81.

¹⁵ Artículo del Lead Discovery, «Osteoporosis: R&D innovations to drive growth in osteoporosis market», 4 mayo 2004, en <http://www.leaddiscovery.co.uk/target-discovery/abstracts/TU%20Osteoporosis%20-%20R&D%20innovations%20to%20drive%20growth%20in%20osteoporosis%20market.html> (visitada a 27 de agosto de 2004).

¹⁶ C. J. Green, K. Bassett, V. Foerster y A. Kazanjian, «Bone mineral density testing: does the evidence support its selective use in well women?», British Columbia Office of Health Technology Assessment report no. 97: 2T, University of British Columbia, Vancouver, 1997.

¹⁷ C. De Laet, B. van Hout, H. Burger, A. Hofman y H. Pols, «Bone density and risk of hip fracture in men and women: cross sectional analysis», *BMJ*, vol. 315, 1997, pp. 221-5.

- ¹⁸ T. Wilkin, «Changing perceptions in osteoporosis», *BMJ*, vol. 318, 1999, pp. 862-5. Véase también el comentario crítico adjunto de este artículo: R. Eastell, «Bone density can be used to assess fracture risk», *BMJ*, vol. 318, 1999, p. 865.
- ¹⁹ Servicio especial en el *New England Journal of Medicine* sobre disclosures fallidas en <http://content.nejm.org/cgi/content/full/342/8/586> (visitada a 8 de enero de 2004). Revela que en conexión con un artículo de 1998 aparecido en *New England Journal of Medicine*, el Dr. Eastell recibió premios y sirvió de asesor para Eli Lilly, Procter & Gamble, Novartis y SmithKline Beecham Pharmaceuticals.
- ²⁰ Entrevista de Alan Cassels con Brian Lentle.
- ²¹ C. Green, A. Kazanjian and D. Helmer, «Informing, advising, or persuading? An assessment of bone mineral density testing information from consumer health websites», *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, vol. 20, 2004, pp. 156-66.
- ²² A. Cheung y J. Feightner, «Seeking clarification of osteoporosis guidelines», *CMJA*, vol. 171, 2004, pp. 1022-3 en <http://www.cmaj.ca/cgi/content/full/171/9/1022-b?etoc> (visitada a 8 de enero de 2005)
- ²³ A. Cheung, D. Feig y M. Kapral et al., «Prevention of osteoporosis and osteoporosis fractures in postmenopausal women: recommendation statement from the Canadian Task Force on Preventative Health Care», *CMAJ*, vol. 170, 2004, pp. 1665-7.
- ²⁴ K. Bassett, «On trying to stop the measurement of bone density to sell drugs: tribute to a friend», <http://www.chspr.ubc.ca/misc/12thHPconf.pdf> (visitada a 13 de enero de 2005).
- ²⁵ Entrevista de Alan Cassels con Kym White.
- ²⁶ Véase http://www.osteofound.org/member_societies/society.php?id=61 (visitada a 8 de enero de 2005).
- ²⁷ «On-Board PR» ganó un premio por divulgar su campaña «Osteoporosis: conoce a tu enemigo» en la Polonia rural. Notificado en el Golden World Awards online en <http://www.ipra.org/services/gala/0154%20GWA%20vI.pdf> (visitada a 8 de enero de 2005).
- ²⁸ Wendy Armstrong, comunicación personal con Alan Cassels.
- ²⁹ *Health*, junio 2003, pp. 80-90, publicado en Birmingham, Alabama, pero disponible a nivel mundial.
- ³⁰ D. Black, S. Cummings y D. Carp et al., «Randomised trial of effect of alendronate on risk of fracture in women with existing vertebral fracture», *The Lancet*, vol. 342, 1996, pp. 1535-41.
- ³¹ R. Moynihan, L. Bero y D. Ross-Degnan et al., «Converge by the news media of the benefits and risks of medications», *New England Journal of Medicine*, vol. 342, 2000, pp. 1645-50.
- ³² Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators, «Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy menopausal women», *JAMA*, vol. 288, pp. 321-33.
- ³³ <http://emc.medicines.org.uk/> (visitada a 8 de enero de 2005).
- ³⁴ «Postmarket adverse drug experiences: top 10 suspect drugs 1996 (US data)», Surveillance and Data Processing Branch Division of Pharmacovigilance and Epidemiology, Office of Epidemiology and Biostatistics Center for Drug Evaluation and Research Food and Drug Administration, 30 octubre 1997.
- ³⁵ Comunicado personal, portavoz de Merck y Alan Cassels.
- ³⁶ Algunas referencias generales en este área incluyen L. Gillespie, W. Gillespie y M. Roberston et al., «Interventions for preventing falls in elderly people», The Cochrane Database of Systematic Reviews, The Cochrane Library, Issue 4, 2003, Chichester, UK, John Wiley & Sons, Ltd; A. Friedlander, H. Genant y S. Sadowsky et al., «A two-year program of aerobics and weight training enhances bone mineral density of young women», *Journal of Bone Mineral Research*, vol. 10, 1995, pp. 574-85; G. Dalsky, K. Stocke y A. Ehsani et al. «Weight-bearing exercise training and lumbar bone mineral

content in postmenopausal women», *Annals of Internal Medicine*, vol. 108, 1988, pp. 824-8; M. Nelson, M. Fiatarone y C. Morganti et al., «Effects of high-intensity strength training on multiple risk factors for osteoporotic fractures», *JAMA*, vol. 272, 1994, pp. 1909-14; E. Gregg, J. Cauley and D. Seeley et al., «Physical activity and osteoporotic fracture risk in older women», *Annals of Internal Medicine*, vol. 129, 1998, pp. 81-8.

³⁷ Entrevista de Allan Cassels con Ken Bassett.

³⁸ Ibidem.

³⁹ Entrevista de Alan Cassels con Wendy Armstrong.

⁴⁰ http://www.bioportfolio.com/news/datamonitor_63.htm (8 enero 2004).

⁴¹ GeneWatch UK, «Barcode babies: good for health», briefing no. 27, agosto 2004, en <http://www.genewatch.org/Publications/Briefs/brief27.PDF> (visitada a 24 de agosto de 2004)

⁴² Wendy Armstrong, notas de conferencia, «Early assessment of health technologies: do the risks justify the benefits?». Ella representaba la Consumers' Association of Canada cuando hizo esta presentación en el simposio del Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment, oct. 2000, Ottawa.

Capítulo 9. La doma de los organismos de control

Gran parte del contenido de este capítulo está basado en R. Moynihan, «Alosetron: a case study in regulatory capture, or a victory for patients' rights?», *BMJ*, vol. 325, 2002, pp. 592-5.

¹ El nombre genérico del Lotronex es alosetrón.

² M. Camilleri, A. Northcutt y S. Kong et al., «Efficacy and safety of alosetron in women with irritable bowel syndrome: a randomised, placebo-controlled trial», *The Lancet*, vol. 335, 2000, pp. 1035-40.

³ La compañía farmacéutica GSK empezaba a formarse, mediante una fusión, en 2000.

⁴ La cifra «una de cada cinco» procede de http://www.prdomain.com/companies/n/novartis/news_releases/200203mar/pr20020304.htm (visitada a 8 de enero de 2005). El número «45 millones» procede del International Foundation for Functional Gastrointestinal Disorders, comunicado de prensa fechado el 7 de noviembre de 2002, de Nancy Norton.

⁵ Información del Lotronex procedente de la carta «Querido pariente con SII», CDER en la Food and Drug Administration, 23 de enero de 2002. La carta habla de efectos secundarios «mortales».

⁶ El material de riesgo procede de K. Uhi, Z. Li, A. Mackey y P. Stolley, «Memorandum from Food and Drug Administration, Subject: NDA 21-107: Lotronex (alosetron) safety & risk management summary», 16 noviembre 2000 (PID number #D000674). Véase también R. Moynihan, «Alosetron...», op. cit.

⁷ Véase <http://www.fda.gov/bbs/topics/NEWS/2002/NEW00814.html> (visitada a 8 de enero de 2005), que afirma que menos del 5 por ciento del SII se considera grave, y R. Moynihan, «Alosetron...», op. cit.

⁸ Comunicados personales de un portavoz de TGA a Ray Moynihan, 2004. Para otros países, véase J. Abraham, D. Bardelay, C. Kopp, et al., «Making regulation responsive to commercial interests: streamlining industry watchdogs», *BMJ*, vol. 325, 2002, pp. 1164-9.

⁹ Comentarios de la Dra. Michelle Brill-Edwards, que trabajó para Health Canada durante 15 años.

¹⁰ <http://www.cbsnews.com/stories/2004/12/07/health/main659529.shtml> (visitada a 3 de marzo de 2005). La rita continúa «... contra otro Vioxx que es una referencia al escándalo en curso acerca de los fármacos para la artritis COX-II».

¹¹ E. Barehenn, P. Lurie y S. Wolfe, «Alosetron for Irritable Bowel Syndrome», carta, *The Lancet*, vol. 356, 2000, p. 2009.

¹² K. Uhi, Z. Li, A. Mackey y P. Stolley, «Memorandum from Food and Drug Administration...», op. cit. Véase también R. Moynihan, «Alosetron...», op. cit.

¹³ R. Moynihan, «Alosetron...», op. cit.

¹⁴ Ibidem.

¹⁵ Ibidem. Otras citas de este capítulo de Stolley y Woodcock proceden de este artículo de *BMJ*, y R. Moynihan, «FDA advisers warn of more deaths if drug is relaunched», *BMJ*, vol. 325, 2002, p. 561.

¹⁶ R. Moynihan, «Alosetron...», op. cit.

¹⁷ En un e-mail, una funcionaria de la FDA informa sobre la conversación que mantuvo con un ejecutivo de GSK acerca de la siguiente reunión del comité consultivo. «Le dije que trabajaríamos con ellos a la hora de programar agendas y preguntas.» Procede de D. William, «FDA moving to revive deadly drug: agency director works with manufacturer to bring back Lotronex despite fatalities», *Los Angeles Times*, 30 de mayo de 2001.

¹⁸ R. Moynihan, «Alosetron...», op. cit.

¹⁹ R. Moynihan, «FDA advisers warn...» op. cit.

²⁰ Ibidem.

²¹ D. Willman, «How a new policy lead to seven deadly drugs», *Los Angeles Times*, 20 diciembre 2000, y R. Horton, «Lotronex and FDA a fatal erosion of integrity», *The Lancet*, vol. 357, 2001, pp. 1544-5.

²² R. Moynihan, «Alosetron...», op. cit.

²³ D. Willman, «How a new policy...», op. cit.

²⁴ R. Horton, «Lotronex and the FDA...», op. cit.

²⁵ Un extracto más extenso de un e-mail publicado en *The Lancet*, vol. 358, 4 de agosto de 2001, dice: Acabo de hablar con Tachi Yamada (un empleado de alto nivel de Glaxo). Quería continuar nuestra conversación del otro día.

Han hablado sobre la reunión del Comité Consultivo y tienen algunas objeciones: 1. que sería un circo mediático y 2. que es posible que los asesores no estén de acuerdo con lo que hemos negociado y tengamos que volver al punto 1, y 3. que ralentizaría las cosas.

Le he dicho que estamos acostumbrados a 1 y que está bien, podemos afrontarlo, y que sería mejor hacerlo de esta manera en lugar de anunciarlo solamente. Le he dicho que el punto 2 es un verdadero inconveniente y tenemos que considerar los pros y contras. En cuanto al punto 3, le he dicho que se puede hacer rápidamente.

Me pidió que pensáramos en sus inquietudes y si todavía queríamos una reunión, que lo llamemos. Parecía estar de acuerdo con una reunión, un poco preocupado.

²⁶ M. Lievre, «Alosetron for irritable bowel syndrome», *BMJ*, vol. 325, 2002, pp. 555-6.

²⁷ <http://www.antidepressantsfacts.com/2004-09-10-members-congress-blast-FDA.htm> (visitada a 8 de enero de 2005).

²⁸ Respuesta rápida de GSK al artículo de *BMJ* con la entrevista a Stolley en <http://bmj.bmjournals.com/cgi/eletters/235/7364/592#26347> (visitada a 15 de enero de 2005).

²⁹ <http://www.citizen.org/publications/release.cfm?ID=7104> (visitada a 10 de enero de 2005).

³⁰ R. Horton, *The Lancet* (carta), vol. 358, 4 de agosto de 2001.

³¹ Las tres reuniones de los comités consultivos de la FDA están como notas al pie en R. Moynihan, «Alosetron...», op. cit.

³² Comunicado de prensa de Novartis sobre Zelnorm, 24 de julio de 2002.

³³ R. Moynihan, «Alosetron...», op. cit.

³⁴ La serie de estimaciones procede de las transcripciones, y el 5 por ciento de gravedad proviene de un documento de la FDA en <http://www.fda.gov/bbs/topics/NEWS/2002/NEW00814.html> (visitada a 8 de enero de 2005).

³⁵ J. Shapiro, «A pill turned bitter: how a quest for blockbuster drug went fatally wrong», *US News and World Report*, vol. 129, 2000, p. 54.

³⁶ <http://www.aboutibs.org/Publications/Zelnormtestimony2000.html> (visitada a 8 de enero de 2005).

³⁷ R. Moynihan, «Celebrity selling', *BMJ*, vol. 324, 2002, p. 1342.

³⁸ Ibidem.

³⁹ R. Moynihan, I. Hath y D. Henry, «Selling Sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering», *BMJ*, vol. 324, 2002, pp. 886-91.

⁴⁰ Recogido directamente del borrador del programa «educativo» filtrado a los médicos.

⁴¹ El nombre genérico de Zelnorm es tegaserod maleate, los anuncios de los estómagos están en <http://www.zelnorm.com/index.jsp?checked=y> (visitada a 3 de marzo de 2005).

⁴² Anuncio de Novartis, *New York Times*, 23 de diciembre de 2002, p. A15.

⁴³ Public Citizen, «Letter to the FDA urging that it not approve tegaserod...», HRG Publication, no. 1561, 22 de marzo de 2001. Novartis no respondió a la pregunta sobre la carta de Public Citizen.

⁴⁴ <http://www.fda.gov/cder/warn/2003/11577.pdf> (visitada a 8 de enero de 2005).

⁴⁵ Ibidem.

⁴⁶ <http://uk.biz.yahoo.com/040315/241/eomg5.html> (visitada a 8 de enero de 2005).

⁴⁷ La información suministrada en la última reunión consultiva de la FDA en 2004 sobre el Lotronex está en http://www.fda.gov/ohrms/dockets/ac/04/briefing/2004-4040B1_20_FDA-Tab-5.pdf. En pocas palabras, parece que las restricciones sobre prescripciones aprobadas por la FDA en 2002 pueden estar funcionando en términos de minimizar riesgos para la salud, pero según las pruebas disponibles desde la FDA, presentadas para esta reunión en 2004, es demasiado pronto para hablar, y podría haber fallos en el sistema.

Capítulo 10. La subversión de las ventas

Este capítulo recurre sustancialmente al material de R. Moynihan, «The making of a disease: female sexual dysfunction», *BMJ*, vol. 326, 2003, pp. 45-7. Cualquier cita o hecho no referenciado directamente en este capítulo se apoya en este artículo como fuente.

¹ Segundo Debate Internacional sobre Trastornos Eréctiles y Sexuales, París, 28 de junio -1 de julio de 2003. La primera reunión se celebró en París en 1999.

² R. Moynihan, «The making of a disease...», op. cit.

³ La moción del debate fue «¿Es la disfunción sexual femenina un montaje de marketing de la industria farmacéutica?» El debate, patrocinado a través de una beca de estudios sin restricciones de Pfizer, se celebró el lunes 30 de junio de 2003 en la Blue Room, Palais des Congrès, París.

⁴ <http://www.fsd-alert.org> (visitada a 16 de enero de 2005).

⁵ R. Moynihan, «The making of a disease...», op. cit.

⁶ J. Coe, «The lifestyle drugs outlook to 2008, unlocking new value in well-being», *Datamonitor, Reuters Business Insight, Healthcare*, PLC, 2003, p. 12.

⁷ *Ibidem.*, «Expanding the patient pool» está en la p. 148 de este informe.

⁸ *Ibidem.*, pp. 42-43.

⁹ Procede de G. Jackson, «Female sexual dysfunction: the BMJ fails to educate and fails to debate», *IJCP*, vol. 57, 2003, p. 3. El nombre genérico de Viagra es sildenafil.

¹⁰ <http://www.afud.org/aboutus/sponsors.asp> (visitada a 12 de enero de 2005).

¹¹ Moynihan, «Urologist recommends daily Viagra to prevent impotence», *BMJ*, vol. 326, 2003, p. 9.

¹² *Ibidem.*

¹³ J. Coe, «The lifestyle drugs outlook to 2008...», op. cit.

¹⁴ Notas de R. Moynihan durante la reunión.

¹⁵ La circular para la reunión de este sábado 7 de diciembre de 2002 incluye a Watson Pharmaceuticals como uno de los patrocinadores.

¹⁶ Folleto azul procedente de la campaña «New View» en www.fsd-alert.org (visitada a 12 de enero de 2005).

¹⁷ R. Moynihan, «The making of a disease...», op. cit.

¹⁸ Entrevista de R. Moynihan con Leonore Tiefer.

¹⁹ Entrevista de Cathy Scott con Leonore Tiefer para *Selling Sickness*, el documental, Paradigm Pictures, 2004. La entrevista no apareció en la versión radiada.

²⁰ *Ibidem.*

²¹ Transcripciones de las entrevistas para *Selling Sickness*, el documental, op. cit.

²² *Ibidem.*

²³ E. Laumann, A. Paik y R. Rosen, «Sexual dysfunction in the United States, prevalence and predictors», *JAMA*, vol. 281, 1999, pp. 537-44. Poco después, el diario se vio obligado a publicar una pequeña corrección en este artículo, revelando que dos de los autores tenían relaciones económicas con Pfizer. Véase la fe de erratas en *JAMA*, vol. 281, 1999, p. 1174.

²⁴ «Alista: new hope for sexual healing in women», comunicado de prensa de The Investor Relations Group, 9 de agosto de 2002.

²⁵ C. Johnson, «Female disorder disputed», *The Spokesman-Review*, 13 octubre 2002, p. 1.

- ²⁶ R. Moynihan, «Company launches campaign to 'counter' *BMJ* claims», *BMJ*, vol. 326, 2003, p. 120.
- ²⁷ E-mail de Pfizer a R. Moynihan. Contenido en cartas a la *BMJ* tras el artículo «The making of a disease: female sexual dysfunction» en «Letters» *BMJ*, vol. 326, 2003, p. 658. http://www.forbes.com/prnewswire/feeds/prnewswire/2004/06/29/prnewswire200406291030PR_NEWS_B_NET_PH_PHTU018.html (visitada a 12 de enero de 2005).
- ²⁹ R. Moynihan, «The marketing of a disease: female dysfunction», *BMJ*, vol. 330, 2005, pp. 192-4.
- ³⁰ R Moynihan, «Fix for low sex drive puts reporters in a bad patch», *BMJ*, vol. 329, 2004, pp. 1294.
- ³¹ M. Loe, *The Rise of Viagra*, New York University Press, New York, 2004.
- ³² Para más información sobre Viagra y Australia véase <http://www.cptech.org/ip/health/firm/Pfizer.html> (visitada a 12 de enero de 2005).
- ³³ Para un enfoque innovador y no médico para mejorar la salud implicando a otros sectores de la economía y de la sociedad, véase el proyecto Neighbourhood Renewal en Victoria, Australia: H. Klein, «Health inequality, social exclusion and neighbourhood renewal: can place-based renewal improve the health disadvantaged communities», *Australian Journal of Primary Care*, vol. 10, 2004, pp. 110-19.
- ³⁴ Society for the Scientific Study of Sexuality.

Epílogo

¹ <http://www.unionstationdc.com/cdinformation/history.asp> (visitada a 3 de marzo de 2005)

² The PloS Medicine Editors, «Prescription for a healthy journal», (editorial), *PloS Medicine*, vol. 1, 2004, e22.

³ Muchos centros de todo el mundo generan información basada en pruebas científicas. Véase R. Moynihan, «Evaluating health services: a reporter covers the science of research synthesis», Milbank Memorial Fund, Special Report, Nueva York, 2004 en <http://www.milbank.org/reports/2004Moynihan/040330Moynihan.html> (visitada a 3 de marzo de 2005).

⁴ Ibidem.

⁵ <http://www.ecri.org> (visitada a 3 de marzo de 2005).

⁶ <http://www.cochrane.org> (visitada a 3 de marzo de 2005).

SIGLAS

AMA American Medical Association (Asociación Médica Americana); **APA** American Psychiatric Association (Asociación Americana de Psiquiatría); **BMJ** *British Medical Journal* ; **CHADD** Children and Adult with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (Niños y adultos con trastorno de hiperactividad con déficit de atención); **DSF** Disfunción sexual femenina; **DSM** *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Manual estadístico y de diagnóstico de trastornos mentales)*; **FDA** Food and Drug Administration (Administración para el Control de los Alimentos y Medicamentos); **ISRS** Inhibidor selectivo de la recaptación de la serotonina; **JAMA** *Journal of the American Medical Association*; **LLPD** Late Luteal Phase Dysphoric Disorder (Trastorno disfórico de la fase luteal tardía); **NHS** National Health Service (Servicio Nacional de la Salud); **NIH** National Institutes of Health (Institutos Nacionales de Salud); **OMS** Organización Mundial de la Salud; **SII** Síndrome del intestino irritable; **SPM** Síndrome premenstrual; **TDA** Trastorno por déficit de atención; **TDAH** Trastorno por déficit de atención e hiperactividad; **TDPM** Trastorno disfórico premenstrual; **TSH** Terapia de sustitución hormonal; **WHI** Women's Health Initiative (Iniciativa de Salud para las Mujeres).

AGRADECIMIENTOS

Por parte de Alan. Mucha gente me ha ayudado sobremanera a terminar este proyecto. El Dr. Malcolm Maclure, profesor de la University of Victoria's School of Health Information Science, me ha inspirado e impulsado durante más de una década con la originalidad de su pensamiento y su irrefrenable entusiasmo por contribuir con la ciencia a la programación de políticas sanitarias. También quisiera dar las gracias al Dr. Joel Lexchin, siempre dispuesto a compartir sus profundos conocimientos sobre un tema que conoce tan bien. Su libro, *The Real Pushers*, me descubrió el nuevo «mundo feliz» de las compañías farmacéuticas. Ray Moynihan, cuyo pionero análisis de la información farmacéutica en Estados Unidos me inspiró para repetir su trabajo en Canadá, me ha halagado profundamente al invitarme a participar en este libro. Muchos otros me han aconsejado, apoyado y ayudado, entre ellos Jim Wright, James McCormack, Bob Rangno, Ken Bassett, Barbara Mintzes, Alicia Priest, Jeanne Lenzer, Deb Ireland y Heather Ann Laird, una de las mejores bibliotecarias sobre salud que existen. Kerry Patriarche en todo momento está disponible con sus pacientes y siempre constructivos consejos. Y a la comunidad de «Biojesters» en Canadá y en todo el mundo, gracias por vuestra inspiración día tras día.

No es necesario que os mencione uno a uno, ya sabéis quiénes sois.

Por último, quiero darle las gracias a mi mujer Lynda, una de las editoras con más paciencia que un escritor pueda desear. A Morgan y Chase, para quienes el mundo todavía se está abriendo; espero que cuando sean adultos, este libro les deje desconcertados y les parezca arcaico y antediluviano, una reminiscencia de un mundo prehistórico donde imperaba una incontrolada irracionalidad.

Alan Cassels, Victoria, British Columbia, marzo de 2005

Por parte de Ray : El mayor privilegio de ser periodista es poder acceder a algunos de los mejores talentos del sector. Me he sentido tremendamente consentido. Un agradecimiento muy especial para David Henry, Andy Oxman, Taddy Dickersin, Leonore Tiefer, Steve Woloshin, Lisa Schwartz y Lisa Bero por su tiempo, ideas y entusiasmo por las verdades difíciles. Por haberme suscitado una profunda curiosidad hacia el mundo de la salud y de la medicina, gracias a Rowa Meadows.

Hay muchas personas trabajando en publicaciones médicas, revistas y diarios en todo el mundo que han apoyado muchas de las investigaciones que constituyen los cimientos de este libro. En particular, Richard Smith, el simpático, incansable e inspirado inconformista en el corazón del *establishment* médico, así como Jane Smith, Kamran Abbasi, Annabel Ferriman, Colleen Ryan, Judith Hoare, Glenn Burge, Dan Fox y Fenella Seuter.

A Pat Fiske y Cathy Scott, el *dream team* con quien realicé el documental televisivo *Selling Sickness*, por los que siento un profundo cariño. El libro de Lynn Payer *Disease-Mongers* es un trabajo de gran influencia en este campo y, pese a sus limitaciones, debería ser de lectura obligatoria para aquellos estudiantes en medicina y asistencia sanitaria con amor propio de cualquier parte del mundo.

Gracias por su colaboración a todas las personas citadas en *Selling Sickness*, y a aquéllos que inspiraron el análisis, aportaron ideas o criticaron los primeros borradores, entre ellos Anne Delayne, Andrew Holtz, Tom Moore, David Healy, Jo Ellins, Liz Canner, Amy Allina,

Curt Furberg, Bruce Psaty, Peter Mansfield, Sid Wolfe y Peter Lurie. A Bruce Donald, que ha tenido un papel determinante en la existencia de este libro, le doy las gracias y lo admiro. Gracias también a Chris Hilton y Meredith Curnow por su temprano entusiasmo. El equipo de Alien & Unwin de Sydney ha sido estupendo: gracias muy sentidas para Rebecca Kaiser, por sus consistentes y persistentes ánimos y ayuda, y por su eficaz y divertido talante; y gracias a Marie Baird, Stephanie Whitelock y a otros por vender y promocionar este libro alrededor del mundo.

No puedo sino sentirme muy agradecido con las fuentes no nombradas dentro del marketing farmacológico, quienes desde mediados de la década de 1990, a veces de modo inadvertido, me introdujeron en el oscuro mundo del comercio de enfermedades, un proceso que yo y muchos otros hemos acabado considerando una amenaza para el hombre. Tal vez un día algunas de estas personas abandonen sus bien pagados puestos laborales y asesorías, y se lleven consigo unas pocas cajas de documentos. Los documentos sobre el tabaco han cambiado nuestra manera de ver esa industria. Los documentos sobre la industria farmacéutica tendrán tarde o temprano el mismo impacto sobre esta industria.

Debo un agradecimiento muy cordial al coautor Alan Cassels por los borradores de los tres capítulos 2, 5 y 8, por sus muchas ideas y apoyo en el resto del manuscrito, por su energía y humor. Para cualquier error u omisión involuntarios, asumo toda la responsabilidad, y espero que alerte al editor de su país para mejorar las ediciones posteriores. A mi familia y amigos, quienes soportaron los interminables trámites para la verificación de los hechos, gracias.

Ante todo, quiero dar las gracias a Marian Wilkinson por su apoyo entusiasta durante la elaboración de este proyecto, por su cuidadoso espíritu crítico de los primeros borradores, por su audacia, y por su enérgica ayuda para adivinar algunos acertijos fundamentales en la terraza de DuPont. Sin su extraordinario amor, apoyo, humor y aguda inteligencia, este libro jamás hubiera sido concebido, escrito o publicado.

Ray Moynihan, Sydney/Washington DC, marzo de 2005