
Expertos Invitados

EL PROYECTO DE INVESTIGACION CLINICA DESDE LA OPTICA DE LA INDUSTRIA FARMACEUTICA: ASPECTOS ETICOS QUE DEBEN CONSIDERARSE



Autor:
Dra. Silvia Zieher
Columnista Experta de SIIC

Médica especialista en Medicina Farmacéutica
Sociedad Argentina de Medicina Farmacéutica (SAMEFA, ex
AMAIFA)
Gerente de Desarrollo Clínico, Aventis Pharma S.A.

La consideración de los aspectos éticos es una obligación y el marco indispensable de las actividades de investigación clínica. La industria farmacéutica tiene el deber de ser vigilante de las consideraciones éticas en todas las etapas de los proyectos de esta naturaleza, asegurando el cumplimiento de las normas internacionales que rigen la investigación clínica y de las regulaciones locales dentro del contexto de las normas de Buena Práctica Clínica (Good Clinical Practices, GCPs).

Esta presentación refleja la posición de los médicos que trabajamos en los departamentos médicos de los laboratorios farmacéuticos.

En la actualidad disponemos de valiosos documentos que definen los principios éticos que deben guiar la investigación con seres humanos. La piedra fundamental fue colocada en 1947 por el Código de Nuremberg, que sigue siendo un documento trascendental luego de más de 50 años. El Código de Nuremberg fue publicado después del juicio a los médicos nazis por las aberraciones perpetradas en campos de concentración con fines de experimentación médica. Contiene 10 principios en los que se definen las reglas de la investigación. Entre otros, se destacan (a) la obligación de obtener un consentimiento informado, (b) el principio de beneficencia en investigación, (c) la obligación de evitar riesgos innecesarios, (d) la protección al sujeto en caso de daños y (e) la libertad del sujeto de decidir retirarse en cualquier momento del estudio.

En 1964, la Asociación Médica Mundial publicó la Declaración de Helsinki. Desde entonces el documento tuvo varias modificaciones, siendo la más reciente la controvertida versión del año 2000. A diferencia del Código de Nuremberg, la Declaración de Helsinki se ha incorporado a varias regulaciones en diversos países. Respecto del contenido de ambas, podemos señalar que la Declaración de Helsinki pone especial énfasis en las obligaciones del investigador en tanto el Código de Nuremberg se centra especialmente en los derechos del paciente como parte de la investigación.

El Informe Belmont fue publicado en 1979 en Estados Unidos por la Comisión Nacional de Protección de Personas en Investigación. Este informe define claramente los principios éticos para la investigación clínica. Entre otras consideraciones, el reporte hace una

fuerte crítica al estudio Tuskegee, conducido en los años 40 en ese país, en el que participaron pacientes negros sifilíticos provenientes de áreas rurales a los que se dejó sin tratamiento siguiendo la evolución natural de la enfermedad. El aspecto controvertido de este estudio está centrado en el hecho de que no se quiso interrumpir y, por el contrario, se continuó bastante tiempo después de aparecer tratamientos antibióticos efectivos para estos pacientes.

El Informe Belmont define los siguientes principios éticos básicos:

1) Respeto a las personas

Este principio involucra 2 puntos fundamentales: el principio de autonomía y la protección de individuos cuya autonomía está afectada o disminuida. La autonomía es la capacidad para decidir qué hacemos con nuestra vida y nuestro cuerpo. En este sentido, tengamos en cuenta que algunas personas, por su situación, pueden no ser libres (autónomas) para decidir y por lo tanto deben tener asegurada una protección especial.

El informe menciona, a modo de ejemplo, la inclusión de presos en estudios clínicos como sujetos de investigación. Esta condición impediría que la persona decida su participación sin coerción.

2) Beneficencia

Este principio no se refiere a la beneficencia en el sentido de caridad que habitualmente conocemos sino a la obligación de agotar los esfuerzos para asegurar el bienestar del paciente. Asimismo abarca el concepto de «no dañar» y el de maximizar el beneficio al tiempo que se minimizan potenciales riesgos.

3) Justicia

El principio de justicia está basado en el sentido de distribución equitativa y justa. Este principio sostiene, por ejemplo, la obligación de no excluir sistemáticamente a determinadas poblaciones de pacientes (por ejemplo, excluir a todas las mujeres de los estudios clínicos). Asimismo, hace referencia al principio moral de no obtener beneficio a partir de la vulnerabilidad de ciertas poblaciones (por ejemplo, poblaciones económicamente empobrecidas).

Necesitamos comprender cómo estos principios éticos se aplican a poblaciones del Tercer Mundo. El Consejo de Bioética de Nuffield elaboró, en 1999, la denominada «Investigación relacionada con la salud en países en desarrollo». En este documento se perfilan 4 principios éticos para la conducción de estudios en países desarrollados por patrocinantes (tanto internos como externos):

- 1) Aliviar el sufrimiento.
- 2) Respetar a las personas.
- 3) Respetar las diferencias culturales.
- 4) No explotar al vulnerable.

El Consejo de Bioética de Nuffield define claramente el concepto de explotación: «*el más poderoso tiene el deber de evitar explotar para beneficio propio la vulnerabilidad del más débil*». Asimismo, analiza el papel de los investigadores y los patrocinadores tanto nacionales como internacionales. El documento establece que «... *es inaceptable que los investigadores seleccionen poblaciones económica o políticamente débiles, y por lo tanto vulnerables a la explotación, con el objeto de testear terapias en forma más barata o para usar sus resultados en beneficio de otras comunidades más ricas*».

En relación con la función de los patrocinantes dentro del contexto de la investigación en estos países, aclara: «*Se recomienda que los patrocinantes nacionales e internacionales, incluyendo las agencias gubernamentales, fundaciones y compañías farmacéuticas, aseguren ofrecer educación y entrenamiento en la ética de la investigación a todos los profesionales involucrados*».

La industria farmacéutica misma no está ajena al debate de los aspectos éticos. Recientemente, la asociación de industrias de manufactura e investigación farmacéutica de EE.UU., PHARMA (*Pharmaceutical Research and Manufacturers of America*), publicó en julio de 2002 su declaración de principios para estudios clínicos, denominada «Principios para la conducción de ensayos clínicos y la comunicación de resultados de estudios clínicos».

A continuación se describen los principios y los contenidos resumidos que corresponden a cada uno de ellos :

- 1) Protección de los pacientes
- 2) Principios para la conducción de estudios clínicos
- 3) Principios para asegurar la objetividad en la investigación
- 4) Principios para la comunicación de los resultados de los ensayos clínicos.

1) Principio N° 1: La protección de los pacientes.

La industria farmacéutica tiene el compromiso de proteger la seguridad y los derechos de los sujetos en investigación. Respecto de este punto podemos hacer un paréntesis para reflexionar sobre la implementación del consentimiento informado. Sabemos, en ese sentido, que el consentimiento informado es un documento ético primordial. En primer lugar tenemos que considerar cuáles son los criterios básicos para obtener un consentimiento válido:

- a) proveer al paciente toda la información disponible.
- b) comprensión/entendimiento por parte del paciente.
- c) voluntariedad: poder decidir por sí mismo.
- d) Competencia.

¿Qué implica el documento de consentimiento informado y cómo se relaciona con el proceso de consentimiento? Un documento de consentimiento correctamente escrito y aprobado por un comité de ética NO es suficiente para asegurar que se obtenga un consentimiento informado adecuado. Asimismo, el hecho de haber obtenido un consentimiento informado correcto firmado NO es evidencia suficiente de que el paciente haya dado su consentimiento cumpliendo con los 4 criterios arriba descriptos.

En 1998, el *British Medical Journal* (*BMJ* 1998; 316: 949-51) publicó en su sección "Educación y Debate" un editorial que resume las conclusiones de un debate con los lectores : "El consentimiento informado: llegando al límite y retrocediendo. El consentimiento informado: un asunto complicado e inevitable". El debate planteaba la controversia sobre la publicación de estudios en los que no se había obtenido el consentimiento informado total de los pacientes. El *BMJ* publicó las cartas con las respuestas de los lectores. El 50% de los lectores consideró que los trabajos no debían publicarse en esas condiciones, mientras que el otro 50% manifestó que había ocasiones en que no se debía exigir el requisito de la firma de consentimiento informado. En la larga discusión se destacan algunas reflexiones de interés y reflexión sobre aspectos conflictivos del consentimiento informado:

- a) "Nadie puede tener el monopolio de la decisión acerca de lo que es ético" (expresado por el presidente de un comité de ética).

b) ¿Se debe informar al paciente con un diálogo científicista o paternalista? ¿Cuándo considerar cada enfoque? El exceso de información puede producir daño en ciertas condiciones.

c) La implementación de una norma (en este caso para publicación) no mejora la práctica misma. El investigador que no está comprometido con el sentido que tiene la obtención del consentimiento informado se preocupará sólo por obtener un papel firmado

d) "Los médicos deberán acostumbrarse a habitar en ese mundo complicado en que los filósofos se sienten cómodos. El entrenamiento en ética es importante. Estamos tratando de obligar a ese cambio."

Existen situaciones delicadas para la toma del consentimiento, como por ejemplo:

1) Obtención del consentimiento informado en pediatría. En estos casos lo que se obtiene como consentimiento de parte de los padres es en realidad un "permiso". Siempre que el niño tenga madurez intelectual suficiente se debe obtener su "asentimiento".

2) El consentimiento en condiciones médicas agudas que disminuyen la autonomía y competencia del paciente como en el infarto agudo de miocardio. Un reciente artículo publicado en *Lancet* (*Lancet* 2003; 361: 918-22) describió los resultados de un subestudio prospectivo para evaluar las condiciones de obtención de consentimiento en pacientes con infarto agudo de miocardio incluidos en un estudio clínico multicéntrico. En este trabajo se concluyó que el proceso de consentimiento era inadecuado para la mayoría de las necesidades de los pacientes. La comprensión de la información dada por parte de los pacientes y su competencia para dar un consentimiento autónomo fue menos que óptima.

2) Principio N° 2: La conducción de los estudios clínicos.

- Los estudios deben ser diseñados con rigurosidad científica asegurando un balance entre los riesgos para los sujetos de investigación y los beneficios tanto para el participante en la investigación como para la sociedad.

- Adecuados criterios éticos, científicos y clínicos deben guiar el diseño de los estudios, en especial en áreas como criterios de selección, puntos finales, elección del grupo control. Un estudio mal diseñado (por ejemplo, un grupo control inadecuado) seguramente no permitirá que los resultados respondan a los objetivos planteados. En este sentido, no podemos considerar que sea éticamente aceptable someter a los pacientes a los riesgos potenciales de una investigación que no proveerá beneficio (porque no podrá cumplir sus objetivos). Viola el derecho de respeto a la persona si entendemos que el paciente da su consentimiento para participar en un estudio con un fin predefinido que no se podrá cumplir. Por otro lado, los aspectos clínicos no son menos importantes. Con cierta frecuencia nos enfrentamos a estudios clínicos que tienen un diseño correcto y aspectos éticos perfectamente cuidados, pero que finalmente fracasan. Por ejemplo, protocolos en los que la población del estudio seleccionada es tan limitada debido a estrictos criterios de selección que hacen que sea casi imposible alcanzar el reclutamiento necesario para cumplir con el tamaño de la muestra que permita evaluar el estudio. En otras ocasiones, los procedimientos del estudio no pueden llevarse a la práctica clínica en forma adecuada. Es importante el papel que desempeñan los clínicos (que conocen bien la enfermedad y los pacientes) en el diseño del estudio. Los pacientes mismos pueden aportar excelente información en este sentido.

- Los investigadores deben ser capaces de llevar a cabo el estudio cumpliendo con las normas. Para esto requieren ser adecuadamente entrenados. Los patrocinantes juegan un rol importante en este sentido.

- Se debe obtener la aprobación del protocolo por el/los comités de ética y la autoridad regulatoria.

- Se debe exigir la investigación la obtención y documentación adecuada del consentimiento informado.
- El patrocinante debe verificar el cumplimiento de la normas de GCPs mediante el monitoreo. De encontrarse desviaciones serias, debe tomar medidas correctivas o suspender la participación del investigador. Debe también notificar a la autoridad regulatoria.
- Los aspectos de seguridad deben ser rigurosamente vigilados por el patrocinante, quien deberá informar oportunamente sobre cualquier información nueva que surja durante la investigación.
- Se debe asegurar la confidencialidad y la privacidad de los pacientes.
- Se deben establecer procedimientos de garantía de calidad que aseguren que los datos son generados, documentados y reportados adecuadamente en cumplimiento de la regulación vigente.

3) Principio N° 3: Asegurar la objetividad en la investigación.

- Este principio busca asegurar que las partes involucradas puedan ejercer un juicio independiente a favor de proteger a los pacientes y asegurar la interpretación objetiva de los resultados. En este sentido, se aconseja comprometer a un comité independiente de monitoreo de datos y seguridad. Si hay un pago al paciente, éste debe ser razonable (por ejemplo, cobertura de viáticos) y no debe vulnerar la autonomía del paciente.
- Los pagos a los investigadores deben ser razonables y basados en el trabajo efectivamente realizado. En este sentido la experiencia indica que un pago en exceso no asegura mejor calidad de trabajo.
- No debe haber pagos ni compensaciones de ningún tipo que dependan de los resultados del estudio.
- El investigador y su familia no deben tener ninguna relación de propiedad con el producto en estudio ni ser compensados con acciones de la compañía.
- Si el investigador o su equipo tienen que viajar a una reunión del estudio, se deberán cubrir los costos de viáticos únicamente, siendo el lugar y el tipo de reunión apropiados para los objetivos de la reunión.

4) Principio N° 4: La publicación de los resultados.

- Es de crucial importancia poner a disposición de los médicos, los pacientes y el público los resultados del estudio a tiempo.
- Independientemente de los resultados, cualquier información significativa, tanto sobre productos en investigación como sobre productos en el mercado, debe ser comunicada públicamente.
- El reporte del estudio debe ser disponible para todos los participantes en él.
- Deben ser autores del trabajo todos aquellos que hayan tenido alguna contribución significativa (por ejemplo, diseño, recolección de datos, análisis). Esto lo que establece el Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas.
- Las publicaciones individuales derivadas de un estudio sólo deben efectuarse con posterioridad a la publicación del estudio principal.
- Es recomendable que el investigador informe a los pacientes de los resultados del estudio.
- El patrocinante puede revisar los manuscritos que se deriven del estudio principal.

- Si el editor de la revista así lo solicita el patrocinante proveerá datos del estudio dentro del marco de la confidencialidad.

Respecto de los requerimientos de publicación, debemos tener en cuenta las normas internacionales establecidas en 1997 (Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas) que exigen que los autores hagan públicos sus intereses financieros. Para los estudios patrocinados por la industria farmacéutica se solicita que se especifique el papel del patrocinante en el diseño, análisis e informe de resultados. A futuro se espera que las editoriales contacten a los autores para verificar si tuvieron acceso a los datos y pudieron tomar decisiones independientes. En un reciente artículo publicado por el *British Medical Journal* (BMJ 2003;326:526-7) se evaluó el cumplimiento de la declaración de intereses financieros. Sobre 268 publicaciones de revistas (como *Lancet*, *BMJ*, *JAMA*, *New England Journal of Medicine*) se observó que sólo 68 de 100 estudios patrocinados por la industria farmacéutica proveyeron información de intereses financieros.

EVALUAN LOS RIESGOS DE LA PROMOCION DE LOS MEDICAMENTOS DIRIGIDA AL PUBLICO



Autor:

Dra. Barbara Mintzes
Entrevista exclusiva de SIIC

Investigadora, Centre for Health Services and Policy Research,
University of British Columbia

Vancouver, Canadá (**especial para SIIC**)

La solicitud de un medicamento en particular por parte del paciente afecta las decisiones del médico acerca de la prescripción, según explicó a **SIIC** la **doctora Barbara Mintzes**. Este hecho genera preocupación con respecto a los fármacos que son presentados en publicidades dirigidas a los consumidores. **"Los médicos están generalmente en una posición difícil"**, destacó la experta, **"porque quieren conservar a sus pacientes... pero también son responsables legalmente de las decisiones con respecto a la prescripción"**.

La doctora Mintzes y su equipo de colaboradores investigaron la influencia de la publicidad directa de los medicamentos sobre las conductas de médicos y pacientes frente a su prescripción. Solamente en los Estados Unidos y en Nueva Zelanda, explicó la especialista, se permite este tipo de promoción. En Canadá, por otra parte, se ha pedido un cambio en las restricciones vigentes.

Los expertos realizaron un estudio transversal que incluyó a más de 1 400 pacientes atendidos por 78 médicos generalistas o médicos de familia, en Vancouver, Canadá, y en Sacramento, en los Estados Unidos. Mediante cuestionarios, se determinaron la frecuencia con que los pacientes solicitaban medicamentos específicos, y las conductas de los médicos frente a este hecho.

En el 12% de las consultas, informó la **doctora Mintzes**, el paciente solicitó la prescripción de un fármaco. En el 42% de los casos se trataba de un producto promocionado en forma directa al público. Los médicos, por su parte, prescribieron la droga solicitada al 9% de sus pacientes, aunque en un elevado número de oportunidades manifestaron tener dudas acerca de esta elección.

La doctora Mintzes explicó estas observaciones en una entrevista con **SIIC**. Sus investigaciones fueron publicadas en las revistas *British Medical Journal* y *Canadian Medical Association Journal*, entre otras.

SIIC: Doctora Mintzes, ¿cuáles son las restricciones actuales para la promoción de los productos farmacéuticos en Canadá?

Dra. Barbara Mintzes: En Canadá, las empresas farmacéuticas pueden promocionar sus productos de venta libre entre el público, y pueden promocionar los de venta bajo receta entre los profesionales de la salud. La promoción dirigida al público de los medicamentos de venta sólo con prescripción está prohibida. Existen dos prohibiciones principales: una concerniente a los medicamentos de venta con prescripción, y la otra a los tratamientos para una serie de enfermedades graves. Hay una excepción limitada, introducida en 1978 para permitir a los farmacéuticos la promoción de la comparación de los precios.

El objetivo de esta prohibición es la protección de la salud, tanto debido a la toxicidad aumentada de los productos de venta bajo prescripción, como por la elevada vulnerabilidad de las personas enfermas. Sin embargo, la ley está siendo ejecutada de manera incompleta. Los canadienses ven los avisos publicitarios de los Estados Unidos mediante la televisión por cable. En el país, además, algunos productos están siendo promocionados entre el público, en general como un aviso "recordatorio", que simplemente presenta el nombre comercial del producto pero no manifiesta explícitamente sus acciones sobre la salud. A pesar de ello, existe una exposición mucho mayor a los avisos publicitarios en los Estados Unidos que en Canadá.

SIIC: ¿Podría hablarnos de los cuestionarios que se utilizaron en este estudio?

B.M.: Utilizamos dos cuestionarios complementarios, uno que fue respondido por los pacientes en la sala de espera, y otro por los médicos, después de la consulta del paciente participante.

El cuestionario respondido por los pacientes abarcaba temas como el estado de salud, el uso de los servicios de atención médica, las expectativas frente a la consulta, las fuentes de información sobre la salud, la exposición a la publicidad, las creencias sobre la relación entre médico y paciente y los medicamentos, las características demográficas, el seguro de salud y la cobertura de los medicamentos prescritos.

Los médicos nombraron cada medicamento nuevo prescrito, y manifestaron si el paciente había pedido cada producto, así como qué familiaridad tenía éste con el medicamento y con qué probabilidades se lo prescribirían a otro enfermo en condiciones similares. También mencionaron todos los fármacos que el paciente había pedido pero que no le habían sido prescritos.

SIIC: ¿Cuál fue la relación entre los pedidos de prescripciones por parte de los pacientes y su nivel socioeconómico o educativo?

B.M.: No encontramos ninguna diferencia sistemática relacionada con la educación o los ingresos familiares, ni en Vancouver ni en Sacramento. Además, no observamos diferencias en las tasas de pedidos de medicamentos de acuerdo con la forma de pago o de financiamiento.

Dividimos a los pacientes en grupos, según el costo de los fármacos fuese cubierto completamente por un tercero, pagaran los costos en forma parcial, o los pagaran completamente. La mayoría de los pacientes de Sacramento tenían cubierta una parte de los costos; en Vancouver, los participantes tenían más probabilidades de tener todos los costos cubiertos, o de tener que pagar ellos mismos los medicamentos.

Canadá tiene un sistema público de atención de la salud, pero los productos farmacéuticos no están incluidos por completo. En general, la mayoría de los pacientes en ambas localizaciones tenían niveles de ingresos y de educación superiores a la media, y casi todos los pacientes de los Estados Unidos tenían algún tipo de seguro de salud.

SIIC: ¿Qué clases de fármacos fueron requeridos con mayor frecuencia?

B.M.: Muchos productos diferentes fueron solicitados por los pacientes. Entre los medicamentos que aparecen en publicidades, los pedidos con mayor frecuencia fueron los antihistamínicos no sedantes y los corticoesteroides nasales para las alergias, los antidepresivos, una droga para la impotencia y un antibiótico. Además, se solicitaron drogas para la obesidad, la artritis, la úlcera o el reflujo; anticonceptivos, hormonas de reemplazo en la menopausia; los productos para el vello facial, los hongos, la hiperactividad de la vejiga, el abandono del tabaco, el insomnio y la caída del cabello. Se solicitaron treinta y ocho productos diferentes que eran promocionados.

Entre los medicamentos no promocionados, los solicitados con mayor frecuencia fueron las benzodiazepinas y los antibióticos.

SIIC: Muchos médicos manifestaron haber prescrito el fármaco solicitado, aún teniendo dudas acerca de su utilidad. ¿Qué consecuencias tiene esta forma de proceder?

B.M.: Un paciente que entra en el consultorio del médico y solicita una prescripción para un medicamento específico se ha autodiagnosticado y ha elegido el tratamiento de su preferencia.

Este hecho es similar a la cadena de acontecimientos que ocurre cuando una persona compra un producto que está disponible para la venta libre en una farmacia o una tienda. La principal diferencia, sin embargo, es que el fabricante no ha presentado evidencias a la agencia encargada de la regulación en el país, que muestren que el producto puede usarse en forma segura sin el consejo de un médico, y que se utiliza para tratar una enfermedad que pueden autodiagnosticarse fácilmente.

Varios aspectos me preocupan en cuanto a lo apropiado de la atención médica en estos casos. En primer lugar, me pregunto si es posible que se estén dando más prescripciones de las que realmente son necesarias. En segundo lugar, me preocupa que exista un sesgo a favor de los medicamentos y las presentaciones más nuevos, cuando se sabe relativamente poco acerca de su seguridad y eficacia, especialmente a largo plazo.

SIIC: ¿Cuál es su opinión personal acerca de la publicidad de los medicamentos?

B.M.: La publicidad no brinda a los pacientes el tipo de datos objetivos y comparativos que necesitan para realizar elecciones informadas con respecto a la salud. Su objetivo es vender un producto específico, utilizando imágenes emotivas y a menudo retratando de forma poco realista la eficacia del tratamiento. El paciente no recibe información sobre el espectro completo de tratamientos disponibles, incluyendo las alternativas no farmacológicas o las drogas que no están bajo patente.

Muy pocas drogas se promocionan entre el público de los Estados Unidos; el 40% del gasto anual se concentra solamente en 10 productos. Estos son generalmente medicamentos nuevos, costosos, desarrollados para el uso a largo plazo por grandes grupos blanco. No son necesariamente más eficaces o más seguros que los alternativos; de hecho, algunos productos que posteriormente fueron retirados del mercado por razones de seguridad han sido promocionados entre el público de los Estados Unidos.

Además, muchas de estas publicidades violan las regulaciones de los Estados Unidos, en general porque los riesgos han sido minimizados o los beneficios exagerados. El público casi nunca recibe las correcciones; los fabricantes deben simplemente retirar el aviso publicitario.

La otra preocupación que tengo es que los riesgos y la prevalencia de las enfermedades son a menudo exageradas, creando una ansiedad innecesaria con respecto a la salud.

SIIC: ¿Qué debería hacer un médico frente a un paciente que solicita un medicamento en particular?

B.M.: Los médicos están generalmente en una posición difícil, porque quieren conservar a sus pacientes y no quieren causarles desagrado, pero también son responsables legalmente de las decisiones con respecto a la prescripción. El catorce por ciento de los pacientes en nuestro estudio dijo que consultaría a otro médico si no recibía el medicamento deseado. Aproximadamente el cuarenta por ciento señaló además que tomaría antibióticos para un caso grave de gripe.

La situación que enfrenta el médico con un pedido inapropiado de un medicamento que es promocionado públicamente no es muy diferente a la del pedido inapropiado de un antibiótico para una infección viral. El paciente quiere la droga porque está enfermo o siente incomodidad, y cree que ésta le ayudará. Si esta creencia está basada en informaciones parciales, inexactas o engañosas, el médico está perjudicando al paciente simplemente brindando el medicamento.

Las observaciones de la doctora Mintzes y su equipo de trabajo demuestran que la publicidad directa de los medicamentos afecta las conductas de prescripción, de forma tal que podría perjudicar a los pacientes.