

# LA PUBLICIDAD DE LOS MEDICAMENTOS: ¿RIESGO O BENEFICIO?

J. A. C. Barros

Universidade Federal de Pernambuco. Núcleo de Estudos de Saúde (NESC), Recife/PE

## Resumen

Ya está suficientemente comprobada la importancia del rol asignado al médico en el consumo de los medicamentos. A partir de su condición de intermediario de la adquisición y dispensación de medicamentos, el prescriptor es la gran diana de las actividades promocionales de los productores, orientadas hacia la optimización de las ganancias aunque bajo el disfraz del propósito de educar y/o informar. Diferentes estudios evidenciaron el lugar destacado ocupado por las fuentes comerciales sobre la prescripción. La presente revisión enfatiza dos de estas fuentes -los anuncios en revistas y el visitador médico- concluyendo a partir de múltiples estudios que los primeros en general presentan informaciones sesgadas o incompletas mientras que el segundo cumple el papel de mero agente de ventas. Se presentan igualmente las fuentes profesionales de información y los alcances y límites de dos de ellas: las guías farmacológicas y los boletines terapéuticos.

**Palabras clave:** Publicidad farmacéutica. Información sobre medicamentos. Influencias sobre la prescripción.

## DRUG ADVERTISEMENT: RISK OR BENEFIT?

### Summary

It is obvious how important is the role of the physicians on drugs consumption. On account of their intermediation in the procurement and consumption of medicines, the prescriber is the main focus of manufacturers' promotional activities aiming at increasing sales and profits although these activities often are disguised as a means of education or information. Many reports have been issued emphasizing the influence of commercial sources upon the prescription. This text reviews two of them -advertisements in medical journals and the representatives- arriving to the conclusion that first ones display informations that are biased and incomplete while the representative in fact acts as a sales agent. The professional sources of information for prescribers are also described being evaluated how far-reaching the sources referred can be.

**Key words:** Pharmaceutical advertisements. Information on drugs. Influences upon prescription.

## Los medicamentos en la actualidad

**A** lo largo del tiempo, sobre todo en las décadas más recientes de desarrollo de la medicina y de la industria farmacéutica, el tratamiento farmacoterápico ha asumido un lugar más relevante en el entorno de los servicios asistenciales de salud, particularmente en la práctica médica.

El incremento de la prescripción y del consumo de medicamentos tiene relación con la sobreestimación del rol de la tecnología médica -y, en particular, de la farmacéutica- en un entorno que privilegia el mecanicismo como interpretación del

fenómeno salud-enfermedad y que genera la *medicalización*<sup>1</sup>. Los determinantes y consecuencias de estas prácticas han sido estudiados fuera y en el interior del sector salud<sup>2-5</sup>. Mecanismos ideológicos, potenciados por las prácticas del llamado *complejo médico-industrial*, actúan fuertemente hacia la creación de la idea de que la salud y el bienestar existirán en la medida del acceso al consumo de los bienes y servicios generados por la tecnología médica<sup>6</sup>. Se ha denominado '*medicalización*' al fenómeno de la dependencia creciente de las personas a los servicios médicosanitarios y su intromisión creciente en la vida de las personas; a ellos cabría solucionar

*Correspondencia:* Rua Jader de Andrade, 322 Apto. 202 Casa Forte 52061-060 Recife PE- Brasil.

Este artículo fue *recibido* el 8 de mayo de 1995 y fue *aceptado*, tras revisión, el 28 de agosto de 1995.

incluso problemas cuyo origen es mucho más de naturaleza socioeconómica o emocional que propiamente de orden médico<sup>4,6,7</sup>. Estos fenómenos, a su vez, están enmarcados por la ideología del consumo. En el trasfondo de la lógica de mercado dominante y de sus intereses se puede identificar una triple dimensión asumida por el medicamento, en la forma como lo expresa Lefèvre al recalcar que hay que entenderlo "como una mercancía que traduce un proceso de reificación de la salud; como un agente quimioterápico que actúa aliviando, curando y controlando procesos mórbidos al nivel del organismo y como símbolo que posibilita que la salud (o más precisamente, la Salud "biologizada") esté representada en el medicamento"<sup>9</sup>.

### Estudiando el patrón de la prescripción

Diversos estudios han intentado examinar la calidad de la prescripción llevando en consideración criterios que definirían "prescripción racional". Algunos de estos estudios remontan ya al inicio de los años 60, como es el caso de los de Wilson y colaboradores, realizados en el Reino Unido y orientados hacia el patrón de prescripción de los *general practitioners (GPs)* y el papel asignado a diferentes fuentes de información terapéutica.

En el primer estudio, se evaluaron las fuentes de información elegidas por 39 *GPs* -entre las nueve listadas- y por ellos utilizadas en las prescripciones formuladas durante el estudio, para el tratamiento de las enfermedades seleccionadas entre los 28 diagnósticos propuestos. Las fuentes más usadas fueron en orden decreciente: el entrenamiento médico, el *British National Formulary (BNF)* y la industria farmacéutica (al discriminar las fuentes según los diagnósticos, ésta ocupó el primer lugar en las prescripciones para infecciones bacterianas; en relación a gran parte de los diagnósticos las fuentes comerciales de información terapéutica son citadas en una proporción superior a los 20%). Llamó la atención el hecho de que los médicos más jóvenes refirieron un grado mayor de utilización del BNF y de la "discusión con colegas" evidenciando igualmente una menor dependencia de las informaciones comerciales<sup>10</sup>. Coleman discute la influencia de los contactos con los colegas en relación a la proporción en que un nuevo fármaco es prescrito, llegando a la conclusión de que la discusión con otros médicos juega un papel más importante cuando el tratamiento implica en mayores riesgos<sup>11</sup>.

Teniendo igualmente la edad como referencia, un estudio realizado en Holanda concluyó que los *GPs* más jóvenes prescribían de forma más racional, cuando comparados con sus colegas de más edad y que esto era reflejo de los patrones de obtención de la información<sup>12</sup>.

Según el otro estudio realizado por Wilson y cols., utilizando los mismos médicos y siguiendo método idéntico al de la encuesta anterior, se concluyó que el uso relativo de las diferentes fuentes de información, por el conjunto de los *GPs*, no fue significativamente diferente en los dos estudios<sup>13</sup>.

El interés por temas relacionados con la prescripción es patente por la multiplicidad de investigadores que a lo largo de las tres últimas décadas fueron realizadas contemplando diferentes abordajes del problema. Ya al final de la década de los años sesenta, Stolley y Lasagna realizan una interesante revisión de varios estudios efectuados sobre el patrón de prescripción (basados en datos extraídos de la comercialización, de estudios sobre la práctica prescriptora de los médicos y de la monitorización de la misma en hospitales<sup>14</sup>). Algunos investigadores intentan averiguar el patrón de prescripción, como es el caso de los estudios de Muller (uno de ellos procura validar, a través de la revisión por consultores externos, las prescripciones realizadas en dos centros sanitarios de Nueva York (un hospital y un ambulatorio)<sup>15</sup>, otros, se preocupan por la innovación, sea en cuanto a los factores involucrados en su diseminación entre los médicos<sup>11</sup>, sea buscando verificar la manera como ellos reaccionan a la promoción de un nuevo fármaco (como ejemplo véase el estudio realizado en Canadá: 506 médicos, tanto especialistas como clínicos generales respondiendo a un cuestionario en el cual las 12 cuestiones se referían a tres fármacos relativamente recientes: un antibiótico, un anorexígeno y un tranquilizante; la mayoría de los entrevistados -particularmente entre los clínicos generales- informaron que habían tomado conocimiento del producto por el visitador. Las revistas médicas y la publicidad por correo, fueron las dos fuentes siguientes más citadas<sup>16</sup>).

En su estudio -una investigación pionera sobre el proceso de difusión de un nuevo lanzamiento- Coleman recalca la senda influencia ejercida por algunos médicos, clasificados como *leaders* o *trend-setters* cuyas recomendaciones sobre farmacoterapia intensificarían la "tasa de difusión"; entre los varios canales de influencia que preceden la prescripción inicial de una innovación, el autor concluye que el "visitador" y un "colega" tenían mayor peso que los medios impersonales como "revistas" o "anuncios"<sup>11</sup>.

**Tabla 1. Estimación de la proporción de los ingresos gastados en propaganda por la industria farmacéutica**

Fuente	Ingresos/ Propaganda %	Actividades
IMS América	9,9	Correo, revistas, visitador
IMS y PMR	13,6	Propaganda general
Sainbury	13,9	Propaganda general
Schwartzman	12,4	Propaganda general
PMA	8,8	Correo, revistas, visitador
FDA	24,0	Propaganda general
Social Security Administration	20,8	Propaganda general
HEW	20,0	Propaganda general
Comité del Senado	24,0	Propaganda general

Tomado de Mackowiak (1985).

### Fuentes de información utilizadas por los prescriptores

Los datos disponibles evidencian que los gastos efectuados por la industria farmacéutica en actividades de promoción son bastantes elevados, hecho que puede ser tomado como señal de que las mencionadas actividades cumplen con el propósito que las motivan: ampliación de las ventas influenciando al público, pero sobre todo intentando cambiar los hábitos de prescripción de los médicos.

Cabría preguntar si los gastos realizados por la industria con actividades promocionales serían, de hecho, imprescindibles para generar las ganancias inherentes a la lógica del mercado capitalista o para la continuidad de la investigación y desarrollo de nuevos fármacos, o más bien ¿los mencionados gastos estarían en realidad promocionando la prescripción y el uso irracional de los medicamentos?

Múltiples estudios realizados demuestran que la industria farmacéutica gasta un promedio del 25% de sus ingresos globales en publicidad y actividades afines. Otros datos mencionan gastos entre un 20 y un 40% de los ingresos mencionados, pero en cualquier caso representan cerca del doble del montante destinado a la investigación y desarrollo de nuevos fármacos<sup>17</sup>. El resumen publicado por Mackowiak<sup>18</sup> (Tabla 1) incluye estimaciones de la proporción de las ventas empleadas en propaganda. Las cifras disponibles ponen de manifiesto que el promedio del gasto anual con la promoción alcanza entre tres y ocho mil dólares por médico<sup>19</sup>.

Hay múltiples argumentos a favor y en contra del elevado nivel de gastos en relación con las ventas, como los presentados por Mackowiak<sup>18</sup>, sintetizados en la tabla 2.

En Brasil, según declaración de los productores a una comisión del Parlamento, un 18,5% de los

**Tabla 2. Argumentos en favor y en contra del alto grado de ingresos de la industria farmacéutica gastados en propaganda**

Argumentos favorables	Argumentos contrarios
Educar a los médicos es una tarea cara	Propaganda aumenta los costes
Propaganda masiva se relaciona a una producción igualmente masiva	Exceso de fármacos provoca reacciones adversas e incrementa los costes.
Adopción rápida de nuevos fármacos incrementa los beneficios a la salud	Propaganda provoca prescripción y uso masivo de medicamentos
Propaganda incrementa las ventas favoreciendo aumento de gastos en I+D	Propaganda engañosa causa uso inadecuado de medicamentos

Elaborada a partir de Mackowiak JP. *Soc Sci Med* 1985.

ingresos de las empresas se utilizaron en propaganda, mientras que los visitadores acaparaban un 13,3% del total<sup>20</sup>.

### Fuentes comerciales de información

Entre los múltiples factores estudiados y que evidenciaron tener influencia en la prescripción destacan las fuentes de información utilizadas, particularmente las producidas y distribuidas a la larga por la industria farmacéutica<sup>18</sup>. Ésta utiliza mecanismos directos e indirectos; en este último caso, especialmente a través de la financiación de programas de educación continuada y de asociaciones y revistas médicas, así como la producción de material educativo y las relaciones con autoridades sanitarias, políticos y determinados médicos, especialmente profesores y especialistas famosos (los llamados "Key-physicians")<sup>21</sup>, entre los canales directos se encuentran la distribución de muestras gratuitas, así como de revistas y otros materiales impresos, actividades de relaciones públicas -tales como regalos, recepciones o viajes- anuncios en revistas médicas, visitadores, etc.

#### *Los anuncios en las revistas médicas*

Una encuesta realizada en Boston sobre los hábitos de prescripción en la que se entrevistó a 85 médicos, el 68% de ellos contestó que los anuncios tenían una influencia "mínima", el 28% respondió que la influencia era "moderada" y para el 3% la influencia de la fuente de información mencionada era "grande". En cuanto a los artículos científicos sobre medicamentos, éstos constituían un determinante "importante" o "moderadamente importante"

para un 62% y un 34%, respectivamente, de los entrevistados. Cuando se preguntaba sobre los vasodilatadores o reactivadores cerebrales -sobre los cuales había muchos anuncios-, el 32% de los entrevistados opinó que estos fármacos evidenciaban utilidad en el tratamiento de los pacientes geriátricos con un cuadro de confusión<sup>22</sup>.

Un equipo constituido por dos médicos y un farmacéutico evaluó un total de 109 anuncios insertados en diez de las principales revistas médicas de los EE.UU. y que ocupaban toda una página. Además de juzgar su conformidad a los criterios establecidos por la FDA, se pretendió evaluar el valor educativo y el contenido global de la publicidad vehiculada. La mayor parte de los anuncios analizados (un 92%) contravenían, como mínimo, una de las normativas de la FDA. Los problemas detectados incluían planteamientos imprecisos, información inadecuada o incompleta sobre efectos adversos, contraindicaciones, eficacia, seguridad y efecto de los fármacos en grupos específicos de pacientes. Con respecto al valor educativo, los revisores opinaron que era poco significativo o inexistente<sup>23</sup>.

En otro estudio se realizó un análisis exhaustivos de anuncios publicados en las revistas médicas más importantes de 18 países. Tenía por objetivo hacer un diagnóstico de la situación tras la aprobación de los criterios éticos para la promoción de los medicamentos propuestos por la OMS en 1968 y actualizados dos décadas después<sup>24</sup> además de proponer un método para valorar el impacto de estos criterios en los anuncios estudiado. (algunas deficiencias presentes en esta propuesta de la OMS han sido superadas en la resolución aprobada en la última asamblea de la organización)<sup>25</sup>. El análisis de los datos concluyó que, aunque esté presente el nombre genérico, los anuncios centraban el mayor interés en llamar la atención sobre la marca comercial; en la mitad de ellos no constaba advertencias y precauciones y un 40% carecía del apartado "contraindicaciones" y "afectos adversos". Se puso de manifiesto el hecho de que el contenido de los anuncios en las revistas de los diferentes países (desarrollados y subdesarrollados) presentaba poca diferencia<sup>26</sup>.

Un estudio realizado en España revisó los componentes farmacológicos y publicitarios de anuncios publicados en cuatro revistas médicas editadas en el año 1989. Entre los resultados encontrados, se destaca el hecho de que la proporción media observada entre el contenido publicitario y el propiamente farmacológico era de 3/1<sup>27</sup>. Esta misma proporción fue detectada en un estudio anterior, dirigido específicamente a evaluar la publicidad insertada en 49 números de revistas pediátricas españolas (análisis de 604 anuncios). Los autores detectaron que las

palabras clave que definían el fármaco carecían de rigor científico; en algunos casos parecía que la publicidad era similar a la de un detergente<sup>28</sup>.

En el análisis de los 111 anuncios publicados en la principal revista médica de Sri Lanka (*Ceylon Medical Journal*) y que ocuparon un 49% de las páginas de las ediciones de 1988 y 1989, los autores llaman la atención sobre las fotografías y dibujos -presentes en 2/3 de los anuncios-; la mayor parte tenía connotaciones que sobrepasaban su presunto papel de enfatizar el carácter científico de las informaciones contenidas<sup>29</sup>. Las técnicas publicitarias, al hacer uso de recursos basados en conocimientos de la psicología, ya habían concluido hace tiempo que los contenidos no verbales de los anuncios pueden tener gran impacto. La historia de la publicidad de los tranquilizantes y sedantes evidencia claramente la forma como los productores utilizaron -y siguen utilizando- mensajes pictóricos para promover el uso de las benzodiazepinas, particularmente para las mujeres<sup>5</sup>.

A partir de la constatación de que la gran mayoría de las revistas médicas son parcialmente financiadas por los anuncios, sería pertinente cuestionar hasta dónde la necesaria y esperada independencia de los editores estaría preservada<sup>30</sup>. En este sentido, es bastante ilustrativa esta declaración de un médico, ex-empleado de Pfizer, a la comisión de investigación del Senado de los EE.UU: "Un número sustancial de los así llamados artículos científicos... se escribe tras las puertas de las empresas farmacéuticas interesadas. Frecuentemente el médico firmante sólo hace las observaciones empíricas; sus datos, muchas veces incompletos y acrílicos, se someten a un médico escritor empleado por la empresa. Éste prepara el artículo y lo devuelve al firmante, quien hace el "esfuerzo" de enviarlo para su publicación... frecuentemente a una de las revistas que esperan publicidad de la empresa y que rara vez se niega a imprimirlo. No importa mucho de qué revista se trate; lo que primariamente preocupa es que el artículo se publique, sea donde sea, para poder hacer separatas... En una ocasión me asignaron la tarea de escribir uno acerca de una formulación nueva de un antibiótico de amplio espectro. Me dijeron que ya había sido aceptado para su publicación y antes de que lo hubiera terminado ya habían encargado 100.000 copias. El artículo, por supuesto, se publicó en el momento previsto que, por casualidad, coincidió con la puesta en venta del producto" (citado por Lobo)<sup>31</sup>. Por otro lado, la hipótesis de financiación exclusiva de las revistas por parte de los suscriptores, aparentemente no tendría aprobación general debido a la opinión expresa por muchos médicos de que los anuncios tienen un carácter informativo<sup>32</sup>.

Además de los recursos tradicionales de promoción, las perspectivas de cara al futuro se orientan hacia el uso más intensivo de propaganda directa al usuario, publicidad para los médicos a través de la televisión por cable o atención a la demanda de informaciones sobre productos específicos, además de la publicidad a través de la terminal de un ordenador<sup>18</sup>. En julio de 1991, la FDA comunicó a las empresas farmacéuticas que todo material divulgado como "de relaciones públicas", incluyendo los "video news releases", debían ser considerados "material promocional". El mencionado material estaría bajo las mismas normativas, en la medida en que incluya información "que haga cualquier representación o sugerencia relacionada con el uso de un medicamento que pueda ser reconocido (sea o no identificado explícitamente el producto o su patrocinador)"<sup>33</sup>.

#### *El papel del visitador médico*

En la perspectiva de la industria farmacéutica, los visitadores tendrían un doble papel: por un lado, una función comercial, orientada hacia el incremento de las ventas de los productos específicos de la empresa y, por otro lado, una supuesta función educativa. Lexchin recalca el conflicto de intereses inherente a las dos funciones ya que el incremento del consumo de medicamentos no siempre es compatible con mejores niveles, sea de la calidad de la prescripción, sea de la salud de los usuarios<sup>34</sup>.

Una proporción significativa de los gastos promocionales de la industria se concentra en los visitadores. En 1983, esta proporción llegó a un 55% en el Reino Unido, suficiente para asegurar la existencia de un visitador para cada ocho médicos generales<sup>35</sup>.

Datos procedentes de otros estudios ratifican el importe del gasto realizado en el Reino Unido, al referirse a estimaciones de que un 50% del presupuesto gastado en promoción se destina al visitador<sup>18</sup>.

Además de las consecuencias negativas directas sobre la prescripción y la utilización de los medicamentos, los gastos mencionados se reflejan en el precio de los medicamentos. En Canadá, donde hay un promedio de un visitador para cada 18 médicos, el incremento en el precio final de los medicamentos, resultante de los gastos con este tipo de actividad, fue estimado en un 10%<sup>34</sup>. Algunos estudios realizados ya en la década de los 50 y otros más recientes, realizados con el intento de identificar las fuentes de información y de influencia sobre la prescripción, señalan el lugar destacado que ocupa el visitador como origen del conocimiento de la

existencia de un nuevo fármaco por parte del médico. Según encuestas realizadas a médicos, el visitador es la primera fuente, seguida de anuncios en revistas médicas y propaganda enviada por correo, destacándose variaciones en el grado de influencia de las diferentes fuentes en conformidad con la especialidad médica o el tipo de fármaco promocionado. Por ejemplo, en el caso de que haya percepción de riesgos potenciales asociados al uso de un determinado medicamento, se constató que los colegas actúan como importante agente de legitimación<sup>36</sup>. También se ha observado que las características y el nivel de formación de los médicos (tanto la educación general como la educación científica) de los médicos hacen que la información oral sea más retenida y utilizada que la escrita; esta constatación llevó a Peters a lamentar que aquellos que tienden a ofrecer al médico informaciones imparciales no hagan uso también de visitadores debidamente entrenados<sup>37</sup>.

En cuanto al contenido de las presentaciones para los médicos, un estudio realizado sobre las mismas en Finlandia en 1977, incluía visitadores de 30 empresas diferentes y constató que con frecuencia estaban ausentes informaciones sobre efectos adversos y contraindicaciones<sup>38</sup>. El estudio concluyó que el éxito de la tarea del visitador se mide no por la mejora en el conocimiento de los prescriptores, sino por el volumen de las ventas (una encuesta con visitadores de 21 empresas del Reino Unido evidenció que un 87% de los entrevistados refirió haber recibido con antelación cuotas de ventas a ser alcanzadas<sup>19</sup>. Un estudio de seguimiento realizado en 1986, monitorizó 69 presentaciones y llegó prácticamente a las mismas conclusiones<sup>34,39</sup>). Otra encuesta realizada a médicos ingleses en 1990, registró que un 68% de los entrevistados afirmaba que en el año en curso había recibido por lo menos una visita en que se evidenció la insuficiencia de conocimientos sobre el producto por parte del visitador; un 79% de los médicos contestó que no recibía información suficiente sobre los efectos adversos y en un 66% de los casos se habían ampliado las indicaciones<sup>35</sup>.

Los hallazgos del estudio realizado por Hemminki en Finlandia, así como los provenientes de la extensa revisión realizada por Lexchin, son suficientemente concluyentes en el sentido de que el visitador es, sobre todo, un agente de ventas<sup>34,38,40,41</sup>.

Una investigación amplia realizada por el Senado de los EE.UU., al inicio de los años 60, ya ha puesto en evidencia la actuación del visitador; el Informe final recalca que las informaciones transmitidas por este profesional tenían como características básicas su naturaleza no científica, meramente

publicitaria, algunas veces francamente desorientadoras, inmorales y atentatorias contra la salud pública. Aún más: este tipo de conducta del visitador no estaría motivado por un eventual deseo de ampliación de sus comisiones ya que estaría enmarcada en las estrategias de marketing del conjunto de las empresas (citado por Lobo)<sup>31</sup>.

Lexchin recalca que la literatura disponible demuestra que el visitador es considerado por el médico como la alternativa más importante para tomar conocimiento de la existencia de un nuevo fármaco o como una fuente útil de información sobre medicamentos. Así se manifestó el 42% de una muestra aleatorizada de médicos encuestados en Tennessee; el 56% de 200 médicos de familia canadienses; el 80% de los médicos incluidos en una encuesta realizada en New Jersey (EE.UU.); el 70% de 284 médicos entrevistados en Nueva Zelanda<sup>34</sup>. Un estudio realizado en Finlandia entrevistó visitadores y ex-visitadores con el propósito de aclarar su papel: ¿su actividad es de hecho clasificable como de "relaciones públicas", impartiendo informaciones, caso en que las ventas ocuparían un rol secundario o el incremento de las ventas constituye la prioridad"? La autora concluyó que los visitadores son mucho más agentes de ventas; en el caso de que él ofrezca informaciones importantes, se trata de un efecto producido por un método de ventas<sup>40</sup>.

Al considerar las opiniones emitidas en relación a la calidad y necesidad de las aportaciones del representante de las empresas -"visitador médico" en España; "visiteur médicale" en Francia; "representative" en el Reino Unido y "detail-man", EE.UU.- se puede concluir que su influencia es bastante significativa. En este sentido, en la encuesta realizada en Recife (Brasil,) el 35% de los médicos entrevistados clasificó el carácter científico de las informaciones del visitador como "bueno" u "óptimo" y el 41% lo consideró "razonable", tan sólo un 23% de los médicos opinó que el carácter mencionado era "débil" o "muy débil"<sup>37</sup>.

Por otro lado, en esta misma encuesta, tan sólo el 21% de los entrevistados consideró innecesaria la actuación del "visitador"; para el 46% de los médicos se podría prescindir de la actuación mencionada si están aseguradas alternativas que puedan sustituir el rol a ella asignada. Entre las justificaciones presentadas por los entrevistados para la actuación del visitador, se destacaron las de que él era un instrumento de actualización (por su intermedio era posible tomar conocimiento de las "novedades" o de los productos que se retiraron del mercado); otros otorgaron importancia a su condición de fuente de muestras gratuitas; un médico afirmó que el visitador era "un mal necesario".

En definitiva, ya está suficientemente demostrado que hay una relación directa tanto entre el nivel de prescripción de un fármaco y su publicidad, como entre el incremento de la confianza del médico en las fuentes comerciales de información y la proporción de prescripciones que pueden ser clasificadas como irracionales. En referencia específicamente a la existencia del visitador, parece válido cuestionar la utilidad y necesidad de su labor en la medida que "a pesar del entusiasmo hacia el visitador demostrado tanto por los gremios profesionales médicos como por organismos gubernamentales, no hay razones válidas para que los médicos reciban los visitadores y la prescripción de los que lo hacen sufren las consecuencias. La principal función del visitador es incrementar el consumo de los medicamentos y al hacerlo se incrementa el coste económico de la prescripción resultando igualmente en costes adversos para la salud. Creo que recibir visitadores es perjudicial a la práctica de la buena medicina y que tanto los intereses de los médicos como los de los pacientes serían contemplados si los médicos prescindiesen de los visitadores"<sup>34</sup>.

---

#### Fuentes profesionales de información

Las "Guías Terapéuticas" disponibles en diferentes países con frecuencia constituyen más un instrumento adicional y eficaz de propaganda que una fuente objetiva y fiable de información. En este sentido la evaluación realizada en el *Compendium of Pharmaceuticals and Specialities (CPS)* en Canadá es suficientemente ilustrativa. Aunque tenga algunas características que lo hacen diferentes del *Physician's Desk References* de los EE.UU., el CPS cumple funciones similares. Lo publica anualmente la *Canadian Pharmaceutical Association*, organización que representa a los profesionales farmacéuticos de este país. Sin embargo, casi la totalidad de su contenido tiene origen en material aportado por los productores de los medicamentos descritos. El estudio revela que el CPS incluye de manera no crítica productos inadecuados, amplía los beneficios e infravalora los efectos adversos de muchas especialidades farmacéuticas. Además, no compara la eficacia de fármacos diferentes indicados para una misma enfermedad y no informa sobre cuál sería el fármaco de elección<sup>42</sup>.

En cuanto a los boletines sobre medicamentos, implementados en las últimas tres décadas, intentan mantenerse independientes de la industria farmacéutica y, en la medida de lo posible, de los gobier-

nos. Estas publicaciones intentan ofrecer a sus lectores informaciones profesionales imparciales y no sesgadas. Se caracterizan por la brevedad de las revisiones críticas que ofrecen a los profesionales de la salud y persiguen el objetivo de ayudarlos a tomar mejores decisiones en el tratamiento. Presentan un enfoque distinto de la mayoría de los artículos sobre fármacos publicados en revistas médicas: los problemas terapéuticos se examinan desde el punto de vista del prescriptor; revisan el papel de un fármaco específico, discutiendo la evidencia científica de su valor práctico; comparan estrategias terapéuticas y fármacos que compiten entre sí y presentan conclusiones sobre "cuándo" y "por qué", así como sobre "la manera" de utilizar un determinado tratamiento si éste está justificado. Los boletines se ocupan de explicar las informaciones esenciales para usar los fármacos, pero carecen de espacio para los detalles (este nivel de profundización puede encontrarse en los libros o en las llamadas "data sheet" -en este último caso, sin embargo, expresan mucho más los puntos de vista de los productores o de la agencia estatal, responsable por el registro-; desde luego, estas informaciones presentan con frecuencia dificultades al prescriptor para traducirlas a la práctica clínica. Actualmente se publican más de 50 boletines terapéuticos y en 1986 se creó *The International Society of Drugs Bulletin* con el objetivo de impulsar y asesorar el desarrollo de boletines independientes, así como potenciar la cooperación entre ellos<sup>43</sup>. Los estudios de evaluación del impacto de los boletines en la prescripción son escasos y a veces presentan resultados contrapuestos. Una evaluación realizada con el propósito de valorar el impacto de un boletín terapéutico en la prescripción de analgésicos orales en un hospital universitario, detectó un efecto significativo, aunque de corta duración. El boletín desestimulaba el uso de propoxifeno y recomendaba el empleo de la aspirina y de paracetamol, sugerencias que de hecho fueron transitoriamente seguidas por los prescriptores<sup>44</sup>. La revisión del tema realizada por Plumridge llega a la conclusión de que, aunque haga falta aclarar las razones determinantes del éxito o fracaso de los boletines terapéuticos, parece que muchos de ellos no consiguen alcanzar su clientela diana. Se sugiere que la eficiencia de los boletines puede aumentar a través de la mejora de su componente visual, además del énfasis en el carácter científico y práctico de su contenido y de la preocupación por el uso de técnicas de persuasión y de un estilo asequible<sup>45</sup>. La revista francesa *Pescrire* -ahora también con una edición internacional, publicada en inglés- sería un buen ejemplo de ello.

## Los intentos de autorregulación

En 1981, la *International Federation of Pharmaceutical Industry* (IFPMA); creada en 1968 y registrada como una ONG por la OMS en el año 1971, la IFPMA está constituida por 50 asociaciones de productores presentes en 51 países y que responden por casi el 80% de la producción mundial de medicamentos sujetos a la prescripción propuso un código de ética que debería servir como baremo a las actividades de promoción de sus asociados<sup>46</sup>. Por lo menos hay tres razones que podrían explicar este tipo de iniciativa: a) la industria farmacéutica estaba siendo de manera creciente el blanco de críticas originadas por organizaciones de consumidores; b) la industria quiso anticiparse al surgimiento -a nivel nacional o internacional- de códigos que intentasen imponer restricciones a sus actividades de marketing; c) la buena imagen y credibilidad de la industria, constantemente amenazada, tiene una gran importancia comercial. El código es propuesto como un modelo a ser seguido voluntariamente por las asociaciones miembros de la IFPMA. Proclama en su primera sección que la industria está obligada a ofrecer información científica, con adhesión escrupulosa a la verdad y con planteamientos claros en relación a las indicaciones, contraindicaciones, tolerancia y toxicidad; ningún producto debe ser promocionado como *seguro* y *efectivo* para una indicación antes que sea aprobada para aquella indicación. Además las empresas deben impartir informaciones sobre la seguridad, contraindicaciones, efectos colaterales y riesgos tóxicos de sus productos, siguiendo las prácticas médicas y de reglamentación de sus respectivos países. Asimismo, prácticamente todas las actividades promocionales son contempladas en el código, siendo proclamadas como importantes para diseminación de la información, enfatizándose que el carácter científico de las mismas debe ser el blanco más importante<sup>47</sup>.

El mencionado código, al estar constituido por reglas muy genéricas, admite varias interpretaciones; además de la necesidad de monitorización, indispensable a cualquier normativa que dependa de una adhesión voluntaria, no se prevean sanciones para los infractores ni tampoco instrumentos que incentiven a los productores para que cumplan las normas propuestas. Al no prever una instancia evaluadora independiente se crean sospechas en cuanto a la viabilidad práctica del juicio en causa propia<sup>48</sup>. Tanto es así, entre 1982 y 1991, la IFPMA recibió 926 reclamos de ruptura del código (un 86% de los casos fueron presentados por organizaciones de consumidores y los demás tuvieron origen en la

OMS). Si embargo, tras su evaluación fueron consideradas como violación al código, tan sólo un 56% de las quejas<sup>46</sup>.

Inspirados en el código de la IFPMA, algunas afiliadas locales tomaron la iniciativa de elaborar sus propios códigos, como es el caso de Nueva Zelanda, Australia, Reino Unido, Brasil, Canadá y España.

Con frecuencia se han detectado ejemplos de ruptura con los principios institucionalizados por la propia industria. En 1989, el Comité responsable de la vigilancia del cumplimiento del código de la *Association of the British Pharmaceutical Industry* (ABPI) consideró engañosos los anuncios de Cytotec<sup>®</sup> (misoprostol) producido por Searle<sup>49</sup>. Un análisis detenido, realizado también en relación a las prácticas promocionales patrocinadas por la industria farmacéutica de Inglaterra durante el período 1983/1988, detectó con contravenciones variopintas de su código voluntario. Al estudiar las reclamaciones remitidas a la ABPI, se constataron un promedio de 100 contravenciones al código por año; más del 70% de ellas también representaron violaciones del *United Kingdom Medicines Act*<sup>50</sup>.

La lentitud en la toma de decisiones por los comités responsables constituye otra limitación importante de estos tipos de códigos (puede tardar semanas o meses). Frecuentemente, el tiempo transcurrido entre la queja y la comunicación de la decisión a la empresa para que interrumpa la actividad considerada inadecuada es tan largo que el daño ya está hecho. Además, en muchos casos, no se requiere que las compañías hagan publicidad correctora con el fin de informar a los médicos sobre los equívocos cometidos.

A pesar de los aspectos señalados y que provocan que los intentos de autorregulación sean instrumentos poco eficaces, los códigos laborados por la industria pueden mejorar si se trata de:

- Eliminar sus ambigüedades y evasivas
- Incluir apartados orientados a reforzar medidas de interés de la salud pública
- Introducir sanciones efectivas, además de mecanismos para contrarrestar las violaciones y sobre todo para prevenirlas.

Es bastante llamativo el planteamiento hecho por un ejecutivo de la *Ciba-Gegy's Pharma Policy Unity* al afirmar que sería una actitud sabia por parte de las empresas, en favor de sus intereses, adoptar estándares más elevados que los establecidos por las mismas o por sus asociaciones y que, debido a su misma esencia, están orientados fundamentalmente hacia la defensa del *status quo*<sup>18</sup>.

Hay otros instrumentos a propuestas de control que no los relacionados a la autorregulación antes comentada y a los que se puede atribuir un mayor

grado de eficacia, como es el caso de las medidas tomadas por la FDA, en los EE.UU. Los criterios éticos de la OMS, aunque en su versión más completa, tal como se aprobó en la asamblea de la organización en 1994, siguen siendo meras sugerencias a los gobiernos y que no están implementados incluso en muchos de los países que los aprobaron<sup>25,51</sup>. En el caso de España cabría hacer referencia al reciente decreto real sobre la propaganda farmacéutica en la media y que incluye restricciones como por ejemplo la prohibición de utilizar niños en la publicidad de medicamentos vehiculada por la televisión.

---

## Conclusión

La propaganda de los medicamentos, realizada a través de diferentes medios, ciertamente es una de las fuentes de información más utilizadas sobre estos productos influenciando tanto la comunidad, como muy particularmente los profesionales del área de salud. En los países desarrollados, la existencia de fuentes alternativas de información puede contrarrestar, hasta un determinado punto, la influencia de las fuentes comerciales sobre la prescripción (las fuentes alternativas mencionadas pueden provenir tanto de las universidades, como de los departamentos de Salud Pública, asociaciones profesionales, organizaciones de consumidores, etc.). En contrapartida, en los países subdesarrollados, la posibilidad de contraponerse a la influencia de la industria, sobre todo a través de la diseminación de informaciones independientes es mucho menor, cuando no es del todo inexistente.

La decisión sobre "qué", "cuándo", "cómo" en relación con el consumo de los medicamentos depende fundamentalmente del médico. Desde luego, la fracción del consumo clasificada como automedicación no está del todo inmune a su influencia más o menos directa. Esto explica porqué la acción de la publicidad tendría que seleccionar métodos eficaces de acción sobre este "gran consumidor". Las diversas estrategias promocionales fueron comentadas a lo largo del texto, siendo pertinente recalcar la prioridad otorgada al visitador médico y que tiene origen en la eficacia mayor del contacto personal, individualizado. Asimismo, sólo el tamaño relativamente pequeño del mercado publicitario farmacéutico -representado por el colectivo de los médicos- permite el empleo de un método tan dispendioso y al mismo tiempo tan efectivo y prácticamente inasequible a los intentos de control.

La publicidad engañosa presenta una serie de maleficios. Uno de ellos seguramente está relacionado con el incremento de los costes en la medida que los médicos han sido convencidos a prescribir nuevos productos sustancialmente más caros preferiblemente a un tratamiento no farmacológico o a recursos terapéuticos de menor coste. Desde luego, el mero uso innecesario de los medicamentos supone el derroche de recursos que podrían cubrir otras necesidades personales o del sistema sanitario eventualmente más útiles para promocionar la salud y prevenir las enfermedades. Cabe, además, recordar que la prioridad otorgada a los medicamentos frente a alternativas terapéuticas no farmacológicas puede acarrear los daños asociados a los efectos adversos<sup>6</sup> más o menos graves y que pueden provenir del hecho de que los médicos han sido persuadidos a prescribir medicamentos en situaciones para las cuales no existen aún suficientes evidencias de su eficacia o la farmacoterapia no sería la mejor opción.

La salud y el bienestar de la sociedad, presuntamente, serían los blancos y el fin último del sector industrial farmacéutico (por lo menos ésta es la consigna proclamada y que justificaría la necesidad de los ingresos y ganancias, requeridos incluso, para la continuidad de la investigación y desarrollo de nuevos fármacos). Sin embargo, los hallazgos aquí analizados son suficientemente ilustrativos para permitir afirmar que la búsqueda del lucro máximo se constituye en la esencia que mueve el sector industrial productor de insumos diagnóstico-terapéuticos. Además de normativas más estrictas (diferentes propuestas han sido sugeridas o en alguna medida ya puestas en marcha en algunos países) para controlar las actividades de marketing, es imprescindible la institucionalización de mecanismos independientes de la industria orientados tanto hacia la formación como hacia la actualización y educación continuada de los prescriptores.

### Bibliografía

1. Barros JAC. Medicalización y salud. *Cuadernos médico sociales* 1984; 28: 25-31.
2. Barros JAC. ¿Hay que preocuparse por los efectos indeseables de los fármacos? *Cuadernos médico sociales* 1992; 62: 17-24.
3. Baudrillard J. *Crítica de la economía política del signo*. Madrid: Siglo XXI, 1982.
4. Illich I. *Némesis médica*. Barcelona: Barral, 1975.
5. Medawar C. Power and dependence. *Social Audit on the safety of medicines*. London: Social Audit Ltd, 1992.
6. Taylor R. Medicine out of control. *The anatomy of a malignant technology*. Melbourne: Sun books, 1979.
7. Barros JAC. *Estrategias de marketing de la industria farmacéutica: una aproximación al estudio del problema en Recife/Brasil* [tesis doctoral]. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona, 1995.
8. Capra F. *El punto crucial*. Barcelona: Roselló, 1986.
9. Lefèvre F. *O medicamento como mercadería simbólica*. São Paulo: Cortez Editora, 1991.
10. Wilson CWM y cols. Influence of different sources of therapeutic information on prescribing by general practitioners. *Br Med J* 1963; ii: 599-604.
11. Coleman J y cols. Social processes in physicians' adoption of a new drug. *J Chron Dis* 1959; 9 (1): 1-18.
12. Haaijer-Buaskamp FM, Hemminki E. Social aspects of drug use. En: Dukes MNG (dir) *Drug Utilization Studies WHO Regional Publications*. European Series 1993; 45: 97-124.
13. Wilson CWM y cols. Pattern of prescribing in general practice. *Br Med J* 1963; ii: 604-7
14. Stolley PD, Lasagna L. Prescribing patterns of physicians. *J Chron Dis* 1969; 22: 395-405.
15. Muller C. Medial review of prescribing. *J Chron Dis* 1965; 18: 689-96.
16. Gowdey CW, Fasold RW. Survey of doctors' reaction to the promotion of new drugs. *Can Pharm J* 1968; 30: 344-50.
17. Gerez JC. Indústria Farmacéutica: histórico, mercado e competição. *Ciência Hoje* 1993; 15 (69): 21-30.
18. Mackowiak JI, Gagnon JP. Effects of promotion on pharmaceutical demand. *Soc Sci Med* 1985; 20 (11): 1191-7.
19. HAI (Health Action International) Promoting health or pushing drugs? A critical examination of marketing of pharmaceuticals. HAI Europe, Amsterdam, 1992.
20. Comissão Parlamentar de Inquérito da Indústria Farmacêutica. *Diário do Congresso Nacional* 1980; 139 (11).
21. Hemminki E, Pesonen T. An inquiry into associations between leading physicians and the drug industry. *Soc Sci med* 1977; 11: 501-6.
22. Arnau JM. Promoción del uso racional de los medicamentos y preparación de guías farmacológicas. En: Laporte JR, Tognoni G (dirs). *Principios de epidemiología del medicamento*, 2ª ed. Barcelona: Salvat Editores: 1993: 49-63.
23. Wilkes MS, Doblin BH, Shapiro MF. Pharmaceutical advertisements in leading medical journals: experts' assessment. *Ann Int Med* 1992; 116: 912-9.
24. WHO. Ethical criteria for medicinal drug promotion. WHO: Geneva, 1988.
25. Anónimo. Pharma promotion- WHA reflects CIOMS consensus. *Scrip* 1994; (1923): 22-3.
26. Herxheimer A, Lundborg CS, Westholm B. Advertisements for medicines in leading medical journals in 18 countries: A 12-month survey of information content and standards. *Int J Health Serv* 1993; 23 (1): 161-72.
27. Valpuesta y cols. Análisis de la publicidad medicamentosa en revistas médicas no especializadas. *Rev Clin Esp* 1993; 192: 130-3.
28. Hevia A y cols. Muestreo de la publicidad de la industria quimicofarmacéutica en revistas pediátricas. *Rev Farmacol Clin Exp* 1990; 7 (2): 99-104.
29. Tomson G, Weerasuriya K. "Codes" and practice: Information in drug advertisements. An example from Sri Lanka. *Soc Sci Med* 1990; 31 (7): 737-41.
30. Goldstein JH. Of mugs and marketing. *JAMA* 1991; 265: 2391-2.
31. Lobo F. Estructuras monopolísticas y publicidad: el sistema de desinformación farmacéutica. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas* 1979; 5: 81-117.

32. Rennie D. Editors and advertisements: What responsibility do editors have for the advertisements in their journals? *JAMA* 1991; 265 (18): 2394-6.
33. Anónimo. FDA crackdown on video news releases. *Scrip* 1991; (1640): 17.
34. Lexchin J. Doctors and detailers: Therapeutic education or pharmaceutical promotion? *Int J Health Serv* 1989; 19 (4): 663-79.
35. Anónimo. Effectiveness of UK pharma reps. *Scrip* 1991; (1596): 4.
36. Christensen DB, Bush. Drug prescribing: patterns, problems and proposals. *Soc Sci Med* 1981; 15: 343-55.
37. Peters G. Information and education about drugs. En: *Pharmaceutical and health policy - International perspectives on provision and control of medicines*. London: Croom Helm, 1981: 93-121.
38. Hemminki E. Content analysis of drug detailing by pharmaceutical representatives. *Med Education* 1977; 11: 210-5.
39. Blum R y cols. *Pharmaceutical and health policy- International perspectives on provision and control of medicines*. London: Croom Helm, 1981.
40. Hemminki E. The function of drug company representatives. *Scand J Soc Med* 1977; 5: 105-14.
41. Hemminki E. Commercial information on drugs. Confusing the physician? *J Drug Issues* 1988; 18: 245-57.
42. Bell RW, Osterman JW. The Compendium of pharmaceuticals and specialties: A critical analysis. *Int J Health Services* 1983; 13 (1): 107-18.
43. Herxheimer A. Drug bulletin as part of the scientific literature. *Current Contents* 1991.
44. Berbatis CG y cols. Impact of a Drug Bulletin on Prescribing Oral Analgesics in a Teaching Hospital. *Am J Hosp Pharm* 1982; 39: 98-100.
45. Plumridge RRJ, Berbatis CG. Drug bulletins: Effectiveness in modifying prescribing and methods of improving impact. *Annals of Pharmacotherapy* 1989; 23: 330-4.
46. U.S. Congress, Office of Technology Assessment. Drug labeling in developing countries, OTA-H-464, Washington, DC. Government Printing Office, 1993.
47. International Federation of Pharmaceutical Manufacturers Associations. *IFPMA code of Pharmaceutical Marketing Practices*. Geneva: IFPMA.
48. HAI (Health Action International) An international code of pharmaceutical marketing practice - A discussion documental. *HAI Europe*, Amsterdam, 1992.
49. Anónimo. UK code of practice breaches. *Scrip* 1990; (1479): 2.
50. Herxheimer A, Collier J. Promotion by the British pharmaceutical industry, 1983-8: a critical analysis of self regulation. *Br Med J* 1990; 300: 307-11.
51. Kessler DA. Addressing the problem of misleading advertising. *Ann Int Med* 1992; 116 (11): 950-1.

