

---

# Los fármacos del bienestar

---

M. Farré, R. Pardo y S. Abanades

Unidad de Farmacología, Institut Municipal d'Investigació Mèdica (IMIM) – Hospital del Mar, Barcelona.  
Departamento de Farmacología, Terapéutica y Toxicología, Universitat Autònoma de Barcelona.

## Introducción

---

La salud, según la OMS, no es sólo la ausencia de lesión o enfermedad sino el estado de perfecto bienestar físico, psíquico y social. En su acepción más amplia implica que todas las necesidades fundamentales de las personas estén cubiertas, incluyendo las afectivas, sanitarias, nutricionales, sociales y culturales. El Diccionario de la Lengua Española la define como el estado en que el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones. En la Edad Media, Santo Tomás de Aquino la definió como el hábito o estado corporal que nos permite seguir viviendo, es decir, que nos permite superar los obstáculos que el vivir encuentra a su paso. En cuanto a la enfermedad, el Diccionario de la Lengua Española la define como la alteración más o menos grave de la salud. Desde un punto de vista estadístico, incluso se podría definir como una desviación de la normalidad.

El límite entre la completa salud y la enfermedad no es preciso. Existe una tendencia, desde la mitad del siglo XX, a encuadrar cualquier problema o trastorno de la salud como enfermedad, y a intentar buscar un tratamiento. La escala de valores de la sociedad se ha ido modificando con el transcurso de los años de tal forma que, actualmente, la imagen corporal y el estado anímico son los principales ideales. Las consecuencias son una elevada exigencia individual que produce estrés, trastornos adaptativos y baja tolerancia a la frustración. Todo el mundo debe ajustarse a los cánones de belleza y juventud. Bajo esta presión social, las personas acuden al sistema sanitario exigiendo una solución rápida, fácil y eficaz a sus problemas<sup>1</sup>.

Esta medicalización de la sociedad ha provocado la aparición de dos fenómenos complementarios: la promoción de las enfermedades<sup>2</sup>

y la aparición de los llamados “medicamentos del bienestar”<sup>3</sup>.

## “No enfermedades” y promoción de enfermedades

---

El cuerpo humano sufre una degeneración progresiva con la edad, que es fisiológica. Este hecho, junto a las consecuencias del estrés de la vida diaria, puede llevar a considerar ciertas variaciones de la normalidad o problemas personales como enfermedades. Son las llamadas “no enfermedades”, definidas como cualquier proceso humano o problema que alguien ha entendido como condición que requiere atención médica<sup>4</sup>. Ya en 1965 se publicó un artículo en *New England Journal of Medicine* sobre este tema<sup>5</sup>. En 2002, *British Medical Journal* publicó una lista de las veinte “no enfermedades” más diagnosticadas<sup>4</sup> (Tabla I), y hasta proponía elaborar una clasificación internacional de las “no enfermedades”. Si hablamos de “no enfermedades” también podría hablarse de “no tratamientos” para aquellos fármacos o procedimientos utilizados para “tratarlas”. Algunos de estos fármacos se incluyen entre los llamados “fármacos o medicamentos del bienestar” (traducción del inglés *lifestyle drugs o lifestyle medicines*)<sup>3</sup>.

Se utiliza el concepto de “*disease mongering*”, que se ha traducido al español como promoción, invención o tráfico de enfermedades, para definir el fenómeno por el cual las compañías farmacéuticas tienden a crear definiciones de enfermedad o, simple y llanamente, inventar enfermedades para aumentar los beneficios de venta de los medicamentos sobre los que poseen patentes<sup>2,6</sup>. Esta práctica se basa en una construcción corporativa de la enfermedad, que

TABLA I. Las veinte primeras “no enfermedades” más votadas en orden decreciente por los lectores de *British Medical Journal*<sup>4</sup>.

- 1) Envejecimiento
- 2) Trabajo
- 3) Aburrimiento
- 4) Ojeras
- 5) Ignorancia
- 6) Calvicie
- 7) Pecas
- 8) Orejas grandes
- 9) Pelo canoso
- 10) Fealdad
- 11) Parto
- 12) Alergia al siglo XXI
- 13) Desfase horario (*jet lag*)
- 14) Infelicidad
- 15) Celulitis
- 16) Resaca
- 17) Ansiedad por el tamaño del pene/  
envidia de pene
- 18) Embarazo
- 19) Agresividad al volante
- 20) Soledad

difunde condiciones clínicas como subdiagnosticadas o no suficientemente reconocidas y extiende los límites de las enfermedades tratables con el objeto de expandir el mercado de medicamentos. Así, se influye en los médicos y se alienta a los consumidores a consultarles e identificar su malestar o bien el tratamiento farmacológico deseado. Algunos ejemplos de promoción de enfermedades son procesos comunes o malestares propios de la vida clasificados como problemas médicos, síntomas benignos presentados como futuras enfermedades graves, problemas personales, sociales o rasgos de personalidad vistos como problemas médicos, y factores de riesgo como enfermedades<sup>2</sup> (Tabla II).

La promoción de enfermedades tiene por objetivo convertir a la gente sana en enferma, haciéndoles creer que algunos padecimientos leves o simples aspectos de la vida ordinaria (menopausia, osteoporosis) requieren tratamiento médico y farmacológico. Las personas que acuden al médico con un problema de

TABLA II. Algunas de las llamadas enfermedades promocionadas o promovidas por la industria farmacéutica (*disease mongering*)\* 2,6,10-14.

- Osteoporosis
- Osteopenia
- Disfunción sexual femenina
- Fobia social
- Trastorno por déficit de atención e hiperactividad
- Trastorno bipolar
- Síndrome de intestino irritable
- Síndrome de las piernas inquietas
- Síndrome metabólico

\*Nota de los autores: se refleja la opinión de las publicaciones mencionadas en la bibliografía, sin que ello represente nuestra propia opinión.

salud, sea considerado o no una enfermedad, desean dos cosas: en primer lugar una explicación a lo que les ocurre, es decir, un diagnóstico, y a continuación una solución, o sea un tratamiento. La mayoría de los pacientes espera un tratamiento farmacológico, pero también puede ser no farmacológico; podría consistir en unas recomendaciones para modificar su estilo de vida.

La promoción de enfermedades y el uso asociado de medicamentos dependen de estrategias comerciales bien conocidas<sup>7,8</sup>. Los mecanismos casi siempre implican la creación de un grupo de expertos para definir la nueva enfermedad, y una conferencia o reunión para darla a conocer. Después se trata de convencer a la opinión médica y a los pacientes, para lo cual se escogen líderes de opinión, se organizan jornadas o simposios dentro de congresos, se edita literatura específica, se encarga un libro blanco, se realizan estudios o se interpretan a conveniencia los resultados científicos para informar de que la prevalencia de ese problema es mayor que la real y de que está infra-diagnosticado e infratratado. Se cambia la percepción de los síntomas, convirtiéndolos de leves en graves, y así se le va dando una mayor envergadura hasta hacer creíble la patología escogida. De esta forma se crea el deseo y la necesidad del producto en los prescriptores y los consumidores. Se publican los resultados de los estudios y se hace una publicidad simple y agresiva.

Respecto al último aspecto y tomando como ejemplo los trastornos mentales, se usan definiciones muy simples para explicar los mecanismos fisiopatológicos de las enfermedades y así relacionarlos con los mecanismos de acción de los fármacos con que se tratan. De esta manera se promocionan de forma equívoca los medicamentos como estabilizadores, restauradores o equilibradores de los neurotransmisores u otras sustancias químicas del cerebro. Por ejemplo, en la publicidad de los medicamentos antidepresivos se explica que el descenso de serotonina causa la depresión, por lo que los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina tratan esta deficiencia y curan el trastorno. Esta definición no es coherente con la revisión de la literatura ni con la información del producto aprobada por las autoridades sanitarias (EMEA o FDA).

Se fundan y subvencionan organizaciones de enfermos, así como grupos de apoyo a los afectados. Finalmente, se crea un guía clínica de esta afección, que será el estándar para seleccionar el tratamiento. Todo ello conduce a una desinformación del personal sanitario y de los pacientes, se generan falsas expectativas que llevan a la frustración y a un incremento del gasto, que puede redundar en un descenso del presupuesto para las enfermedades “reales” o graves<sup>2,6-8</sup>.

Del alcance y la actualidad del fenómeno “*disease mongering*” hablan la reciente conferencia mundial sobre el tema en Newcastle (Australia, abril de 2006; [www.diseasemongering.org](http://www.diseasemongering.org)), la publicación de un monográfico de la revista *PLoS Medicine* con varios artículos en marzo de 2006 (<http://collections.plos.org/diseasemongering-2006.php>)<sup>2,6-15</sup> y varios libros sobre el tema que han aparecido para el público general<sup>16,17</sup>.

### Medicamentos del bienestar

En la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, se define como medicamento de uso humano toda sustancia o combinación de sustancias que se presente como poseedora de propiedades para el tratamiento o la prevención de enfermedades en seres huma-

nos, o que pueda usarse en seres humanos o administrarse a seres humanos con el fin de restaurar, corregir o modificar las funciones fisiológicas, ejerciendo una acción farmacológica, inmunológica o metabólica, o de establecer un diagnóstico médico. En este capítulo consideramos equivalentes las palabras “medicamento” y “fármaco”, por lo que se usan indistintamente.

El Diccionario de la Lengua Española define “bienestar” como el conjunto de las cosas necesarias para vivir bien, una vida holgada o abastecida de cuanto conduce a pasarlo bien y con tranquilidad, o un estado de la persona en que se le hace sensible el buen funcionamiento de su actividad somática y psíquica.

No existe ninguna definición globalmente aceptada para “medicamentos del bienestar”. Tomando algunas partes del significado de las dos palabras que lo forman, podríamos decir que los fármacos o medicamentos del bienestar serían aquellos que nos hacen vivir bien, pasarlo bien y producen un buen funcionamiento. Como puede verse, parecen más relacionados con el concepto de salud que con el de enfermedad.

Para muchos autores son aquellos fármacos o medicamentos consumidos para satisfacer un trastorno no relacionado con la salud o para tratar alteraciones, trastornos o desórdenes situados en los límites entre la enfermedad, la salud y el bienestar<sup>1,18</sup>; para otros, son aquellos que mejoran la calidad de vida en lugar de aliviar o mejorar una enfermedad, y que se dirigen básicamente a problemas de carácter social o cosmético<sup>19</sup>. Otra posible definición sería la de fármacos que intentan aliviar o mejorar problemas o enfermedades generadas a consecuencia de la elección de un estilo de vida en particular<sup>3,20,21</sup>.

A estas alteraciones se las podría denominar “enfermedades del bienestar” o “de los estilos de vida” (*lifestyle illnesses*), por el hecho de ser consecuencia de la elección individual de un determinado estilo de vida (*lifestyle choices*), que incluyen por ejemplo fumar tabaco, beber alcohol, consumir drogas ilegales, comer demasiado o hacer una vida sedentaria. De este concepto surge su definición como fárma-

TABLA III. Clasificación de los medicamentos del bienestar<sup>19</sup>.

---

- Fármacos aprobados para indicaciones relacionadas con estilos de vida  
Ejemplos: finasterida o minoxidilo para combatir la alopecia
  - Fármacos aprobados para una indicación y usados en otra  
Ejemplos: inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) para el tratamiento de rasgos o síntomas depresivos o tristeza
  - Drogas de abuso legales e ilegales  
Ejemplos: cafeína, alcohol, tabaco, cocaína y anfetaminas
  - Productos naturales  
Suplementos alimentarios (nutracéuticos)
- 

TABLA IV. Principales medicamentos del bienestar y su uso<sup>1,3,18-21</sup>.

---

- Antidepresivos (ISRS) para superar la timidez
  - Antidepresivos (ISRS) para síntomas depresivos o tristeza
  - Antisecretores gástricos para la indigestión o para la dispepsia funcional
  - Contraceptivos orales para poder tener relaciones sexuales “durante las vacaciones”
  - Cremas blanqueadoras para aclarar el color de la piel
  - Dehidroepiandrosterona (DHEA) para la vejez
  - Eflonitina para el exceso de vello facial
  - Finasterida para el tratamiento de la alopecia androgénica
  - Hormona del crecimiento para niños de baja estatura
  - Melatonina para el envejecimiento y el desfase horario (*jet lag*)
  - Metilfenidato para los niños inquietos
  - Minoxidilo para el tratamiento de la alopecia androgénica
  - Orlistat para reducir el sobrepeso
  - Retinoides para el envejecimiento cutáneo
  - Sildenafil para aumentar la estimulación o el rendimiento sexual en varones
  - Toxina botulínica para las arrugas de expresión
- 

cos utilizados para aliviar o mejorar problemas de los cuales la responsabilidad personal es la causa subyacente. También se utiliza para los fármacos que se emplean en circunstancias que no pueden considerarse como situaciones médicas que precisen de un tratamiento específico. Finalmente, pueden incluirse también aquéllos utilizados para ser felices o para encontrarse bien. Sería el medicamento considerado como bien de consumo, de alguna manera el equivalente farmacológico a algunas intervenciones de cirugía estética. Debe tenerse en cuenta que es el uso del fármaco, y no sus propiedades, lo que determina que sea un fármaco del bienestar<sup>1</sup>.

Otras denominaciones de los medicamentos del bienestar son “medicamentos o fármacos de la felicidad” (*well-being drugs*), “de los estilos de vida” (*life-style drugs*) o “de la sociedad del bienestar”<sup>18</sup>.

### Utilización de los medicamentos del bienestar

---

En la Tabla III se encuentra una clasificación de los medicamentos del bienestar<sup>19</sup> y en la Tabla IV se incluyen los principales fármacos considerados por los diferentes autores como medicamentos del bienestar, así como los cuadros en que se utilizan<sup>1,3,18-21</sup>.

Algunos de los posibles usos de los medicamentos del bienestar son las enfermedades promocionadas. Una de las características de las “no enfermedades” es la facilidad con que el paciente “sano” se puede identificar con los síntomas anunciados, autodiagnosticarse y llegar, en algunos casos, a la automedicación con medicamentos del bienestar. Esto es importante porque estos fármacos no están exentos de efectos adversos.

Establecer dónde acaba el deseo y dónde empieza la necesidad es complicado. Determinar si los sistemas de salud deben subvencionar los medicamentos del bienestar es complejo. Pagar medicamentos que no aportan ningún beneficio colectivo a la sociedad puede suponer una limitación para obtener otros tratamientos. Hay que priorizar los tratamientos de las enfermedades reales y graves, como el cáncer, la patología cardiovascular y la salud mental, en un sistema de salud que tiene recursos limitados. Como se ha comentado con las enfermedades promocionadas, el uso de medicamentos del bienestar conduce a un mayor gasto personal y sanitario, y es por esto que se debe regular su prescripción<sup>3</sup>.

El control de la publicidad directa y encubierta, la educación sanitaria de la población y la promoción del pensamiento crítico entre los médicos, son posiblemente las formas de combatir los dos fenómenos expuestos en este capítulo. Habrá que entender que no todo síntoma expresa una enfermedad, que no hay una píldora para cada síntoma o enfermedad, que muchas enfermedades no tienen tratamiento y que la felicidad no se compra en las farmacias. Siguiendo las sentencias de Baltasar Gracián (1601-1658) en *El Arte de la Prudencia*, “tanto ha de saber el médico para recetar como para no recetar, y a veces consiste el arte en el no aplicar los remedios”.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Azagra R, Gené E. El medico de familia y los medicamentos del bienestar. *Atención Primaria*. 2000;25:1-3.
2. Moynihan R, Heath I, Henry D. Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering. *BMJ*. 2002;324:886-91.
3. Gilbert D, Waley T, New B. Lifestyle medicines. *BMJ*. 2000;321;1341-4.
4. Smith R. In search of “non-disease”. *BMJ*. 2002;324:883-5.
5. Meador CK. The art and science of nondisease. *N Engl J Med*. 1965;272:92-5.
6. Moynihan R, Henry D. The fight against disease mongering: generating knowledge for action. *PLoS Med*. 2006;3:e191.
7. Mintzes B. Disease mongering in drug promotion: do governments have a regulatory role? *PLoS Med*. 2006;3:e198.
8. Heath I. Combating disease mongering: daunting but nonetheless essential. *PLoS Med*. 2006;3:e146.
9. Applbaum K. Pharmaceutical marketing and the invention of the medical consumer. *PLoS Med*. 2006;3:e189.
10. Tiefer L. Female sexual dysfunction: a case study of disease mongering and activist resistance. *PLoS Med*. 2006;3:e178.
11. Lexchin J. Bigger and better: how Pfizer redefined erectile dysfunction. *PLoS Med*. 2006;3:e132.
12. Phillips CB. Medicine goes to school: teachers as sickness brokers for ADHD. *PLoS Med*. 2006;3:e182.
13. Healy D. The latest mania: selling bipolar disorder. *PLoS Med*. 2006;3:e185.
14. Woloshin S, Schwartz LM. Giving legs to restless legs: a case study of how the media helps make people sick. *PLoS Med*. 2006;3:e170.
15. Maggini M, Vanacore N, Raschetti R. Cholinesterase inhibitors: drugs looking for a disease? *PLoS Med*. 2006;3:e140.
16. Blech J. Los inventores de enfermedades. Barcelona: Ediciones Destino; 2005.
17. Pignarre P. El gran secreto de la industria farmacéutica. Barcelona: Gedisa; 2005.
18. Farré M, Hernández-López C, Peiró A.M. Medicamentos del bienestar. *Atención Primaria*. 2000;26:275-6.
19. Flower R. Lifestyle drugs: pharmacology and the social agenda. *Trends Pharmacol Sci*. 2004;25:182-5.
20. Moldrup C. The use of terms “lifestyle medicines” or “lifestyle drugs”. *Pharm World Sci*. 2004;26:193-6.
21. Lexchin J. Lifestyle drugs: issues for debate. *CMAJ*. 2001;164:1449-51.

## DISCUSIÓN

**X. CARNÉ:** Me gustaría hacer una reflexión sobre los medicamentos esenciales de la Organización Mundial de la Salud. Los medicamentos, por un lado, responden a necesidades médicas consideradas importantes, y por otro coinciden con bienes de consumo parecidos a cualquier otro. Tampoco hay que olvidar la intervención y la protección que ejerce el estado en los bienes de consumo, con una autorización administrativa correspondiente, pero con una regulación mínima a juicio del consumidor. Sin embargo, dicha intervención llega incluso a proporcionar los medicamentos pagados con fondos públicos. Visto así, creo que es un panorama interesante que da para reflexionar y ver qué tipo de intervención es necesaria.

**L.F. ALGUACIL:** A diferencia de otras sociedades, como las del tercer mundo, donde el concepto o el significado de bienestar no es el mismo que en la nuestra, en la que se ve un abuso de fármacos, me vienen a la mente los fármacos antiinfecciosos. ¿Crees que si conceptualizamos el fármaco del bienestar como abuso de fármacos podríamos considerar los antiinfecciosos como fármacos del bienestar?

**M. FARRÉ:** Estoy de acuerdo contigo en que podríamos incluirlos dentro de los fármacos del bienestar, pero desde mi punto de vista lo que impide que sea así es el hecho de que en algunos casos surge una enfermedad que no es tratable con los medios conocidos y que podría ser tratada con medicamentos. Por lo tanto, en algunos casos sería indicado, mientras que la mayoría de las veces teóricamente no habría ninguna enfermedad que pudiese ser la causa del uso de ese medicamento. Si entendemos el abuso como mal uso de los medicamentos, los antibióticos, juntamente con los antidepresivos, están igual que estaban hace 60 años las benzodiazepinas, e igual que están ahora otros fármacos.

**J.A. GILBERT SANTOS:** ¿Existen datos sobre el gasto farmacéutico que supone este tipo de fármacos del bienestar?

**M. FARRÉ:** Se podrían hacer varios cálculos, aunque en realidad creo que es difícil porque depende de varios factores. Está claro que, por ejemplo en las enfermedades y los trastornos mentales, que tienen un diagnóstico claro, se podría calcular. También es verdad que no es lo mismo el fármaco del bienestar, entendido como un abuso de una droga para rendir o estar mejor, que en los casos en que la persona no se encuentra bien y no puede ser definida de forma médica. Quizá ahora desconocemos que padece una enfermedad y dentro de 20 años sí lo sabremos.

**A. HIDALGO:** Tengo unos datos de una estimación que se hizo en 2002 de lo que supondría el gasto en fármacos del bienestar en el año 2007. La cifra se eleva a 29 billones de dólares. Esta cantidad se reparte de la siguiente manera: para rejuvenecer la piel 700 millones de dólares, para disfunciones sexuales 1800 millones de dólares, para la contracepción 4000 millones de dólares, etc. Con estas cifras, no me extraña que no se hagan muchos esfuerzos innovadores en este campo. Mi segundo comentario es acerca de lo que mencionaba el Dr. Farré sobre la sociología. Creo que tenemos que entender todo el problema del bienestar como una patología social y no como un problema estrictamente sanitario, o quizá considerarlo como un efecto colateral del desarrollo científico y social. Las ciencias biológicas nos están proponiendo una serie de utopías, como la inmortalidad, la felicidad, etc., que antes se trataba de controlar con la fe o la personalidad, y que ahora parece que las tenemos que controlar con medicamentos. Sólo quedaría por saber si somos lo suficientemente resistentes genéticamente, intelectualmente y emocionalmente.

**J.E. BAÑOS:** Me gustaría añadir un comentario sobre lo que decía el Dr. Hidalgo. Creo que la ciencia ocupa en la actualidad el lugar que tuvieron la religión o la filosofía en determinadas etapas históricas, en el sentido de presentar una quimera. Esta afirmación se refiere a

que se presenta como la solución para superar nuestras limitaciones. Quizá sea ya el momento de empezar a pensar claramente en que esto no es posible y que, a pesar de que muchos de nosotros lo sabemos y lo aceptamos, tendremos que transmitirlo al resto de la sociedad.

**E.J. SANZ:** Creo que, además de estos fármacos que se apartan de los de tratamiento habitual, tenemos también que reflexionar sobre cuál es la proyección social de otros, como los antiasmáticos, los antihipertensivos o los ansiolíticos, que consume la sociedad para el tratamiento de enfermedades. O sea, cuáles son las expectativas, los riesgos y los beneficios de estos medicamentos percibidos por la sociedad. Creo que esto es otra línea de trabajo que hay que considerar dentro del amplio espectro de la proyección social del medicamento.

**G. CASINO:** El problema que veo es que se mezcla todo, los fármacos clásicos para enfermedades

clásicas con los fármacos del bienestar para tratar problemas de la vida cotidiana. Me pregunto si no sería bueno diferenciar estos dos polos contrapuestos: los medicamentos esenciales de la OMS y los fármacos del bienestar.

**S. ABANADES:** En relación a lo que comentaba el Dr. Casino, podría ser que en lugar de enfermos sea la sociedad la que esté "enferma", y se puede pensar que esta enfermedad del mundo occidental, crónica y agudizada, es por la que la gente busca otras alternativas, entre ellas el consumo de sustancias. Pero hoy día no tenemos tratamiento para curarla...

**X. CARNÉ:** Quería hacer un pequeño apunte sobre lo que decía el Dr. Casino. En los años 1970 muchos acogimos con gran entusiasmo la definición de salud de la OMS. En Cataluña, por ejemplo, la definición del colectivo de médicos y biólogos se parece a ésta. Yo creo que ahora estamos viendo los efectos indeseables de esa definición. Probablemente habría que cambiarla.