

Reflexiones acerca de la relación médicos–empresas farmacéuticas

Dr. José Portillo

Resumen

La relación entre la corporación médica y la empresa farmacéutica es compleja y está sujeta a numerosas influencias. En este artículo se describen y analizan dichas influencias agrupándolas en un nivel socioantropológico, un nivel económico y un nivel ético. En el primer nivel se describen las características de la sociedad occidental contemporánea y la importancia que tienen la publicidad y los servicios de salud en la misma. En el segundo nivel se describen las principales características de la producción, distribución y consumo de los medicamentos. Y en el tercer nivel se destacan los principales problemas éticos que han surgido como consecuencia de la marcada y progresiva influencia mercantil de las empresas en la práctica, la investigación y la educación médicas.

Palabras clave: *Industria farmacéutica
Publicidad de medicamento
Comercialización de los servicios de salud*

*Los libros de medicina, monumentos de la fragilidad de la naturaleza y del poder del arte, infunden pavor aún cuando traten de las más leves dolencias, mostrándonos la muerte por inevitable término de ellas y nos dejan enteramente serenos cuando hablan de las virtudes de los específicos, que según ellos, bastan para hacernos inmortales.
Barón de Monstesquieu, 1719*

Introducción

La relación entre la corporación médica y las empresas farmacéuticas es compleja y está sujeta a numerosas influencias.

Por una parte, los médicos reciben información científica y técnica sobre las características de los fármacos y sus indicaciones. A lo largo de su formación de grado y luego de su especialización se reciben los conocimientos básicos sobre el arsenal terapéutico disponible. El impresionante ritmo de innovación obliga a un esfuerzo muy

grande para mantener una actualización en el saber específico.

Los médicos, al igual que el resto de los actores sociales, están sometidos en forma consciente o inconsciente a una serie de valores y representaciones del imaginario colectivo. Este conjunto de valores tiene su origen en factores históricos y antropológicos que han ido definiendo a determinada sociedad. En el caso de la sociedad uruguaya, heredera cultural de sociedades europeas mediterráneas, en forma predominante existe una importante “medicalización” de sus comportamientos. Con este término se entiende “la permeación y el dominio del imaginario colectivo por el saber y el poder médicos”⁽¹⁾. En una acepción también frecuente, se entiende por medicalización la colonización cada vez mayor de diferentes procesos sociales por la medicina científica.

Por último, la publicidad de las empresas para aumentar sus ventas y sus utilidades, dirigida tanto al público en general como a los médicos en particular, ejerce una influencia, que para algunos^(2,3) es el factor decisivo y más relevante en definir el patrón del consumo de medicamentos.

No siempre estas influencias actúan sinérgicamente y muchas veces son francamente contradictorias. Por otra parte, sus consecuencias se hacen sentir no sólo sobre la salud (o enfermedad) de los pacientes, sino también sobre los presupuestos de las instituciones que brindan servicios de salud. En una de las instituciones de asistencia

1. Médico pediatra, epidemiólogo.

Correspondencia: Dr. José Portillo. Libertad 2378, Ap. 201. Montevideo, Uruguay

Presentado 2/9/1997

Aceptado 23/1/1998

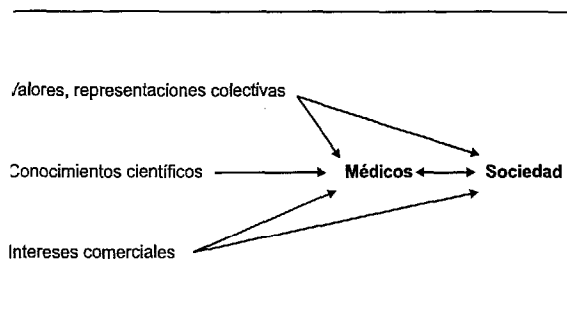


figura 1

nédica colectiva de nuestro medio, las prescripciones de medicamentos consumen hasta 12% de su presupuesto global⁽⁴⁾.

Es sabido que los médicos no leen, en general, artículos científicos de calidad y cantidad suficiente como para mantener una actualización adecuada. Como ha señalado Bennet⁽⁵⁾, los médicos, salvo al principio o al final de su carrera, no leen los artículos científicos en su totalidad y los médicos generales de práctica no hospitalaria o académica, en general no compran revistas médicas, aunque “leen con mucha atención” los artículos de salud que publican las revistas y suplementos de lectura popular.

El uso de medicamentos es el procedimiento médico (indicado por médicos o no) más frecuente en la sociedad contemporánea. Si bien sus orígenes pueden remontarse a Paracelso en el siglo XVI, la “explosión terapéutica” es propia de nuestro siglo y particularmente posterior a la Segunda Guerra Mundial. Hoy en día ésta es una industria líder en investigación, desarrollo, producción, comercialización, marketing y ganancias, como se verá más adelante.

Este artículo se propone discutir los principales aspectos antropológicos, económicos y éticos que resultan de esa compleja relación (figura 1).

Esta reflexión, como sucede en la investigación en ciencias sociales en particular y en la ciencia en general, implica “un punto de vista” que en este caso, no es obviamente hegemónico.

Dimensión socio–antropológica

La humanidad ha cambiado radicalmente en los últimos años, pero particularmente en los últimos treinta. La sociedad occidental surgida de la revolución industrial en el siglo pasado y su clásica estructura de clases, se ha descompuesto. Hoy en día sólo 4% de la mano de obra de los países ricos trabaja en el campo, 15% en la industria y el resto en los servicios, el llamado “sector terciario”. Es lo que Touraine⁽⁶⁾ llama “sociedad posindustrial o programada”. En este tipo de sociedad, según este autor, adquieren particular relevancia las industrias culturales y dentro de ellas son tres las principales: los cuida-

dos médicos, la educación y la información. Para los países ricos estas son las prioridades individuales: hay una reconquista del sujeto.

En este contexto social se produce un aumento exponencial del conocimiento. Nadie es capaz de abarcar ni siquiera el conocimiento de su disciplina de origen. Es la sociedad de expertos. Esto es lo que Giddens⁽⁷⁾ llama la “modernidad reciente o tardía”. Es una sociedad caracterizada por una serie de “sistemas de especialización acumulada”. Todas estas constituyen fuentes diversas de autoridad. Las nociones de confianza y riesgo son de especial aplicación.

En esta sociedad “programada”, “de riesgo calculado”, la medicina reina indiscutidamente. Y como dice el autor recién mencionado “los aspectos esotéricos de la profesionalidad tienen poco o nada que ver con su infalibilidad y dependen de una combinación de entrenamiento y especialización prolongada, aunque algunos expertos suelen muy a menudo levantar un muro de jerga y ritual para proteger sus pretensiones de diferenciación técnica”.

Los medios de comunicación de masas contribuyen a la difusión casi inmediata del acontecimiento y de la información. Los conocimientos médicos y los efectos “providenciales” de los medicamentos ya no están reservados a la relación dialógica de dos individuos. Los conocimientos y la información son socializados, aunque no siempre los objetivos son los de contribuir a formar ciudadanos autónomos.

En realidad el capitalismo tardío ha contribuido a mercantilizar todas las relaciones individuales y sociales. La información se difunde porque se consume y para ser consumida. El “dios mercado” está hoy omnipresente como dice Rico⁽⁸⁾, “Se trata del modo en que la Economía, al nivel del intercambio de los signos y de los objetos, se olvida asimismo en el mercado y de cómo ese olvido produce conducta, produce cuerpo, produce tiempo”. Una sociedad de expertos que venden seguridad e inmortalidad, con forma de pastilla o de cápsula. Hoy el espacio público ya no es el Ágora de los griegos ni la comunión mística de la Edad Media: el dios moderno y posmoderno es el mercado. Y para el mercado sólo sirven los triunfos. No importa si la mitad de la humanidad no consume medicamentos (ni alimentos). “La historia oficial no registra más que el progreso ininterrumpido de lo social, relegando a las tinieblas, a la manera de las culturas anteriores, todo lo que no concernía a ese advenimiento”⁽⁹⁾.

La organización social hegemónica, que ha globalizado las cosmovisiones, tiende a reverenciar a los expertos (divinos sacerdotes) que nos guían hacia la religión salvadora: la del Dios Mercado. Los ritos son el consumo como un fin en sí mismo y no como un medio para lograr mayor placer estético. Importa más consumir que disfru-

tar. En ese mundo los medicamentos son como el agua bendita en la Edad Media.

Los medios de comunicación han jugado un rol protagónico en difundir este paradigma del "consumo medicalizado". Así se ha extendido al Tercer Mundo y a las demás culturas tradicionales. Hoy ya no es patrimonio de los "ricos" tener "medicina científica". Esto se ha extendido a todo el mundo. La visión europeocéntrica se ha generalizado. Esto ha traído grandes ventajas (reflejadas en indicadores sanitarios) y grandes problemas de aculturación y transculturación.

En este mundo homogeneizado en sus gustos, producto de la globalización del consumo, la publicidad es el instrumento prioritario. Publicidad cuyo papel principal es, según Durandin ⁽¹⁰⁾, "modificar la conducta de las personas a través de la persuasión sin parecer forzarlas". Según este mismo autor nuestra sociedad contemporánea presenta una contradicción central: por un lado tanto en la formación de los hombres como en la de mercancías se exige racionalidad, mientras en la esfera del consumo se explotan las acciones irracionales e inconscientes de los consumidores y se les mantiene en la ignorancia. En resumen, dice también Durandin ⁽¹¹⁾, "el mercado de la información no es algo claro: en él no solo tiene cabida la ley de la oferta y la demanda, sino que se dan también intentos de ejercer influencia; es un mercado espúreo". Para que la información que se transmite sea útil, debe llenar tres requisitos:

- Que el conocimiento difundido sea lo más exacto posible (próximo a la verdad disponible científicamente).
- Que el destinatario de la comunicación tenga una serie de conocimientos mínimos.
- Que el código o lenguaje de comunicación sea común entre las partes implicadas.

Para Qualter ⁽¹²⁾: "La publicidad se ha convertido en un elemento totalmente intruso y persuasivo de la vida en las sociedades industriales modernas". El sistema económico se sustenta en un consumo en permanente expansión y éste se logra por el esfuerzo de la publicidad. Más fácil resulta si se vende un producto que "promete" mejorar la calidad de vida (y no hay duda de que a veces lo logra). La publicidad promueve según este autor "una cultura de autoabsorción y de bienestar individual", pero como fines en sí mismos. "En la era de las masas, la elección racional sólo ocasionalmente domina las decisiones de consumo y políticas". Y también es cierto que la cultura de masa no confiere más legitimidad a las ideas pero sí más visibilidad. Para ello los medios de la imagen, como la televisión, juegan un rol protagónico ⁽¹³⁾.

Tal es la importancia de la difusión de información que se ha entendido que los medios de comunicación llegan

en algunos casos a colaborar en el establecimiento de "sistemas de control social" ⁽¹⁴⁾.

En este contexto social, de modernidad tardía y capitalismo avanzado y generalizado, con un gran protagonismo de los medios de comunicación, se ha consolidado el modelo médico hegemónico. Este modelo ha sido bien definido por Menéndez ⁽¹⁵⁾: "La medicina científica se constituye como modelo terapéutico exclusivo y forma parte de una estructura sociopolítica, socioeconómica, socioideológica y socio científica que la fundamenta que al mismo tiempo excluye a las otras prácticas curativas". Este modelo se caracteriza, según el autor, por ser: biólogo, ahistórico, pragmático, eficaz y mercantil. Se ha asociado en su nacimiento en el siglo XVIII con los principios mecanicistas, evolucionistas y positivistas que impusieron como "ideología normal" las clases dominantes en los países de punta.

Según este mismo autor, los países del Tercer Mundo y las clases subalternas han tenido gran capacidad de adaptación a nuevas condiciones de producción y de consumo. Se ha producido así "un sistema de transacciones" (culturales) que ha permitido, entre otras cosas, la hegemonía ideológica.

Sin duda la medicina moderna y científica ha sido eficaz y por eso fundamentalmente se ha consolidado, señala Starr ⁽¹⁶⁾. Pero según este autor la medicina científica no es sólo un sistema de conocimientos y de procedimientos técnicos, es también un sistema de conducta. En la medicina "el sueño de la razón se ha vuelto parcialmente verdadero". También aquí existe una contradicción: por un lado el "dios mercado" que presupone la soberanía de la elección del consumidor; por otro lado el ideal de la profesión que exige "la soberanía del juicio autorizado". El mercado exige decisiones irracionales (sugeridas por no decir impuestas); la medicina exige información científica y decisiones racionales.

En síntesis, en el contexto mundial de una globalización económica y cultural, se consolida un modelo médico hegemónico como paradigma de la razón terapéutica pero permeado por el mercado y el consumismo, influenciado por la publicidad, y enfrenta una contradicción central: la razón del proveedor (de salud o de medicamentos) y la sin-razón del consumidor.

Dimensión económica

La empresa farmacéutica es "big business" tanto en los países desarrollados o ricos como en los países subdesarrollados o pobres, como Uruguay. Sin embargo, paradójicamente "el avance médico potencialmente más importante del siglo" son las sales de rehidratación oral (SRO) según dice la revista Lancet, reproducida por el informe anual de UNICEF ⁽¹⁷⁾. De este producto, agua con glucosa y cloruro de sodio, ninguna empresa hace publicidad intensiva. Según este mismo informe, hoy en día sólo

la mitad de los casos de diarrea en el mundo se tratan de esta forma, a pesar que el costo de cada bolsa de SRO es de 50 centavos de dólar. Y ello se debe, también según este informe, a que el cuerpo médico es “reacio” a aceptar este procedimiento.

Este producto no es una prioridad para la estrategia de ventas de la empresa farmacéutica, la industria más rentable, la “niña mimada de Wall Street” como se le ha llamado, aunque tenga a veces menos eficacia curativa.

Veamos sólo algunas cifras:

- En la década del 60 la industria norteamericana de medicamentos creció a una tasa sostenida de 10% ⁽¹⁸⁾.
- Entre 1963 y 1976, en términos de retorno de inversión, la industria farmacéutica aparece primera en el ranking en 7 años ⁽¹⁹⁾.
- En los últimos 40 años sus ganancias estuvieron entre las primeras cinco de las 500 empresas más importantes y en 1991 las primeras 20 empresas obtuvieron aproximadamente 5 veces el promedio de ganancias de las 500 empresas más importantes de EE.UU. ⁽²⁰⁾.
- Desde 1955 hasta 1972 la industria farmacéutica ha ocupado el primer lugar en rentabilidad, con 9% de utilidades netas contra un promedio de 6% de utilidades de todas las demás industrias manufactureras de EE.UU. Las sumas que la industria dedica a las universidades significa promedialmente 0,7% de su presupuesto. La investigación que realizan, tanto para nuevos productos como para desarrollar colores y sabores más agradables así como estudios de mercado, insume promedialmente 9%. Para la publicidad se dedica promedialmente 20% de los presupuestos ⁽²¹⁾.
- Las ganancias en la industria farmacéutica son relativamente elevadas, claramente superiores al promedio de todas las industrias manufactureras. En Gran Bretaña entre 1975 y 1980, el rendimiento promedial fue de 17,3%. La tasa de crecimiento de la industria farmacéutica (mundial), relativamente estable y elevada, 8 a 10%, sugiere que cualquiera que sean los riesgos, las ganancias los compensan ampliamente ⁽²²⁾.
- En EE.UU., el precio de los medicamentos se ha incrementado entre 1980 y 1992 en 128%, sextuplicando la tasa de inflación en el mismo período, que no alcanzó a 22% ⁽²³⁾.
- Dentro del ranking de las 500 empresas del mundo se encuentran los laboratorios norteamericanos en cuarto lugar. El promedio de utilidades en 1992 fue de 11%. Esta rama está entre las 30 ramas más rentables de la economía norteamericana, encabezando el ranking de beneficios económicos en relación a la facturación de sus ventas, superando el refinamiento de petróleo, industria aeroespacial, microelectrónica, cosmética e higiene, alimentos, biotecnología, etcétera ⁽²⁴⁾.

□ La industria farmacéutica en Canadá ha mostrado un consistente incremento en los niveles de ganancia. Al finalizar la década del 80 la tasa de retorno para los fabricantes de medicamentos era promedialmente de 34,5% comparado con 15,2% promedial de todas las demás industrias manufactureras ⁽²⁵⁾.

Es sabido que ha sido imposible en el mundo entero, imponer la prescripción médica por nombre genérico, cuando se sabe que en general según González (citado en ⁽¹⁸⁾) “el lanzamiento de nuevas marcas no sólo ha sido el objetivo central del marketing sino que también ha permitido mantener los precios promedio con alta rentabilidad”. Esto explica que en los países del norte de Europa se comercialicen entre 1.000 y 2.000 marcas, mientras en EE.UU. y Japón existen entre 15.000 y 20.000 marcas. Los países del sur de Europa tienen entre 4 y 6.000 marcas, con la excepción de Suiza que tiene 8.500 marcas, siendo como se sabe sede de importantes corporaciones farmacéuticas.

Aunque ningún libro de texto de medicina, ni ningún trabajo de investigación los recomienda, los polifármacos (terapia en tiro de escopeta) deben ser los productos más vendidos, debido a un objetivo comercial y no sanitario.

Esto se puede entender debido a que en el consumo de medicamentos, el médico es importante pero no decisivo. Muchos productos son de autoindicación y se venden en el comercio. Si bien esta realidad existe en la Unión Europea, sin ser mayoritaria, en los países del Tercer Mundo esa realidad es casi hegemónica por diversas razones (menores niveles culturales, menores recursos para pagar servicios de salud, mayor accesibilidad geográfica de las farmacias que de los servicios sanitarios, entre otras).

Según algunos autores, el efecto placebo puede alcanzar hasta 20% de los medicamentos consumidos. Y como se sabe, la mayoría de las enfermedades se curan solas o no se curan. En estas últimas los medicamentos, fundamentalmente los analgésicos, desempeñan un papel secundario (aunque importante). Tan conocida es esta situación, que en general los laboratorios invierten más en la investigación de productos de autoconsumo que en los de prescripción médica. Este tema ha sido muy estudiado por sociólogos y antropólogos: es la eficacia simbólica (eficacia creída por el paciente pero también por el médico) ⁽²⁶⁾.

La industria farmacéutica norteamericana ha jugado un rol muy importante (aunque no exclusivo, es justo reconocerlo) para impedir la reforma sanitaria en EE.UU. ^(27,28). De esta forma este país sigue siendo el único sin un sistema nacional de salud, el único que no tiene una cobertura universal y el que tiene los peores indicadores de morbimortalidad, entre los países ricos. Esta industria farmacéutica ha tenido gran influencia en ambos partidos políticos norteamericanos, tanto el Demócrata como el

Republicano y según ha señalado un portavoz del Senado de ese país "los fabricantes farmacéuticos son uno de los mejores lobbies" (29).

La importancia del negocio (*big business*, la niña mimada de Wall Street) ha llevado según algunos autores (30) a que "la publicidad farmacéutica en publicaciones médicas de EE.UU., Europa y Australia, llegue a niveles próximos a la saturación". Este autor ha estudiado antropológicamente el manejo de elementos simbólicos y de un discurso muy "científico" en la publicidad dirigida a los médicos, que realmente logra convencer. Después de todo los médicos son más influenciados en sus decisiones terapéuticas por la publicidad que por la información científica (31,32,32a). Según un estudio de Harvard Business School (33) "65% de los médicos piensa que el visitador médico es la fuente de información más eficaz sobre los nuevos medicamentos". Según Brudon (22) "la estrategia publicitaria de la industria farmacéutica es sutil y casi siempre eficaz; se gastan sumas enormes de dinero para grabar en la mente de los médicos y también del público en general, las marcas registradas". Hoy en día se puede señalar que estas estrategias conocidas tienen más influencia que la literatura científica en la toma de decisiones de los médicos (34). La presión del paciente por recibir "su receta" también es grande y es claro que en general los pacientes prefieren a los "médicos recetadores". Esta situación es bien clara con los antibióticos en pediatría (35). En EE.UU., The Physician's Desk Reference se supone una fuente de información imparcial para el manejo terapéutico cotidiano, sin embargo como señalan Cohen y colaboradores (36) "este documento sufre de numerosos errores y ausencias y es una información seleccionada, provista y paga por las empresas farmacéuticas". En definitiva es la reproducción de los prospectos comerciales que acompañan los envases de medicamentos.

La publicidad no se limita a las "recomendaciones" para la práctica médica cotidiana. A través de la subvención de proyectos de investigación y de actividades de educación médica continua, la industria farmacéutica juega un rol (demasiado) importante. Relman (37) señalaba: "Es tiempo de tener una mirada crítica a las consecuencias de la mezcla entre investigación clínica y empresas de negocios", en un editorial del *New England Journal of Medicine*. Este apoyo es lo que ha sido llamado "la nueva era del comercio médico" (38,39).

Frente a esta problemática compleja en la que la influencia comercial es determinante en la conducta de los médicos, los países de la Unión Europea han incluido entre sus medidas de contención del gasto en salud, relativamente exitosas, listas de medicamentos financiados por el Estado (aquellos comprobadamente relevantes) mientras que los demás no son financiados por el sistema (40). Por

otra parte, para el Tercer Mundo, el Banco Mundial ha entendido que con lo que ha llamado "servicios clínicos esenciales", casi todas medidas de salud pública de tipo preventivo, casi sin intervención de medicamentos, implicaría bajar la morbilidad (del Tercer Mundo) 24% e implicaría salvar 9.000.000 de vidas de niños por año (41).

En suma, la industria farmacéutica es una empresa rentable, la más rentable del mundo*, que ha tenido un sostenido crecimiento económico en los últimos 40 años, que a través de un sutil mecanismo publicitario ha llegado a tener una influencia relevante no sólo en la práctica médica cotidiana, si no también en la investigación y en la educación médica.

Dimensión ética

Esta influencia que ha ejercido la publicidad comercial a través de diferentes mecanismos como visitadores médicos, anuncios escritos o televisivos, patrocinio de actividades académicas (publicidad por debajo del mostrador) ha llegado a comprometer la independencia y la autonomía del ejercicio profesional y eventualmente la salud de los pacientes a través de medicamentos potencialmente riesgosos pero muy rentables. Esto ha llevado la cuestión al terreno de la moral, de lo que está "bien" y "mal"; de lo "correcto" y lo "incorrecto".

Desde los famosos trabajos de Mc Keown (42) se sabe que la influencia de los medicamentos en la evolución histórica de los perfiles epidemiológicos de las enfermedades ha sido muy relativo. En especial con las enfermedades infecciosas, que es *a priori* en las que se puede pensar que el efecto curativo ha sido más claro, la mirada histórica ha mostrado otra cosa. En realidad han sido las condiciones de vida (alimentación, higiene, vivienda, etcétera) las que han modificado las tasas de prevalencia y de mortalidad, con relativa independencia de los medicamentos antiinfecciosos. Es innegable el efecto de analgésicos y anestésicos de última generación. Tampoco se puede dejar de reconocer los resultados de algunos citostáticos en algunos procesos oncológicos. Sin embargo estos y muchos otros ejemplos no son significantes para decir que la farmacología tenga incidencia significativa en la evolución a largo plazo analizando períodos de larga duración, sobre las enfermedades humanas (43). Como dice González (18) "para algunos significan (los medicamentos) riesgo y ganancia económica, para otros la posibilidad y la fantasía de controlar la enfermedad y para otros de apropiarse del instrumento de curación o de alivio". Pese a eso, el incremento en el consumo de medicamentos es de 7 a 8% anual, sien-

* Nota del Editor: No son consideradas ciertas industrias como el narcotráfico, trata de blancas, turismo sexual con niños, venta ilegal de armas, ya que no son legales ni aparecen en los informes económicos de las revistas especializadas.

do mayor el autoconsumo que el consumo por prescripción médica. Sin embargo hoy se sabe que de 85 a 90 nuevas moléculas por año en la década del 50, hoy se ha descendido a la mitad ⁽⁴⁴⁾. El costo de desarrollo de fármacos nuevos sigue subiendo y ha pasado de 54 millones de dólares en 1976 a 231 millones de dólares en la actualidad, por lo que se calcula que en el mundo sólo hay 100 laboratorios con capacidad realmente innovadora ⁽⁴⁵⁾. Se ha estimado que sólo un compuesto entre 5.000 sobreviva y alcanza el mercado. Sin embargo, como ya se señaló al comienzo del artículo y como ha dicho *The Economist* ⁽⁴⁶⁾ "los gastos de promoción o marketing representan 24% de los ingresos de la industria, el doble que 10 años atrás y bastante más que el 13% dedicado a investigación y desarrollo, lo que indica que vender medicamentos es más importante que descubrirlos".

No sólo los medicamentos no son tan eficaces como se hace creer (aún reconociendo su eficacia simbólica) sino que además pueden ser extraordinariamente riesgosos. "Estudios realizados en EE.UU. y Gran Bretaña permitieron concluir que entre 18% y 30% de los pacientes hospitalizados presentan reacciones adversas a los medicamentos" ⁽⁴⁷⁾ y estudios más recientes, señalan que por malas prescripciones médicas o por incumplimiento de la prescripción médica se producen en EE.UU. 10% de las internaciones y 125.000 muertes anuales ⁽⁴⁸⁾.

A pesar de todo lo señalado y de que hoy en día la Organización Mundial de la Salud ⁽⁴⁹⁾ reconoce sólo 270 sustancias químicas de probada eficacia *, aún reconociendo las alternativas debido a las necesidades variables de cada país; el número de productos comercializados es de miles. Ya se vio al principio las cifras en los países ricos. En América Latina ⁽⁵⁰⁾ varía entre 5.100 y 6.900 en Uruguay y Perú, hasta 27.500 y 23.000 en Venezuela y Argentina respectivamente ⁽⁵⁰⁾. A mayor mercado mayor número de productos farmacéuticos. Aunque hace muchos años y en especial en los últimos 40 se han producido numerosos estudios sobre el efecto placebo ⁽⁵¹⁾, poco se dice del mismo en los anuncios de los productos y muchas veces es la única razón de la eficacia.

Los problemas morales que se plantean hoy en día en la práctica médica son diversos. En el caso de industrias muy rentables en las que médicos tienen intereses económicos se producen conflictos de intereses, como ha editorializado el *New England Journal of Medicine* ⁽⁵²⁾, cuando "los médicos obtienen beneficios económicos no sólo por la provisión de los servicios profesionales sino también por referir los pacientes a un procedimiento en el cual tienen un interés económico". Si bien esto es más

frecuente con algunos procedimientos diagnósticos, es sabido de numerosos médicos que "prefieren ciertas marcas comerciales". Por eso, señala este artículo, no sólo la Asociación Médica Americana ha tomado severas medidas para evitar la "autorreferencia", sino incluso en algunos estados como Michigan, Pennsylvania y California, existen disposiciones legales que limitan, regulan o impiden la autorreferencia.

Es muy conocido cómo la industria farmacéutica, a través de regalos (desde bolígrafos hasta viajes a congresos), estimula y persuade del uso de ciertas marcas. Un reciente artículo ^(53,53a) señala que "la relación de los regalos altera varios de los deberes fundamentales, como la normal eficiencia, la fidelidad, la justicia y la autonomía de los médicos". Por lo tanto, según este mismo artículo, "los médicos, afirmando los valores éticos inherentes a su profesión, deberían abandonar la práctica de aceptar regalos de las compañías farmacéuticas". Estas técnicas sutiles de convencimiento en sus prácticas de prescripción influyen en la "objetividad" de los conocimientos puramente científicos ⁽⁵⁴⁾.

Para evitar "malentendidos", desde 1990 el *New England Journal of Medicine* "prohíbe a editorialistas y autores de artículos en la revista tener ningún tipo de conexión con empresas que puedan obtener beneficios económicos de un fármaco o un procedimiento discutido en el editorial o en artículos de la revista" ⁽⁵⁵⁾. Lo interesante (y digno de imitación) de la "democracia en América" es que han habido casos de violación de dichas normas, denunciadas por otros colegas y cuyas cartas de denuncia son publicadas por la propia revista.

La presión comercial es tan grande por parte de las compañías farmacéuticas, que incluso en los países ricos y particularmente en EE.UU. dicha presión puede llegar a definir prioridades en la investigación biomédica. Existen esfuerzos dentro de los ámbitos universitarios en general para tomar medidas que impidan que el sector académico pierda la iniciativa en la generación del conocimiento ^(56,57). Blumenthal y colaboradores ⁽⁵⁸⁾ concluyen en un reciente trabajo que "los miembros de la facultad que mantienen relaciones en la investigación con la industria tienen menos tendencia a mantener una comunicación abierta con sus colegas que no tienen dicha relación y por otra parte, mayores niveles de apoyo económico industrial se ven asociados a menor actividad académica". Otro reciente estudio realizado en Gran Bretaña ⁽⁵⁹⁾ señala: "se han encontrado numerosos problemas éticos al evaluar numerosos protocolos de investigación farmacéutica" y por otra parte añade: "la investigación apoyada por las compañías farmacéuticas y realizada en la práctica clínica no parece tener un alto nivel de validez científica ni un alto nivel de hallazgos relevantes, basado en

* Nota del Editor: En la cita mencionada, la OMS reconoce como mínimo 270 estructuras químicas de probada actividad farmacológica, adecuándose a las necesidades de cada país.

el bajo número de presentaciones y publicaciones”. Y en un simposio sobre investigación biomédica, realizado en 1996 por la Asociación de Profesores de Medicina de EE.UU., se concluyó entre otros aspectos que “si bien la necesidad de colaboración entre la industria farmacéutica y las facultades basada en la investigación clínica parece lógica, muchas veces los objetivos de ambas partes son diferentes”⁽⁶⁰⁾. Una más reciente publicación de dicha Asociación de Profesores⁽⁶¹⁾, destaca algunos “ingredientes” que contribuirían a mejorar la calidad de investigación con los Departamentos de Medicina Interna y se destaca con particular énfasis “una mayor atención institucional a la comprensión del lado comercial de los protocolos clínicos”.

Esta notoria y creciente influencia del aspecto mercantil de la farmacología ha preocupado no sólo a asociaciones profesionales y comités de bioética, sino incluso a la Organización Mundial de la Salud. En 1988 se publicó un manual sobre “Criterios éticos para la promoción de medicamentos”⁽⁶²⁾ que pretende normatizar y regular algunos aspectos de la promoción de publicidad, tanto dirigida a médicos como a público en general, y la relación con los visitantes médicos. La recepción de regalos y muestras, la participación en todo tipo de actividades científicas, los protocolos de investigación y la información que los envases deben contener. Si bien este documento no “obliga”, no tiene carácter preceptivo, es altamente adecuado como marco de referencia. Ya hemos visto como algunos Estados de EE.UU. han dado fuerza de ley a algunas de estas normas.

La Facultad de Medicina de la Universidad de la República, en nuestro país, no ha estado al margen de esta preocupación. Sus autoridades han aprobado recientemente un documento⁽⁶³⁾ que regula las relaciones entre los servicios de la Facultad y las compañías farmacéuticas. También la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha publicado un interesante manual, con diversos enfoques dentro de la bioética, incluyendo el relacionamiento con empresas comerciales, de la investigación biomédica⁽⁶⁴⁾.

Como ha dicho Jon Elster⁽⁶⁵⁾ “sólo la información independiente obtenida brinda la satisfacción duradera”. Si bien esta referencia tiene que ver más con la Ciencia Política, es cierto también que en el ámbito de la medicina tiene más vigencia que nunca. Es difícil separar a veces la “información independiente” de la “información comercial”. Y si bien es legítimo que las compañías farmacéuticas tengan como primer objetivo aumentar las ganancias, también es cierto que es un imperativo moral en términos de Kant, que la profesión médica mantenga su autonomía basada en objetivos médicos (aunque a veces, como en el caso de la rehidratación oral, no produzcan grandes utilidades).

Susan Sontag ha argumentado con mucha eficacia y

buna documentación cómo la enfermedad ha sido una metáfora en la historia de las sociedades. Metáfora, según la autora reseñando a Aristóteles “es dar a una cosa el nombre de otra”. Otra metáfora que se puede agregar al arsenal sanitario podría ser cuando se dice “curar”, se refiere a “lucrar”. Aunque ambas cosas puedan coincidir muchas veces, quizás las más, no coinciden⁽⁶⁶⁾.

Conclusiones

Articular conclusiones con un cierto grado de elaboración teórica y buscando mecanismos de determinación y sobredeterminación en las cuestiones señaladas, resultaría interesante y complejo, pero desborda los objetivos propuestos en este artículo.

Igualmente se pueden destacar algunos conceptos y hechos que resultan sobresalientes en los diferentes niveles considerados.

1. Los médicos están sujetos a numerosas influencias al prescribir medicamentos, pero fundamentalmente se pueden agrupar en: culturales, mercantiles y científico-técnicas. Los dos primeros tipos parecen ser los más relevantes en la determinación de la conducta prescriptiva.
2. En el contexto social occidental, de la modernidad tardía y el capitalismo avanzado, la publicidad comercial juega un rol relevante en la esfera del consumo.
3. Característica inherente a este período cultural que vive la sociedad es la “medicalización” creciente de diversos procesos sociales, con un claro predominio de los servicios de atención en salud.
4. El modelo médico hegemónico es la medicina científica: biológica, ahistórica, pragmática, eficaz y mercantil, claramente derivado del iluminismo hiperracional y positivista.
5. La prescripción medicamentosa es el gesto médico más frecuente, en especial a partir de la década del 40 de este siglo (explosión terapéutica), aunque no es la medida médica ni sanitaria más eficaz.
6. La industria farmacéutica es la industria manufacturera más rentable del mundo (tanto en Europa como en Norteamérica) y su rentabilidad crece progresivamente.
7. El crecimiento económico sostenido se debe al aumento de precios, de consumo y de número de marcas comercializadas.
8. A pesar de ello, el número de fármacos nuevos en el mercado es cada día menor⁽⁴⁴⁾.
9. El apoyo económico-financiero de dicha industria a la investigación científica es marginal en la estructura presupuestal, y de escasa relevancia en cuanto a la creación de conocimiento original.
10. Los procedimientos sutiles o explícitos de publicidad comercial de las empresas, principal fuente de información en la práctica médica cotidiana, han llegado a

influenciar también las posibilidades y objetivos de la investigación y educación médicas, no sólo en los países subdesarrollados, si no también en los países centrales.

11. Estas cuestiones han generado numerosos problemas éticos (influencias comerciales), lo cual ha motivado la preocupación y normatización del relacionamiento con las empresas farmacéuticas a nivel de autoridades de gobiernos, de organismos internacionales, de universidades y de las asociaciones médicas.
12. La independencia y la autonomía de la profesión médica, se encuentran seriamente afectadas desde diversos ángulos y la presión comercial es una de las más relevantes.
13. La salud pública orientada hacia un modelo curativo y medicamentoso, se agota en general muy lejos de los problemas centrales generadores de enfermedad en la sociedad contemporánea, y que tienen más que ver con la promoción y la prevención.

Summary

The relationship between the medical corporation and the pharmaceutical enterprise is a complex subject submitted to numerous influences. In this report such influences are described, dealt with and grouped at a socio–anthropologic, ecology and ethical level. In the first level a description is given of the characteristics of contemporary western society and the importance of advertising and of the involved health services. In the second level are described the main characteristics of production, distribution and consumption of pharmaceuticals. And in the third level are highlighted the main ethical problems arising as a result of the marked and progressive mercantile influence of enterprises in the practice, research and medical education.

Résumé

La relation entre la corporation médicale et l'industrie pharmaceutique est complexe et soumise à maintes influences. Dans cet article, on décrit et analyse ces influences, les groupant à un niveau socio–antropologique, un niveau économique et à un niveau éthique. Au premier niveau, on décrit les caractéristiques de la société occidentale contemporaine et l'importance de la publicité et des services de santé. Au 2^e niveau, on décrit les principales caractéristiques de la production, la distribution et la consommation des médicaments. Et au 3^e niveau, on remarque les principaux problèmes éthiques que surgissent comme conséquence de l'influence progressive et le poids commercial des entreprises à la pratique, la recherche et l'éducation médicales.

Bibliografía

1. **Portillo J, Rodríguez J.** (Comp.). La medicalización de la sociedad. Montevideo: Nordan, 1993: 250 p.
2. **Avorn J, Chen M, Hartley R.** Scientific versus commercial sources of influence on the prescribing behavior of physicians. *Am J Med* 1982; 73: 4–8.
3. **Soumerai SB, Avorn J, Cortmaker S, Goldfinger S.** Effect of government and commercial warnings on reducing prescription misuse: the case of propoxyphene. *Am J Public Health* 1987; 77: 1518–23.
4. **Instituto Médico de Previsión, Asistencia y Servicios Afines (IMPASA).** Memoria, balance y cuenta de resultados. Período 1/10/95 al 30/9/96. Montevideo: IMPASA, 1996: 65 p.
5. **Bennet H.** Keeping up with the literature. *JAMA* 1992; 267: 920.
6. **Touraine A.** Crítica de la modernidad. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 1994: 391 p.
7. **Giddens A.** Modernidad e identidad del yo. El Yo y la sociedad en la época contemporánea. Barcelona: Península, 1994: 300 p.
8. **Rico SA.** Las reglas del caos. Apuntes para una antropología del mercado. Barcelona: Anagrama, 1995: 310 p.
9. **Baudrillard J.** Cultura y simulacro. 4a edición. Barcelona: Kairós, 1993: 193 p.
10. **Durandín G.** La mentira en la propaganda política y en la publicidad. 3a edición. Barcelona: Paidós, 1995: 193 p.
11. **Durandín G.** La información, la desinformación y la realidad. Barcelona: Paidós, 1995: 277 p.
12. **Qualter TH.** Publicidad y democracia en la sociedad de masas. Barcelona: Paidós, 1994: 233 p.
13. **Wolton D.** Elogio del gran público. Una teoría crítica de la televisión. Barcelona: Gedisa, 1995: 317 p.
14. **Loreti DM.** El derecho a la información. Relación entre medios, público y periodistas. Buenos Aires: Paidós, 1995: 246 p.
15. **Menéndez EL.** Poder, estratificación y salud. México: Casa Chata, 1981: 596 p.
16. **Starr P.** La transformación social de la medicina en los Estados Unidos de América. México: Fondo de Cultura Económica, 1991: 537 p.
17. **United Nations Children's Fund.** Estado mundial de la infancia. Nueva York: UNICEF, 1996: 292 p.
18. **González G.** Remedios políticos para los medicamentos. Buenos Aires: Isalud, 1994.
19. **Mc. Craine N, Murray MJ.** The pharmaceutical industry: a further study in corporate power. *Int J Health Serv* 1978; 8: 573.
20. **Drake D, Uhlman M.** Haciendo medicamentos, haciendo dinero. Informe sobre la crisis del costo de los medicamentos en los EEUU. The Rendon Group, 1993, citado por González G. en Remedios políticos para los medicamentos.
21. **Silverman M, Lee PhR.** Píldoras, ganancias y política. México: Siglo XXI, 1983: 453 p.
22. **Brudon P.** Medicamentos ¿para todos en el año 2000? Las transnacionales suizas frente al Tercer Mundo: el caso de México. México: Siglo XXI, 1987: 209 p.
23. **Tarabussi CC, Vickery G.** Globalitation in the pharma-

- ceutic industry. Part I (Cap II, adaptado de Globalitation of Industry: Overview and sector report. Paris: OECD, 1996). *Int J Health Serv* 1998; 28(1): 67-105.
24. The largest industrial corporation in the world. *Fortune*, July 26, 1993.
 25. **Lexchin J.** Who needs faster drug approval times in Canada: the public or the industry? *Int J Health Serv* 1994; 2:253-64.
 26. **Portillo J.** El fetichismo de la medicina: una mitología sucedánea. *Relaciones* 1996; (142): 16-8.
 27. **Salmon JW.** A perspective on the corporate transformation of health care. *Int J Health Serv* 1995; 25:11-42.
 28. **The Center for Public Integrity.** Well healed: Inside lobbying for health care reform. *Int J Health Serv* 1995; 25: 593-632.
 29. **Novak V.** The other drug lords. *Int J Health Serv* 1993; 23:263-73.
 30. **Lupton D.** The construction of patienthood in medical advertising. *Int J Health Serv* 1993; 23: 805-19.
 31. **Krupka LR, Verner A.** Prescriptions drug advertising: Trends and implications. *Soc Sci Med* 1985; 20:191-7.
 32. **Williamson J.** Decoding advertisement: ideology and meaning in advertisement. London: Boyers, 1978: 175 p.
 - 32a. **Silverman M.** The epidemiology of drugs promotion. *Int J Health Serv* 1997; 7: 157-76.
 33. **Harvard Business School.** A note on the U.S. prescription drug industry. Citado en: Brudon P. Medicamentos para todos en el año 2000. México: Siglo XXI, 1987: 82 p.
 34. **Rosner F.** Ethical relationships between drug companies and the medical profession. *Chest* 1992; 102: 266-9.
 35. **Edwards KM.** Resisting the urge to prescribe. *J Pediatr* 1996; 128: 729-30.
 36. **Cohen JS, Insel PA.** The physician's desk reference. Problems and possible improvements. *Arch Intern Med* 1996; 156:1375-80.
 37. **Relman A.** Economics incentives in clinical investigation. *N Engl J Med* 1989; 320: 933-4.
 38. **Goldfinger S.** A matter of influence. *N Engl J Med* 1987; 316: 1408-9.
 39. **Blumenthal D, Causino N, Campbell E, Louis KS.** Relations between academic institutions and industry in the life sciences. *N Engl J Med* 1996; 334: 368-73.
 40. **Abel-Smith A, Mossialos E.** Cost containment and health care reform. A study of the European Union London School of Economics and Political Science. Occasional paper in Health Policy N° 2. London, 1994: 55 p.
 41. **Banco Mundial.** Inversión en Salud. Reporte. Washington, 1993: 110 p.
 42. **Mc Keown TH.** Los orígenes de las enfermedades humanas. Barcelona: Crítica, 1990: 316 p.
 43. **Mc Neill WH.** Plagas y pueblos. Madrid: Siglo XXI, 1984: 311 p.
 44. **Burstell ML.** 1992 and the regulation of the pharmaceutical industry. London: I.E.A. Health serie 9, 1992.
 45. **Callejón M, Ortún Rubio V.** Los medicamentos en España: mercado único y utilidad social. In: Evaluación económica de tecnologías sanitarias. Pamplona: Aes, 1990: 145 p.
 46. *The Economist.* January 17, 1990.
 47. **Melmon KL.** Preventable drug reactions causes and cures. *N Engl J Med* 1971; 284: 1366-8.
 48. **The Boston Consulting Group.** The changing environment for U.S. pharmaceuticals. The rol of pharmaceutical companies in a system approach th health care. 1993.
 49. **Organización Mundial de la Salud.** Selección de Medicamentos Esenciales. Ginebra: OMS, 1979. (Serie de Informes Técnicos N° 641).
 50. **González G.** Conferencia "1er. Encuentro de economía de la salud del Mercosur". Montevideo, 1996.
 51. **Beecher HK.** El potente efecto placebo. *J Am Med DSSOP* 1995; 159:1602-6.
 52. **Relman AS.** Dealing with conflicts of interest. *N Engl J Med* 1985; 313: 749-51.
 53. **Margolis LW.** The ethics of accepting gifts from pharmaceutical companies. *Pediatrics* 1991; 88: 1233-7.
 - 53a. **Vand der Heest S.** Introduction pharmaceuticals in the world. The local perspective. *Soc Sci Med* 1987; 25: 273-6.
 54. **Orlowski JP, Wateska L.** The effects of pharmaceutical firm enticements on physician prescribing patterns. There's no such thing as a free lunch. *Chest* 1992; 102:270-3.
 55. **Angell M, Kassirer JP.** Editorials and conflicts of interest. *N Engl J Med* 1996; 335:1055-6.
 56. **Deyo R, Psaty B, Simon G, Wagner EH, Omem GIS.** The messenger under attack. Intimidation of researchers by special interest groups. *N Engl J Med* 1997; 336: 1176-801.
 57. **Rowell M, Zlotkin S.** The ethical boundaries of drug research in pediatrics. *Pediatr Clin North Am* 1997; 44:27-40.
 58. **Blumenthal D, Campbell E, Causino N, Seashore K.** Participation of Life-science Faculty in research relationships with industry. *N Engl J Med* 1996; 335: 1734-9.
 59. **Wise P, Drury M.** Pharmaceutical trials in general practice: the first 100 protocols. An audit by the Clinical Research Ethics Committee of the Royal College of General Practitioners. *Br Med J* 1996; 513: 1245-8.
 60. **Association of Proffesors of Medicine.** Creating solutions to meet the challenges facing biomedical research: report of the 1996 Association of Professors of Medicine Fall Symposium. *Am J Med* 1997; 102: 133-40.
 61. **Lewis J, Lewis A.** Clinical trials in departments of internal medicine: ingredients for success. *Am J Med* 1997; 102: 323-8.
 62. **Organización Mundial de la Salud.** Criterios éticos para la promoción de medicamentos. Ginebra: OMS, 1988.
 63. **Facultad de Medicina (Montevideo).** Las relaciones entre los servicios de la facultad y las firmas y representantes del área biomédica. Resoluciones del Consejo de la Facultad 38 del 17/VII/96 y 5 del 5/III/97.
 64. **Organización Panamericana de la Salud.** Cuadernos del Programa Regional de Bioética. N° 3, Santiago de Chile, 1996. Edición limitada mimeografiada.
 65. **Elster J.** Psicología política. Barcelona: Gedisa, 1995: 213 p.
 66. **Sontag S.** La enfermedad y sus metáforas. Buenos Aires: Taurus, 1996: 176 p.