

La nueva “buena nueva”: el marketing de medicamentos y el periodismo científico en las páginas de la revista brasileña *Veja*

*A nova “boa-nova”: marketing de medicamentos e jornalismo científico nas páginas da revista brasileira *Veja**

*The new gospel: medicine marketing and science journalism in the brazilian news magazine *Veja**

*Paulo Vaz*¹

*Daniel B. Portugal*²

Resumen *Este artículo analiza el estatus del medicamento en la ética contemporánea, mostrando cómo este se construye en oposición al de un típico objeto de consumo. Sin embargo, tal separación se muestra problemática no solo teóricamente, sino también en la práctica, al inducir los laboratorios farmacéuticos a construir estrategias de marketing que explotan la credibilidad de las personas y de las instituciones. Para estudiar la influencia (directa o indirecta) de esas estrategias en materias periodísticas sobre salud, analizamos algunos reportajes sobre este tema en la revista brasileña *Veja*.*

Palabras-clave: *Marketing de medicamentos. Consumo. Ética. Enfermedad. Salud.*

Resumo *Este artigo analisa o status do medicamento na ética contemporânea, mostrando como ele se constrói em oposição ao típico objeto de consumo. Entretanto, não apenas tal separação se mostra problemática*

¹ Paulo Vaz es profesor del programa de posgrado en Comunicación y Cultura de la Escuela de Comunicación de la Universidad Federal de Río de Janeiro (ECCO/UFRJ). El autor agradece al CNPq el apoyo al proyecto *Riesgo, portador y víctima virtual*. E-mail: paulorgvaz@uol.com.br.

² Daniel Portugal es alumno de doctorado en Comunicación y Cultura en la UFRJ. E-mail: dportuga@gmail.com.

teoricamente, como, na prática, induz os laboratórios farmacêuticos a construir estratégias de marketing que exploram a credibilidade de pessoas e instituições. Procurando estudar a influência (seja direta ou indireta) de tais estratégias em matérias jornalísticas sobre saúde, analisamos reportagens sobre saúde da revista Veja.

Palavras-chave: Marketing de medicamentos. Consumo. Ética. Doença. Saúde.

Abstract *This article analyses the status of medication in contemporary ethic, showing how it is built in opposition to the ordinary consumer good. However, this opposition is not only theoretically flawed but also, in practice, induces pharmaceutical labs to construct marketing strategies based on the exploration of the credibility of persons and institutions. In order to study the influence (direct or indirect) of such strategies in journalistic news about health, we analyzed news stories about diseases from the Brazilian news magazine Veja.*

Keywords: *Medicine marketing. Consumption. Ethics. Illness. Health.*

Data de submissão: 27/06/2012

Data de aceite: 24/09/2012

Medicamento y mercancía

Gran parte de los discursos críticos a la “sociedad de consumo” tiende a dirigirse a objetos y prácticas caracterizados por el placer, por lo superfluo y por lo conspicuo. Escucharlos nos lleva a pensar en coches, ropas, perfumes y bolsos. Difícilmente el consumo de medicamentos se incluye en esta categoría en la que el placer de los individuos está identificado por los “críticos” como la fuente de innumerables problemas sociales y sufrimientos humanos.

Quizás porque el uso de las medicinas parezca ser impuesto por la “necesidad” y no por los “deseos”, por utilizar una división que nos remonta a Platón (2010). El filósofo separaba los “deseos superfluos”, que se orientan a los placeres del cuerpo, de los “deseos necesarios”, aquellos que serían la condición para la preservación de la buena forma del cuerpo y que no entrarían en conflicto con la actitud virtuosa y contemplativa. Dentro de la doctrina platónica, la división es coherente, pues en ella, el Bien es trascendente a la materia y al cuerpo.

Sin embargo, una vez descartada la metafísica y el ascetismo platónicos, o sus derivados cristianos, el esfuerzo por separar lo superfluo de lo necesario en el interior de las prácticas mundanas, inmanentes, corre el riesgo de parecerse a un moralismo vacío, cuya principal función tal vez sea la de explicar el sufrimiento humano atribuyéndolo a acciones de entidades como “la propaganda”, o “los medios” o “el capital”. Estos demonios nos provocarían con lo superfluo. Nos quedaría a nosotros –sobrios siervos de la necesidad, de la salud y del bienestar– no ceder a la seducción.

En esa especie de maniqueísmo del consumo, los medicamentos suelen estar del lado del “Bien” (lo necesario). Desde luego, el medicamento surge, muchas veces, como el propio Bien encarnado: aquel que promete no los falsos placeres del consumo, sino la verdadera redención de la salud. Los noticieros, periódicos y revistas no se cansan de sembrar ese nuevo evangelio, anunciando la salvación –es decir, la salud y la longevidad– para aquellos que siguen el camino de la medicalización.

Para observar que la salud cobra actualmente para los no religiosos un estatus parecido al de la vida eterna para los cristianos, basta observar la cantidad de rituales cotidianos a los que la salud nos obliga. Si la mayoría de nosotros no teme ya ofender a Dios por desobedecer sus mandamientos, nadie duda que los “pecados” contra la salud serán castigados en el futuro con enfermedades, sufrimiento y muerte. De hecho, es difícil saber quién se sentiría hoy más culpable al comer una generosa porción de tocino de cerdo: si un judío o si un individuo de mediana edad con el colesterol alto. Si antes hacíamos la lista de los siete pecados capitales, hoy relacionamos los siete peores alimentos para la salud.

En suma, los medicamentos cobran hoy el aura de un objeto sagrado. Serían consumidos no porque queramos aparentar ser más poderosos o bellos que otros, sino por el único motivo realmente legítimo: necesitamos ser curados, necesitamos restaurar nuestra salud, ese estado glorioso de nuestro cuerpo aquí en este mundo. Mientras la mayoría de las mercancías tendría como objetivo satisfacer los deseos superfluos de los consumidores, ofrecerles placeres y generar beneficios a quien las vende y a quien las produce, los medicamentos se destinarían exclusivamente a aproximar a los individuos del *summum bonum* de una nueva ética somática: la salud.

Otro motivo para no incluir al medicamento en la clase de las mercancías es su proceso de elección. Mientras la decisión sobre qué ropa comprarse compete al consumidor, es el médico –ese nuevo tipo de sacerdote de la salud– quien elige el medicamento y entre sus criterios estarían la verdad y la solidaridad, es decir, estarían su conocimiento sobre la enfermedad, su conocimiento sobre la sustancia más eficaz para combatirla y su cuidado con el bienestar del paciente. No le movería el afán de lucro, como al vendedor.

En suma, un medicamento sería lo opuesto de los objetos típicos de la sociedad de consumo: al contrario del placer sensual, la cura del sufrimiento; en vez de lo superfluo, lo necesario; en vez de la mejoría de un desempeño, el retorno a lo que se era antes de enfermarse; en vez del paraíso artificial, la eliminación del malestar; en vez de los equívocos y peligros de la seducción, el rigor de la verdad y la gracia de la generosidad.

El crecimiento espectacular de la industria farmacéutica desde la mitad de la década de los ochenta del siglo pasado nos obliga, sin embargo, a cuestionar si, dado el carácter casi sagrado de los medicamentos, los laboratorios farmacéuticos no estarían, hoy, vendiendo un nuevo tipo de indulgencia.

Por el resultado económico, los medicamentos han sido una de las mercancías de más éxito en los últimos treinta años. He aquí un dato: el montante recibido por la industria farmacéutica en el mundo era de cerca de 300.000 millones de dólares en 1995 y pasó a 800.000 millones en 2010 (ELLIOTT, 2010a). Como la población mundial no ha aumentado en la misma proporción, ese aumento espectacular de ingresos se ha producido por el aumento del precio de las medicinas o por el crecimiento del número de personas consideradas como enfermas. Al tener en cuenta que los precios de los medicamentos no han aumentado en la misma proporción y que es virtualmente imposible que haya habido un cambio tan brutal en menos de quince años en el patrón de morbilidad de la población mundial, parte de lo que ha ocurrido ha sido simplemente resultado de *marketing*; pero de un *marketing* apropiado a la industria farmacéutica: aquel que, para vender los medicamentos, vende antes la enfermedad; del mismo modo que quien vendería la salvación, habría que vender antes el pecado.

Dicho de otro modo: para vender más medicamentos es necesario aumentar el número de personas que se consideran o son consideradas enfermas. Y, desde luego, diversos discursos de convencimiento se producen por los laboratorios con este objetivo –de piezas publicitarias de artículos médicos escritos por *ghostwriters*, como veremos a continuación. La industria farmacéutica tiene, por tanto, un gran interés en influir en los procesos sociales de la subjetivación de forma que se consiga ampliar el número de individuos que confieren sentido a sus vidas, y especialmente a sus sufrimientos, en base a la categoría biomédica de “enfermedad”.

Si hubiéramos presentado el problema en términos del concepto de sociedad de control propuesto por Deleuze, la explicación para la relevancia de los intereses de la industria farmacéutica en los procesos de subjetivación sería más directa, articulando la forma del capitalismo y los procedi-

mientos de poder. La sociedad disciplinaria estaba asociada al capitalismo de producción, cuyo énfasis residía en la constitución de cuerpos dóciles, productivos económicamente y sumisos políticamente. Como el loco era pariente del perverso sexual y vecino del delincuente (FOUCAULT, 1984), el doble del psiquiatra era el policía: cuidar de aquel que sufre a través de la internación en asilos podía ser un mero pretexto para alejar lo indeseable y perturbador de la convivencia social. En cambio, la sociedad de control está asociada al capitalismo de superproducción (DELEUZE, 1990). Los procesos de subjetivación actúan en el sentido de constituir "buenos consumidores", capaces de mantener un modelo "frenético" de consumo. El doble del psiquiatra –y, más genéricamente, del médico– se convierte en el vendedor, pues los enfermos, cada vez más, se constituyen en consumidores que usan medicamentos cuando no lo "necesitan" –es decir, para modificar estados a los que, si les fueran aplicados los criterios de normalidad de la mitad del siglo XX, no serían considerados patológicos.

Así como la cercanía entre el psiquiatra y el policía no era una abstracción teórica irrelevante –basta recordar qué se hacía con los disidentes en Rusia o con los inmorales en el Occidente– la cercanía entre el médico y el vendedor es un problema de imagen que los laboratorios buscan manejar en diversos países del mundo. En febrero de 2012 se firmó un nuevo acuerdo para definir los límites del comportamiento ético entre el Consejo Federal de Medicina y las empresas farmacéuticas que operan en el territorio brasileño. Es sugerente que el acuerdo tuviera que enunciar, por ejemplo, que la realización de congresos en cruceros marítimos puede comprometer la dimensión académica del evento; que es legítimo financiar billetes y estancias para los médicos, pero ilegítima la extensión de la invitación a sus familiares; y que del mismo modo, no cabe distribuir el recurso de auxilio a la participación en congresos teniendo como criterio el número de prescripciones firmadas por los médicos de un medicamento dado. A final, si el congreso se realiza en un barco o en un "resort" de lujo y si la ida y la estancia de familiares están pagadas por el laboratorio, ¿cómo distinguir entre la invitación para participar de un evento científico y el premio de vendedor del mes? Si esa práctica

frecuente de la industria farmacéutica fuera ampliamente conocida, una sospecha sobre el criterio adoptado por el médico planearía en la mente de los pacientes siempre que un medicamento le fuera prescrito: ¿ha pensado en mi salud o en su próximo viaje?

Las estrategias de *marketing*

Para indicar la relevancia económica de las prácticas unidas al cuidado con la salud entendida como bienestar, basta hacer referencia a la experiencia cotidiana de cada uno. Primero, la experiencia del espacio público. El paisaje urbano de las grandes ciudades ha sido transformado por la multiplicación de gimnasios, tiendas de productos naturales, farmacias, hospitales, edificios empresariales dedicados a los análisis diagnósticos o especializados en consultas médicas. Ahora, la experiencia del espacio privado. En los Estados Unidos, los arquitectos y diseñadores se esfuerzan para reformar el espacio de los cuartos de baño de modo que quepa un armario de medicamentos más grande, más ancho y más hondo que el del modelo anterior; al final, es necesario lugar para más medicamentos, lociones, cremas y “nutracéuticos” (CRITSER, 2007).

En otras palabras, el dinamismo económico de la industria farmacéutica ha dependido de cambios culturales profundos, no solo originados por el descubrimiento de nuevos medicamentos. Por un lado, ha dependido de la creciente aceptación cultural de un modo específico de desdoblamiento de las relaciones de cada individuo consigo mismo, con otros y con su futuro, que pasan a ser establecidas a través de la mediación de objetos técnicos, sean ordenadores, máquinas de diagnóstico o sustancias químicas. Por otro lado, el dinamismo económico ha dependido de la elección de la salud como valor supremo que orienta las decisiones de los individuos. El crecimiento de la industria farmacéutica se ha debido a un cambio cultural que ha elegido el cuidado con el bienestar mediado por objetos técnicos como valor supremo a alcanzar por los individuos. Nuestra cultura tecnológica es también una cultura terapéutica.

La importancia fundamental del esfuerzo por permanecer en vida bello, joven, delgado y feliz por mucho tiempo, en el conjunto de las preocupaciones existenciales de los individuos, ayuda a explicar por qué la industria farmacéutica ha podido crecer tanto en los últimos treinta años. Pero es necesario seguir preguntando: ¿en qué medida esa transformación ética está conectada a los impactos de los enormes esfuerzos de las industrias farmacéuticas para ampliar su mercado?

Para reflexionar sobre las transformaciones éticas, es importante huir tanto del tipo de reduccionismo teórico que ve los valores y las formas de dar sentido a los objetos como simple efecto de las condiciones materiales, como de la posición ingenua que los pone en un recipiente de cristal impenetrable. Si los valores y los sentidos sufren transformaciones importantes bajo el impacto de intereses muy concretos, no es menos verdad que estos intereses también se constituyen en base a valores y clasificaciones que permiten definir qué objetos (materiales o inmateriales) son susceptibles de interés en primer lugar.

Será importante mantener en mente el carácter complejo de tal relación en el siguiente análisis. El objetivo es estudiar las formas a través de las cuales las estrategias de *marketing* de los laboratorios farmacéuticos pueden influir en valores y significados culturales relacionados con las enfermedades con el objetivo de ampliar el mercado de medicamentos.

La mayor parte de los ingresos de la industria farmacéutica viene de los medicamentos protegidos por patentes y de venta controlada, consumidos bajo la restricción de la prescripción médica. Los economistas caracterizan ese mercado como imperfecto, en el sentido de que la forma en cómo se da la demanda imposibilita que el deseo de los consumidores ajuste la oferta para alcanzar un precio de equilibrio: el que va a consumir el producto no decide sobre la ocasión y, de acuerdo con el funcionamiento de la salud pública en el país, el consumidor tampoco es quien gasta los recursos, pues los medicamentos pueden ser comprados o reembolsados por el Estado (ELLIOTT, 2010a; LAKOFF, 2006).

Dadas esas características, ¿cómo es posible moldear la demanda para una sustancia patentada? Los analistas de *marketing* operan con la

diferencia temporal entre crear un mercado y competir en un mercado ya creado (APPLBAUM, 2006). Antes de que la Coca-cola y la Pepsi compitieran, fue necesario que existiera un mercado para los refrescos, es decir, para las bebidas dulces, no alcohólicas, efervescentes y que sustituyen al agua. Viéndolo de este modo, comprendemos cómo fue necesario tiempo para que los individuos se acostumbraran a la idea de beber un refresco cuando tenían sed. En el caso de un medicamento, crear el mercado significa crear la enfermedad; concretamente, eso significa aumentar el número de personas que son diagnosticadas como enfermas por sus médicos o que se diagnostican como enfermos en potencial e intentan después persuadir a sus médicos de la agudeza de su diagnóstico.

Una primera forma para hacer que exista una enfermedad es actuar sobre aquellos que la diagnostican, afectando lo que saben. Si la base de la prescripción de una medicina debe ser el conocimiento del médico y si vender medicinas da mucho dinero, ya se anticipa lo que es necesario hacer para aumentar los ingresos: actuar sobre los procedimientos de actualización de conocimiento practicados por los médicos.

En algunos países, la actualización periódica se exige oficialmente. Los laboratorios, en acuerdo con las universidades, o en sustitución de estas, han pasado a actuar en las prácticas de formación continuada, financiando cursos y congresos médicos (ELLIOTT, 2010b). También existe la estrategia de identificar y establecer una relación con los médicos formadores de opinión en una especialidad determinada, que pasan a recibir, así, financiación para investigaciones y para comparecer a conferencias y mesas redondas. Si la relación es sólida, pueden estar asociadas a la práctica cada vez más común de *ghostwriting* (ELLIOTT, 2010a). Esos formadores de opinión aceptan poner sus nombres como autores de artículos que han sido redactados por los científicos de los laboratorios, pero que aparecerán en las revistas más prestigiosas –es decir, las más consultadas por los médicos para que se informen sobre una determinada enfermedad.

Además de afectar a aquello que los médicos tienen por verdadero a través de la formación continuada y de la redacción de artículos científicos, existe otra estrategia para tratar con los médicos sobrecargados y

que tienen poco tiempo o interés para suscribirse a periódicos científicos caros y leer asiduamente los artículos relevantes para su área. En estos casos surge el representante comercial, no solo para distribuir regalitos y muestras gratis, sino también para resumir las supuestas ventajas científicas del medicamento fabricado por su laboratorio en comparación con las alternativas de la competencia –es decir, los representantes comerciales también cumplen una función de actualización del conocimiento de los médicos (REIDY, 2005).

La segunda forma genérica de hacer existir la enfermedad y así crear la demanda para el medicamento es actuar directamente sobre el individuo, induciéndole a imaginarse como un enfermo potencial, es decir, creando medios para que el individuo se diagnostique y busque la consulta de un médico para confirmar el sentido que ha atribuido a su sufrimiento y decirle cuál es el modo de cura. Uno de los obstáculos por solucionar en ese proceso es creerse un enfermo potencial es la credibilidad de aquel que afirma que existe la enfermedad, con determinados síntomas, causas y prevalencia. Los laboratorios evitan ser vistos como agentes de la diseminación de ese modo de entender la enfermedad, pues sería fácilmente perceptible su interés en aumentar el mercado.

La estrategia de aprovecharse de la credibilidad ajena que más nos interesa en este trabajo es la producción de reportajes en los medios de comunicación de masas. Las empresas farmacéuticas (directa o indirectamente) buscan influir en lo que se ha establecido denominar de periodismo científico. A continuación, analizaremos los reportajes de la revista brasileña *Veja* entre los años 2000 y 2004, para observar en qué medida los discursos allí construidos están en consonancia con el objetivo del *marketing* farmacéutico.

Antes, sin embargo, una cuestión permanece. Si la estrategia de marketing básica de los laboratorios es influir en lo que los médicos y los individuos consideran que es verdadero respecto a la especificidad patológica de sus estados orgánicos y mentales, ¿qué enfermedades pueden efectivamente ser “vendidas”?

El cambio en el concepto de la enfermedad

Para la medicina moderna, la contrapartida anatómica para los síntomas definía las enfermedades orgánicas. Las enfermedades mentales, a su vez, eran definidas a la inversa, es decir, por la ausencia de contrapartida anatómica. Las famosas curas por hipnosis de las parálisis histéricas por Charcot eran el modo de definir el lugar de la enfermedad mental en el conjunto de las patologías: los pacientes sufrían aunque no hubiera nada en su anatomía que explicara aquel estado. Por otro lado, las enfermedades mentales en la modernidad están asociadas a voluntades y a actos desviantes. Se pensaba todavía –la visión psicoanalítica por excelencia– que el descontrol sexual y las “equivocaciones” en la elección del objeto del deseo estaban en el origen de toda enfermedad mental. En síntesis, la enfermedad mental en la modernidad se definía solo por los síntomas al privilegiar el acto desviante y dar como su causalidad transgresiones sexuales reales o imaginadas; y quien las diagnosticaba era el psiquiatra.

Esa concepción de la enfermedad –si orgánica, contrapartida anatómica para los síntomas; si mental, ausencia de contrapartida y manifestación de “secretos de alcoba” en el desvío moral y legal– no permite la ampliación del mercado en base a acciones de *marketing*. De hecho, en ambos los casos, la enfermedad es un fenómeno minoritario y ampliar el número de enfermos encuentra obstáculos. Es minoritario porque la enfermedad es un evento frecuente y que alcanza, a cada momento, a un número reducido de personas. El normal, en el sentido de sano, estaba conectado al normal, en el sentido estadístico, en el sentido de aquello que es más frecuente. En *Vigilar y castigar*, Foucault escribe que la norma mezcla la verdad y la ley, pues es una regularidad observada y un reglamento propuesto (FOUCAULT, 1996). Normalizar, por tanto, es masificar, es hacer que todos se parezcan por elegir como ideal lo regular, lo frecuente y lo mayoritario.

Además de suponer un número bajo de enfermos, el concepto de enfermedad dificultaba su ampliación. Por un lado, los síntomas sin contrapartida no constituían una enfermedad orgánica y, por otro lado, na-

die buscaba a un médico si no había un síntoma –y, por tanto, no había búsqueda de contrapartida sin experiencia de sufrimiento y limitación. En el caso de las enfermedades mentales, la asociación con el desvío ya garantizaba que el sano fuera también la normalidad estadística, pues es un contrasentido suponer que el acto transgresivo sea aquel sabidamente practicado por la mayoría.

Esa experiencia moderna de la enfermedad empieza a oscilar hacia la mitad del siglo XX, con lo que se suele denominar transición epidemiológica, originada por el propio éxito de la medicina, especialmente por el desarrollo de las vacunas y antibióticos. La causa principal de muerte dejan de ser las enfermedades infectocontagiosas, como la sífilis y la tuberculosis, y pasan a ser las enfermedades crónico-degenerativas, principalmente las cardiovasculares y los cánceres. Para estas, la secuencia temporal “síntoma, contrapartida anatómica e intervención” es problemática, pues o la manifestación del síntoma tiende a coincidir con la muerte o aparece cuando ninguna intervención tiene eficacia.

Para seguir siendo una forma privilegiada del esfuerzo de los seres humanos de mantenerse vivos mientras puedan, la medicina occidental ha desarrollado entonces el concepto de factor de riesgo en el estudio de las enfermedades crónico-degenerativas. Para estas, es necesario diagnosticar –descubrir alguna alteración anatómica o fisiológica– antes de que haya un síntoma. Lo que se descubre, entonces, no es la enfermedad ya constituida, sino lo que indica su más o menos probable manifestación futura. La hipertensión, factor de riesgo para las enfermedades cardiovasculares, ha sido probablemente la primera contrapartida anatómica en la ausencia de síntomas. Ha sido también la primera manera de que los individuos se medicaran sin estar enfermos y sin sentir nada.

De hecho, la disociación entre el síntoma y la contrapartida anatómica ha sido lo que ha abierto la posibilidad de “vender enfermedad”. Para las enfermedades infecto-contagiosas, la estrategia de atemorizar y, al mismo tiempo, prometer la salvación solo es factible en casos de epidemia. Sin embargo, en el caso de la contrapartida anatómica de un

factor de riesgo, es decir, de lo que indica la eventualidad de síntomas en el futuro, es factible aumentar el número de portadores simplemente por variar el umbral cuantitativo a partir del cual se define una anomalía, una probabilidad vista como inaceptable de enfermar en el futuro. Ese movimiento de generalización de la condición de portador implica que lo saludable haya sido desvinculado de la normalidad estadística. En realidad, lo normal en el sentido médico cobra una dimensión de identidad que hace de los sanos una minoría; más exactamente, algo que muchos logran ser siempre que consuman medicamentos, siempre que incorporen una prótesis tecnológica.

Cuando la contrapartida anatómica es un factor de riesgo, tenemos entonces abierta una posibilidad inexistente en el concepto moderno de enfermedad: las personas se medican en ausencia de los síntomas. Ese mercado puede crecer indefinidamente, pues lo que define la necesidad del consumo es la posibilidad de reducir la oportunidad de enfermedad, aunque esa reducción sea mínima.

Además de las que se definen por la contrapartida anatómica que indica la probabilidad de síntomas en el futuro, pasa a existir también la posibilidad de enfermedades orgánicas que se definen solo por los síntomas, pero que no son enfermedades mentales. Enfermedades tanto más fáciles de ser vendidas cuanto más cercanos estén sus síntomas de lo que antes habría sido visto como normalidad o como incomodidad más acá de lo que sería el umbral de la atención médica (ELLIOTT, 2010b). Un ejemplo es el síndrome del intestino irritable. Su diagnóstico se da por exclusión de contrapartida anatómica –no es un virus, bacteria o cáncer– y por la presencia de síntomas como diarrea o estreñimiento frecuentes o alternancia entre estos estados. El mal de Alzheimer también puede ser incluido en ese grupo, pues no tiene contrapartida anatómica, solo una definición funcional, sintomática, y la separación entre dificultades cognitivas para definir la enfermedad y lo que sería el resultado del proceso natural de envejecimiento tampoco es nítido (ELLIOTT, 2010b). Así, será posible aumentar el número de individuos que son diagnosticados como enfermos; en el límite,

todo anciano podrá ser medicado. Una vez más, la normalidad es un ideal desvinculado de lo que es mayoritario en términos fisiológicos y de comportamiento.

El mal de Alzheimer ha indicado, implícitamente, una cuarta posibilidad de vender una enfermedad. Se trata de la construcción de síntomas cuya distinción con procesos anteriormente vistos como naturales es muy poco clara. El mayor ejemplo es la "disfunción eréctil", también susceptible de un trabajo de redefinición del síntoma que transforma a todo individuo joven, a partir de la adolescencia, en un enfermo potencial. Se puede proponer que, en ese caso, el criterio de normalidad no tiene ya como referencia un proceso natural y, sí, el bienestar del individuo, transformado en ideal de felicidad.

La normatividad del bienestar será también una palanca para impulsar el surgimiento de nuevas enfermedades mentales y, por tanto, de nuevos consumidores. Acompañada de una visión que insiste en reducir la vida mental de los sujetos a reacciones químicas, tal normatividad se transforma en la mejor estimuladora de la venta de psicotrópicos. A final, que un trastorno resulte de un desequilibrio químico, solo indica la posibilidad de un tratamiento con medicinas, pues lo que define cualquier trastorno ya no es su causa, sino sus síntomas.

Además, cuando la referencia de gran parte de las enfermedades mentales es el bienestar individual, el desvío de una normatividad ya no es el acto inmoral o criminal, sino el sufrimiento en sus innumerables formas. Apoyándose en la incertidumbre sobre la normalidad del estado mental de cada uno, incertidumbre siempre posible de alimentar dada la imposibilidad de acceso directo a la mente ajena, y prometiéndonos a todos que es posible vivir mejor, los esfuerzos de *marketing* de las empresas farmacéuticas han podido aumentar de modo espectacular el número de consumidores de medicamentos por aumentar el número de personas que se consideran y son consideradas enfermas.

Noticias de salud en la revista *Veja* de 2000 a 2004

A lo largo de este artículo, observamos cómo el *marketing* de los laboratorios farmacéuticos actúa en el sentido de “vender la enfermedad” para en seguida vender la medicación. Hemos visto que las estrategias de *marketing* incluyen diversas acciones que difícilmente podrían ser divulgadas sin causar indignación en gran parte de los consumidores de medicamentos. Sin embargo, incluso más que las particularidades de los medios utilizados, lo que preocupa es el efecto global del *marketing* farmacéutico.

Las acciones de *marketing* pueden actuar de manera indirecta intentando, por ejemplo, alcanzar aquello que se ha dado en llamar “publicidad espontánea”. La idea aquí es producir algún evento u objeto que despierte la atención de los medios de comunicación, al ser ampliamente noticiado. Cuando se trata de pensar la relación de reportajes que “venden la enfermedad” y las acciones de *marketing* de medicamentos, por tanto, no necesitamos necesariamente pensar en una relación directa de compra del reportaje por parte de los laboratorios, aunque no parezca improbable que tal práctica también exista. De un modo u otro, lo que importa observar es cómo reportajes en revistas de noticias como la brasileña *Veja*, en consonancia con los intereses de laboratorios, estimulan a sus lectores a enfrentar sus sufrimientos o condiciones indeseables como enfermedades, a temerlas y a considerar el medicamento como la mejor forma posible de curarlas.

Para la realización del análisis que sigue, fueron recolectados 23 reportajes de la revista *Veja* entre los años de 2000 y 2004. Considerando el cuadro conceptual descrito arriba sobre las enfermedades que pueden ser objeto de *marketing*, tuvimos diez reportajes sobre factores de riesgo (cinco sobre enfermedades cardiovasculares, dos sobre cánceres, dos sobre la necesidad de hacer chequeos y uno sobre el diabetes), seis sobre enfermedades mentales, cuatro sobre la posibilidad de evitar la reducción de la actividad sexual a partir de la mediana edad y dos sobre dolores crónicos. Hubo también un reportaje cuyo tema eran las “supermedicinas” fabricadas por los laboratorios.

La notoria actitud *pro-business* de la revista *Veja* limita el alcance de las conclusiones sobre las estrategias de *marketing* de las industrias farmacéuticas en Brasil; pero la reducción se ha debido a la facilidad de acceso, por el archivo digital de la revista. A pesar de reconocer esta limitación, cabe decir que el análisis cualitativo de una muestra de reportajes sobre la depresión en ese período ha identificado una fuerte coincidencia de temas y contenido en las revistas brasileñas *Veja*, *Época* e *Isto É*. No hay por qué suponer que esa semejanza valiera solo para una enfermedad.

En relación al período seleccionado, los estudios sobre antidepresivos en Argentina y en Japón señalan que ese es un momento en que los laboratorios buscaban ampliar el mercado con la globalización de la concepción de mente y la aptitud preventiva norteamericanas. Al mismo tiempo, la restricción, en principio, permitiría una mayor nitidez de las estrategias de *marketing*, pues fue a partir del final del 2003 cuando empezaron a surgir artículos y libros con críticas a las prácticas de la industria farmacéutica. Hasta entonces, por tanto, era posible desdoblarse sus estrategias sin considerar las posibles críticas.

Hemos seleccionado solo los reportajes de portada. El motivo es la presunción de que los temas para estos reportajes fueron pensados e investigados con más cuidado; así, por tanto, se reduce el peso del argumento sobre el ritmo industrial de la producción de noticias en la explicación de los disparates periodísticos.

Los reportajes sobre salud que convienen a los intereses de los laboratorios farmacéuticos suelen presentar tres elementos retóricos. El primero aproxima la posibilidad de la enfermedad al proponer que hay más enfermos de lo que se pensaba, que parte significativa de esos enfermos no sabe que sufre una enfermedad y que no haberla tratado les ha traído serias consecuencias –total que, usted, lector, puede estar enfermo sin saberlo y lo mejor es cuidarse. El segundo elemento individualiza la enfermedad al proponer al lector formas de autodiagnosticarse. El tercer elemento describe la causa de la enfermedad de modo que se asegure que los medicamentos sean vistos como una terapia necesaria.

Las enfermedades cardiovasculares y los cánceres no necesitan tener su prevalencia sobreestimada, pues son las mayores causas de muerte en la actualidad. Acercarse a la edad en que la mayoría de los seres humanos muere ya garantiza que el miedo a esas enfermedades se instale en nuestras mentes. Para aumentar el mercado, basta acentuar la eficacia de la terapia. Quien se somete a chequeos regularmente, dice la revista, recibe a cambio una mercancía inestimable: “mayor cantidad de años de vida saludable” (VARELLA; POLES, 2000). Los análisis son tan benéficos que “el promedio de edad de hombres y mujeres que los hacen rutinariamente ha bajado de 45 a 35 años” (BUCHALLA, 2003) –como es costumbre en esos reportajes, no somos informados sobre la fuente de ese dato epidemiológico. La excepción en los reportajes sobre los factores de riesgo es la diabetes. Relativamente desconocida, cabe avisar al lector que de los estimados (no se sabe por quién) diez millones de brasileños con diabetes, la mitad no sabe que están enfermos y cinco millones más están en el estadio denominado de prediabetes. Es necesario estar al tanto de la posibilidad de ser uno de los muchos que desconocen estar enfermos o casi, pues la diabetes, enfermedad lenta y furtiva, puede tener como efectos la ceguera, la amputación de miembros, el infarto o el derrame (OYAMA, 2002).

Un argumento semejante sobre la insuficiencia del paso del tiempo en producir la preocupación vale para la reducción de la actividad sexual a partir de la edad madura. Como se trata de placer y no de aconsejar sobre formas de evitar la muerte, el discurso puede ser alegre y sugestivo. La testosterona, presentada como droga milagrosa en la edición 1650, sería “directamente responsable del deseo” y reponer su pérdida “puede despertar leones adormecidos –o transformar tímidas ovejitas en tigras” (OYAMA, 2002). Como la consecuencia negativa del descuido es solo la pérdida del placer que se podría tener en esa vida, el discurso que recomienda cuidar de sí no amenaza, sino que incita al lector a luchar por su derecho al placer. Si en el pasado los individuos se resignaban a las limitaciones impuestas por la falta de deseo, hoy “se preocupan del problema y quieren una solución” (OYAMA, 2002). También porque la

“nueva revolución sexual se está gestando en los laboratorios” (OYAMA, 2001) y tiene dos pilares: “el restablecimiento de la normalidad hormonal y el estímulo de la disposición sexual” (OYAMA, 2002).

Los reportajes que tratan de enfermedades mentales y del dolor como enfermedad son los que presentan las estadísticas de prevalencia más impresionantes y que alertan para las graves consecuencias de pensar que esas se resumirían a una incomodidad. El dolor crónico afectaría al 60% de los brasileños, y “por sí solo, puede llevar a la muerte” (BUCHALLA, 2002). El dolor de cabeza, tormento que alcanza “a nueve entre diez personas”, cuando tiene la forma de jaqueca, puede causar “de problemas gastrointestinales a disturbios del sueño”, aunque los pacientes no sientan el dolor (PASTORE, 2003).

En relación a las enfermedades mentales, existe desde la prevalencia agregada para todos los trastornos del 30% de la población (LIMA, 2004) hasta las enfermedades específicas, como el trastorno obsesivo-compulsivo, que afectaría a siete millones de brasileños (PASTORE; NEIVA, 2004) –el grupo de las fobias, por ejemplo, alcanzaría al 25% de la población norteamericana. El caso de los disturbios del sueño es ejemplar: en Brasil, la mitad de la población adulta “experimenta una noche mal dormida por semana”. Pero, no se puede pensar que eso es un malestar sin fundamento, pues la falta de sueño de buena calidad y de la duración necesaria provoca “depresión, hipertensión, contribuye para el infarto, el derrame cerebral y el agravamiento del diabetes”. Si el lector todavía no está convencido de la necesidad de tomar en serio sus insomnios, tal vez cambie de opinión cuando sepa que dormir mal causa aumento de peso (ZAKABI, 2003).

Después de traer la posibilidad de la enfermedad para el horizonte de preocupaciones del lector, es necesario darle la capacidad de autodiagnosticarse. Un primer modo de facilitar esa interiorización de la posibilidad es el uso de los test. Así como en otras revistas, los reportajes de *Veja* traen dos tipos de test: uno que mide el nivel de conocimiento y el otro que permite al individuo saber quién es él, identificarse. El test de conocimiento apareció en los reportajes sobre el derecho al placer sexual; con cuestiones

difíciles, su función parecía ser la de decirle al individuo que necesitaba saber más todavía sobre su cuerpo y sus posibilidades de placer. Los test con la función de identificación han surgido en los reportajes sobre las enfermedades cardíacas y en las enfermedades mentales. La misma forma: escalas cuantitativas a partir de las respuestas dadas. La diferencia está en el hecho de que para las enfermedades cardíacas las preguntas admitían respuestas precisas, mientras que para las enfermedades mentales había criterios ambiguos de intensidad o frecuencia, que permitían al individuo imaginarse como enfermo si así lo deseara y temiera.

Otras herramientas retóricas son el uso de testimonios, declaraciones o historias de vida de personalidades específicas narradas en la tercera persona. La primera función de esos relatos es la de legitimar el derecho al placer y acabar con posibles estigmas. Cuando el foco es la erradicación del estigma, es muy común el uso de declaraciones de celebridades para estimular consideraciones como “si incluso ellos tienen tal enfermedad, también puedo tenerla yo”.

Una segunda función es el diagnóstico a partir de un fragmento autobiográfico, que puede ser retomado por otros. Alguien puede, por ejemplo, narrar cómo le afectaba la enfermedad, hablar sobre los tipos de sensaciones y sufrimientos relacionados con ella de una manera íntima, de modo que aproxime al lector a la situación que se describe y lo estimule así a imaginarse también como enfermo. Tal estímulo será inútil, sin embargo, si el autodiagnóstico no está legitimado, aunque la ida al médico para la confirmación continúe a ser requerida. Por eso, encontramos historias como la de Vanessa Anastácio (LIMA, 2004), una estudiante que “descubrió que tenía depresión a los 23 años, al leer un reportaje sobre el tema. Se identificó con los síntomas, fue al médico y oyó el diagnóstico”. En este reportaje, la historia de la vida de Vanessa aparece dos páginas después de una tabla con los síntomas de diversos trastornos mentales y sugerencias de tratamiento. La historia desempeña la función de animar a los lectores a autodiagnosticarse a partir de la tabla y legitima las sugerencias de tratamiento ofrecidas. Nos enteramos, por ejemplo, de un error de Vanessa: inicialmente, ella “no quería hacer

terapia, pues creía que era ‘cosa de gente loca’”. Después, sin embargo, la estudiante corrige su opinión sobre el tratamiento. El resultado, virtualmente, es el mismo que el de todos los otros reportajes sobre enfermedades mentales: “La terapia cognitivo-comportamental, asociada a los medicamentos, la ha hecho mejorar”. De hecho, en todos los reportajes del *corpus* (por tanto, para todas las enfermedades analizadas), cuando había testimonios o historias de vida, la gran mayoría explicitaba que el uso de un medicamento había transformado sus vidas para mejor.

Las herramientas retóricas en cuestión cobran todavía más importancia en el caso de los reportajes sobre el dolor y la enfermedad mental, pues se trata de hacer que los individuos sean capaces de juzgar sobre la normalidad de sus sensaciones y emociones —el dolor, la tristeza, el miedo, etc. En la mayoría de las ocasiones, se sugiere al lector que aquello que aparenta ser una simple variación en el campo relativamente amplio de la normalidad puede ser, en realidad, una anormalidad que requiere tratamiento. En otros términos, la normalidad empieza a ser presentada cada vez más como un estado ideal de salud y bienestar y, por tanto, como un estado fuera de la norma, por más contradictoria que sea tal definición.

Con tal definición de salud, sin embargo, la diferencia imaginaria entre medicamentos y drogas se convierte en algo más difícil de sostener. Cuanto más se define la salud como un estado ideal, su búsqueda se iguala más a la búsqueda de sensaciones de bienestar. Cuando los estados mentales conectados a sufrimiento, apatía, ansiedad, etc., definen por sí mismos una enfermedad, ¿cuál es la diferencia, además de la prescripción médica, entre tomar un antidepresivo y usar sustancias como la cocaína, heroína o éxtasis?

Tal vez debido a esa dificultad, la entrada en el mercado de las medicinas suele estar presentada por un lenguaje religioso. El medicamento aparece como la materialización del Bien mientras los reportajes sobre las drogas aparecen como la materialización del Mal

En once reportajes, frecuentemente después la descripción de las aflicciones causadas por la enfermedad, el medicamento se introduce literalmente por la expresión “hay una buena noticia” —el evangelio tec-

no-médico. El lector, por tanto, se queda tranquilo o incluso deseoso de imaginarse como un enfermo, pues así se reconoce imperfecto a los ojos de la toda poderosa tecnología biomédica y se pone en sus manos para que lo salven.

Esa dimensión mesiánica es reforzada por la ausencia casi total de discusión sobre los efectos secundarios de los medicamentos. Así, se exponen los medicamentos como el único camino de salvación para los individuos que quieren una vez más alejar la muerte, aliviarse de su malestar cotidiano y tener aquello que es su derecho: el máximo de placer posible en esa vida. Si los reportajes de la revista tuvieran la intención de adoptar puntos de vista mínimamente críticos en relación al uso de los medicamentos, no habría sido difícil, si consideramos que varios de ellos presentados como nuevos mesías, desaparecen del mercado posteriormente debido a los efectos colaterales nada depreciables que causaban.

Uno de los casos más graves de ausencia de discusión sobre los efectos secundarios es la propuesta de sustituir –reiterada en los dos reportajes sobre el dolor las medicinas tradicionales por las nuevas. Las tradicionales, como el paracetamol, prescrito para bebés, son antiguas, sin cobertura de patente, baratas y compradas sin la necesidad de prescripción por la casi ausencia de efectos secundarios. La revista acepta argumentar que esos medicamentos serían peligrosos para tratar los dolores crónicos, pues su ineficacia conduciría a la dependencia. La revista quiere persuadir a sus lectores que lo más seguro sería, por ejemplo, el *Oxycontin*, un opiáceo, cuya cápsula de 160 mg salió de circulación en 2006 en los Estados Unidos por la temeridad de su “uso inapropiado”, o también, el *Vioxx*, que también fue retirado del mercado en el mismo país después de denuncia de que aumentaba el riesgo de enfermedades cardiovasculares y que ya habría provocado de 50 a 100 mil ataques cardíacos.

En última instancia, el desprecio de los efectos secundarios y de los costes del uso de medicamentos de un modo general, sumado a la tendencia de mirar la enfermedad como el alejamiento de un patrón ideal –felicidad para las enfermedades mentales, puntuación máxima en las tasas unidas al riesgo de enfermedades para las orgánicas– solo puede llevar a

un lugar: el de indicar el uso de medicamentos para todos. En efecto, uno de los reportajes llega al punto de sugerir exactamente eso. Como sucede con la mayor parte de las afirmaciones claramente exageradas o simplemente absurdas, esta aparece en la forma de citación, atribuida a un médico entrevistado: "la cuestión ahora no es más saber quién debe tomar la estatina, sino quién no la debería tomar" (BUCHALLA; NEIVA, 2004).

Conclusión

Ha sido posible percibir en los reportajes estudiados la afirmación reiterada de que la vida de los individuos podría mejorar y prolongarse si se usaran medicamentos. Podemos resumir las observaciones del apartado anterior diciendo que la forma como las enfermedades y los medicamentos se presentan en los reportajes es, casi siempre, la suma de algunos o de todos los ítems siguientes: 1) sugerencia de que todo tipo de dolor o sufrimiento posee origen orgánico –lo que presupone decir implícitamente que tienen cura a través de los medicamentos; 2) desprecio por los costos financieros y efectos secundarios de los medicamentos; 3) descripción exagerada, llegando al uso de léxico religioso, sobre los beneficios de los medicamentos; 4) descripción exagerada de los horrores de las enfermedades; 5) sugerencia de que todos deben vivir mucho y en perpetua euforia, sin ningún tipo de dolor o sufrimiento, de modo que continuar sufriendo o sintiendo dolor cuando se puede tomar un medicamento se presenta como una aptitud simplemente inmoral; 6) presentación de los síntomas de la enfermedad de una manera tal que permita que muchos se vean como enfermos 7) uso de herramientas retóricas tales como test, declaraciones y testimonios que facilitan la identificación del lector con el papel de enfermo. El resultado es evidente: los lectores son incentivados a verse como enfermos y a consumir medicamentos, en plena consonancia con los intereses de la industria farmacéutica.

Aunque la revista *Veja* sea un blanco fácil para la indignación, no ha sido la única en Brasil, ni en otros países, en contener reportajes que, a

veces, llegan a parecer *releases* distribuidos por las asesorías de prensa de los laboratorios. Estos laboratorios, a su vez, aunque sean procesados por realizar prácticas idénticas a la de la industria del tabaco, al esconder datos que comprueban cómo sus mercancías causaban daños a los consumidores, han sido cuestionados en Brasil principalmente por ampliar el mercado al llevar las personas a pensar y ser pensadas como enfermas.

Lo más importante, de todos modos, no es acusar o disculpar a las revistas y a los laboratorios, sino encontrar un lugar de cuestionamiento que resalte nuestra capacidad de problematizar las relaciones que establecemos con nuestro sufrimiento y muerte. La estrategia de marketing de los laboratorios busca persuadirnos de que somos vulnerables y de que podríamos sufrir menos de lo que sufrimos. Esa es una estrategia de poder que tiene una larga historia en la cultura occidental y que ya fue conceptualizada por Spinoza y Nietzsche, cuando cuestionaban las características de las creencias religiosas, y por Foucault, cuando criticaba la normalización y señalaba sus nexos con el poder pastoral. La forma contemporánea de esa estrategia tal vez merezca ser denominada con el neologismo “farmacologización”, pues destaca cuánto fantaseamos el poder de los medicamentos, utilizándolos imaginariamente para tratar con el miedo de sufrir y de morir y para fortalecer nuestras esperanzas de vivir una vida larga y repleta de placeres.

REFERENCIAS

- APPLBAUM, Kalman. Educating for global mental health: the adoption of SSRIs in Japan. En: Adriana Petryna, Andrew Lakoff e Arthur Kleinman (orgs.). *Global Pharmaceuticals: ethics, markets, practices*. Durham: Duke University Press, 2006.
- BUCHALLA, Ana Paula. Novas armas contra a dor. *Veja*. n.º 1737, 06 feb. 2002.
- _____. Check-up. *Veja*. n.º 1799, 23 abr. 2003.
- BUCHALLA, A.; NEIVA, P. Estatinas: a grande surpresa da medicina. *Veja*. n.º 1858, 16 jun. 2004.
- BUCHALLA, A.; NEIVA, P.; PASTORE, K. A nova cartilha do coração. *Veja*. n.º 1761. 24 jul. 2002.

- CARELLI, Gabriela. Sua idade sexual. *Veja*. n° 1738, 13 feb. 2002.
- CRITSER, Greg. *Generation Rx: how prescription drugs are altering American lives, minds and bodies*. Nueva York: Mariner Books, 2005.
- DELEUZE, Giles. *Pourparlers*. Paris: Minuit, 1990.
- ELLIOTT, Carl. *Better than well*. Nova Iorque: W. W. Norton & Company, 2003.
- _____. *White Coat, Black Hat*. Beacon Press: Boston, 2010a.
- _____. Pharmaceutical propaganda. En: METZL, Jonathan M.; KIRKLAND, Anna (orgs.). *Against Health: how health became the new morality*. Nueva York: Nueva York University Press, 2010b.
- FOUCAULT, Michel. *Vigiar e Punir*. Petrópolis: Vozes. 14 ed. 1996.
- _____. *História da sexualidade I: a vontade de saber*. 5 ed. Río de Janeiro: Graal, 1984.
- LAKOFF, Andrew. High contact: gifts and surveillance in Argentina. En: Adriana Petryna, Andrew Lakoff y Arthur Kleinman (orgs.). *Global Pharmaceuticals: ethics, markets, practices*. Durham: Duke University Press, 2006.
- LIMA, João Gabriel de. O equilíbrio do cérebro e da alma. *Veja*. n° 1882, 1 dic. 2004.
- OYAMA, Thais. Prazer, a vez da mulher. *Veja*. n° 1702, 3 mayo 2001.
- _____. Em busca do desejo. *Veja*. n° 1766, 28 ago. 2002.
- PASTORE, Karina. Dor de cabeça. *Veja*. n° 1809, 2 jul. 2003.
- PASTORE, K.; NEIVA, P. Diabetes: o inimigo oculto. *Veja*. n° 1787, 29 ene. 2003.
- _____. Mentas que aprisionam. *Veja*. n° 1852, 5 mayo 2004.
- PLATÃO. *A república*. Lisboa: Calouste Gulbenkian, 2010.
- REIDY, Jamie. *Hard sell: the evolution of a Viagra Salesman*. Kansas: Andrew McMeel Publishing, 2005.
- VARELLA, Flávia; POLES, Cristina. Check-up. *Veja*. n° 1655, 23 jun. 2000.
- VEIGA, Alda. Sexo depois dos 40. *Veja*. n° 1650, 24 mayo 2000.
- WATTERS, Ethan. *Crazy like us: the globalization of the American psyche*. Nueva York: Free Press, 2010.
- WOLOSHIN, Steven; Schwartz, Lisa M. Giving legs to restless legs: a case study of how the media helps make people sick. *PLOS Medicine*, v. 3, n° 4, pp. 452-5, 2006.
- ZAKABI, R. Insônia. *Veja*. n° 1821, 24 sep. 2003.