



LAS RELACIONES DE LAS
SOCIEDADES CIENTÍFICAS
CON LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA

Relaciones entre la industria farmacéutica y los médicos de Atención Primaria

Dr. Julián Velasco Gutiérrez
MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA.
CENTRO DE SALUD DE BÉJAR (SALAMANCA)

Introducción

La importancia de los medicamentos es indiscutible. Resulta inimaginable un mundo sin —por ejemplo— antibióticos, corticoides o anestésicos. La gran mayoría de los medicamentos del último siglo han sido posibles gracias a la industria farmacéutica (1, 2).

Un medicamento nuevo, desde su diseño hasta su comercialización, sigue un proceso complejo en el que intervienen investigadores, empleados de la industria, médicos, consumidores, organizaciones profesionales y la Administración pública.

Todos los grupos emplean un interés común: la salud de los pacientes, pero cada grupo posee sus objetivos específicos. Y no siempre coinciden. La industria farmacéutica tiene la responsabilidad de actuar en el interés de sus accionistas. El médico, únicamente, en el de sus pacientes, con los que mantiene una relación fiduciaria (3, 4).

Los intereses en conflicto pueden ser de dos tipos: los pecuniarios, que se refieren a la posibilidad de beneficios financieros o materiales relacionados con la toma de una decisión médica, como ayudas de viajes, gastos de congresos y regalos, y los no pecuniarios, que atañen a las situaciones no relacionadas directamente con beneficios materiales, sino con la promoción o el reconocimiento profesionales.

Los posibles conflictos éticos inherentes a la relación con la industria se han abordado en múltiples documentos y guías (4-14).

Las actividades promocionales de las compañías farmacéuticas pueden ser muy variadas. Han sido identificados 16 tipos (15), que suelen basarse en técnicas de persuasión, y han demostrado su influencia en la toma de decisiones, aunque los médicos desconozcan su impacto o afirmen ser inmunes a ellas. Se sabe que aumentan el precio de los medicamentos (10, 16, 17).

La publicidad de los medicamentos

Los médicos reciben muchas revistas con publicidad de medicamentos. Es incuestionable que la mayoría de ellas no sobrevivirían sin el patrocinio de las compañías farmacéuticas (2).

Hay también una publicidad dirigida a los pacientes. En 1997, la FDA autorizó la publicidad de medicamentos en los medios de comunicación generales. Desde entonces, ésta se ha disparado: en Estados Unidos, los gastos se han multiplicado por tres en los últimos cinco años. Su objetivo es buscar la «fidelidad a la marca comercial». Para aumentar su credibilidad, buscan comunicar los conceptos de autoridad, confianza y ciencia y pueden inducir al consumo de medicamentos que no se necesitan (18).

Los delegados de la industria

La visita de los delegados de los laboratorios es la actividad de promoción más importante. Por eso, la industria destina a su lanzamiento muchos recursos.

En Finlandia, en 1975, el presupuesto destinado a la promoción de medicamentos era el equivalente a 841 euros por médico (19). En la Unión Europea, a finales de los noventa, los gastos anuales de la industria con los delegados fueron estimados entre 230 y 440 millones de euros (20).

En Gran Bretaña se estima que existe alrededor de 8.000 delegados (21). En Estados Unidos hay 80.000 delegados (22), uno por cada 11 médicos (23). Se calcula que cada año se gastan entre 8.000 y 13.000 dólares, directa o indirectamente, por médico (20).

En Portugal, en los años noventa, había un delegado para cada 15 ó 30 médicos. Se estima que un médico de Familia que no tenga restricciones podría ver entre 40 y 60 delegados cada semana (24).

Los delegados son muy bien valorados por la mayoría de los médicos (25).

Su imagen es muy positiva: amables, corteses, empáticos, bien preparados, con conocimientos médicos y técnicos —muchos son médicos, farmacéuticos o biólogos—, no obstructivos y comprensivos (1, 26). Su objetivo es lograr una relación de confianza entre los proveedores de salud y la industria farmacéutica (26).

Los médicos generales creen que sus visitas tienen un efecto adictivo, aunque planteen a menudo conflictos éticos (25).

Alrededor del 80 al 95% de los médicos reciben a los delegados regularmente (27). La información que proporcionan es la principal fuente de documentación de muchos médicos (28), a pesar de ser demasiado optimista y del hecho de que la frecuencia de las visitas se asocia con un deterioro de los indicadores de calidad en sus prescripciones. Menos de la mitad de los médicos —entre el 32 y el 46%— asumen que las informaciones proporcionadas por los delegados influyen en sus hábitos de prescripción (30).

Un grupo de médicos italianos evaluó el número de visitas en un año, 435 de media, y el tiempo empleado, 58 horas. Los cambios propuestos redujeron el número de visitas, pero apenas variaron el tiempo invertido (31). Éste es el argumento principal que algunos autores utilizan para cuestionar la visita de los delegados (32).

En algún país hay constancia de que los delegados obtienen información sobre el perfil de prescripción de los médicos (33).

La visita de los delegados puede ser útil si proporciona información útil. Los médicos necesitan saber las indicaciones del medicamento, los efectos secundarios, la comparación con fármacos similares y el precio de los mismos. Esta información no se proporciona siempre (24, 28). Los medicamentos nuevos no siempre se comparan con medicamentos existentes a dosis equivalentes (34). El material promocional distribuido por las compañías farmacéuticas puede promover un uso inadecuado (35-37).

En Internet hay mucha documentación disponible para orientar a los médicos en la búsqueda de información sobre los medicamentos (38).

Los médicos están presionados para atender al mayor número de pacientes cada día. Esta situación crea un ambiente poco favorable para ver al médico y convencerle de las virtudes de sus medicamentos. Un buen sistema para complementar la visita son las iniciativas *on-line* que llegan al médico en momentos en los que es más receptivo (39).

Regalos

El regalo forma parte del ritual de la visita de los delegados, y hay pruebas de que son un procedimiento de *marketing* eficaz.

Se pueden agrupar en tres categorías. En la primera están los de poco valor, como bolígrafos o libretas. En la segunda, los libros y las muestras gratuitas. En el tercer grupo, los objetos de uso personal, las invitaciones a comidas, espectáculos deportivos o culturales, y los viajes.

Aceptar regalos se ha asociado a una probabilidad mayor de recetar los productos promocionados, aun en la ausencia de datos científicos que apoyen esa decisión (3).

En un estudio con psiquiatras canadienses se comprobó que asistían a una media de 35 reuniones anuales, 70 invitaciones a comidas, recibían 75 objetos promocionales y 800 dólares en regalos (40).

En otro análisis con 120 médicos americanos se valoraron las probabilidades de incluir los productos promocionados en el *Vademécum* del hospital. Los que se reunían con representantes tenían 13,2 veces más; los que aceptaron dinero para hablar en simposios, 21,4 veces más, y los que recibieron dinero para participar en un estudio, 9,2 veces más (16, 20).

Es habitual que los médicos creen que son inmunes a las técnicas de *marketing*, mientras opinan que sus compañeros no lo son (41). Se ha demostrado que cuando un individuo trata de ser objetivo, sus juicios están sometidos a sesgos inconscientes que apoyan sus propios intereses (42). El regalo crea un sentimiento de correspondencia en el receptor, independientemente de su cuantía (9).

Los pacientes son conscientes de los regalos a los médicos, aunque la mayoría cree que se trata de objetos de escritorio de poco valor. Opinan —sobre todo los de mayor nivel cultural— que los regalos pueden tener un efecto negativo (43, 44).

En Estados Unidos están prohibidos los regalos de más de 25 dólares. En Francia, el límite legal es de 30 euros (hay posibilidad de multas e incluso prisión) (41). En Inglaterra no se permiten regalos de más de seis libras esterlinas (45).

En España se consideran de poco valor los obsequios valorados en menos de 30 euros.

No se admiten regalos por encima de este valor, salvo que sean entregados a una institución (hospitales, universidades, fundaciones...) y sirvan para la gestión de la práctica clínica de los facultativos. Se aceptan la entrega de libros y la suscripción a revistas científicas (5).

Es irónico que los regalos permitidos por las guías sean de poco valor y por esta razón se puedan adquirir sin descalabros económicos (46).

Asistencia a congresos y reuniones de formación continuada

Los médicos tienen la obligación ética de estar al día en los avances más relevantes en su campo, y la industria farmacéutica patrocina la mayoría de las reuniones de formación continuada (47). En Estados Unidos, las compañías farmacéuticas financian, cada año, cerca de 300.000 eventos para médicos (48).

Se ha demostrado que, a pesar de asegurar que no se sentían influidos, los médicos que asistieron a una reunión en un complejo turístico, aumentaron la prescripción de los medicamentos del patrocinador (17).

Algunos médicos creen que las invitaciones a los congresos son una obligación de la industria y otros argumentan razones económicas para aceptarlas (25).

La *Guía de Farmaindustria* especifica las condiciones que deben cumplir las reuniones en nuestro entorno (5).

Los líderes de opinión y los expertos

Las compañías farmacéuticas, a menudo, reúnen a grupos de expertos para que den consejos sobre el uso de determinados medicamentos, que pueden incluir desde los estudios preclínicos hasta el *marketing*. Como el consejo de un experto se considera uno de los medios más efectivos de

influencia, la industria busca «líderes de opinión» que tengan credibilidad entre los médicos (8).

Los líderes de opinión, conocidos como *thought leaders* y KOLs en los países anglosajones (Key Opinion Leaders), son retribuidos con generosidad (21). La industria es consciente de su capacidad de influencia indirecta en los hábitos de prescripción de los médicos (49).

Investigación

A veces, los médicos son invitados a participar en «estudios *postmarketing*» que requieren prescribir un medicamento del laboratorio patrocinador. La finalidad de gran parte de ellos es promocional, y tienden a acostumbrar al médico usar estos nuevos productos (9).

En general, no es deseable que los médicos participen en estudios con sus propios pacientes, entre otros motivos porque son los principales responsables de obtener su consentimiento. En el caso de hacerlo, se les debe explicar con absoluta claridad su participación, su relación con terceras partes, su opinión personal y los pros y contras derivados. Deben tener la oportunidad de cuestionar su participación con alguien que no sea su médico de referencia (47).

No se considera ético utilizar recursos públicos para la realización de estos estudios (9).

El código de Farmaindustria detalla las condiciones de los estudios y especifica cómo deberá velarse para que el estudio no modifique los hábitos de prescripción del médico o de dispensación del farmacéutico (5).

Diferentes posturas...

Muchos médicos insisten en que no se sienten influidos por su relación con la industria (53), y comparan los conflictos de los médicos con los de otros grupos de profesionales (54). También los hay que se sorprenden de la ingenuidad de sus colegas (55).

En los últimos años han proliferado asociaciones muy críticas con las relaciones de los médicos y la industria.

Una asociación americana, de nombre muy explícito, *No Free Lunches* (No Comidas Gratis), recomienda mayor distancia entre los médicos y la industria (56). Inspirándose en esta asociación, *British Medical Journal* publicó un número monográfico (57).

La American Medical Student Association lleva a cabo una campaña denominada *PharmFree*, dirigida a terminar con los regalos, las comidas gratuitas y la educación patrocinada (58). En Italia, *No grazie, pago lo* (59). La organización australiana, *Healthy Skepticism*, estudia de manera crítica los anuncios de medicamentos (60).

Conclusiones

Los médicos tienen la obligación hacia sí mismos, su profesión y la sociedad de evaluar, corregir y eliminar los sesgos en la información médica, sea cual fuere la procedencia (9).

Los de Atención Primaria tienen una responsabilidad directa con sus pacientes que se manifiesta:

- Utilizando los medicamentos aprobados del modo más efectivo y apropiado.
- Vigilando su uso y comunicando las reacciones adversas que produzcan.
- Estando al día con la información disponible de los nuevos medicamentos y los cambios en el uso de los establecidos.
- Considerando las implicaciones de los nuevos avances tecnológicos y los nuevos medicamentos para la comunidad como un todo y contribuyendo a la discusión del uso racional de los recursos.

En cualquier relación con la industria farmacéutica, el médico debe mantener su autonomía profesional, su independencia y su compromiso con el método científico (10).

Para muchos médicos, participar en una comida puede ser un contexto muy agradable en el que se presente información sobre medicamentos. Si el contenido de la reunión es su valor educativo, no hay inconveniente mayor en aceptar una invitación razonable (10).

Las guías proponen códigos de conducta que son voluntarios. En interés a las comunidades que servimos, los médicos debemos, al menos, reflexionar sobre las dualidades y los conflictos de intereses que tenemos con nuestros colegas y con la industria.

En cualquier caso, la mayoría de los conflictos éticos se solucionan con facilidad, respondiendo a las siguientes preguntas:

- ¿Cuál es el propósito de esta invitación?
- ¿Qué pensarían mis pacientes si supieran que he aceptado este regalo?
- ¿Qué pensarían mis colegas?

Y como regla general: *No hagas nada que no quisieras ver publicado en la primera página de los periódicos* (61).

Bibliografía

1. Bonaccorso S. In praise of the «devil». BMJ 2003; 326: 1220.
2. Abbasi K, Smith R. No more free lunches. Patients will benefit from doctors and drug companies disentangling. BMJ 2003; 326: 1155-6.
3. Komesaroff P, Kerridge IH. Ethical issues concerning the relationships between medical practitioners and the pharmaceutical industry. MJA 2002; 176: 118-21.
4. Canadian Association of Radiation Oncologists. Physician/industry relationships guidelines. 2001. Disponible en: www.caro-acro.ca/caro/new/caro/posit/guidelines.pdf. Último acceso: junio, 2006.

5. Farmaindustria. Guía de desarrollo del código de buenas prácticas de promoción de los medicamentos. Junio, 2005. Disponible en: www.farmaindustria.es/farmaweb/ZROCodDprod.nsf/. Último acceso: junio, 2006.
6. European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations. EFPIA Code of practice on the promotion of medicines. Nov., 2004. Disponible en: www.efpia.org/6_publ/codecon/Promomedicin_.PDF. Último acceso: junio, 2006.
7. AEPap. Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria. Código de responsabilidad Ética de la AEPap en relación con la industria. Disponible en: www.aepap.org. Último acceso: junio, 2006.
8. Submission from the Australian Health ethics committee on the revision of the Royal Australasian Collage of Physicians document. Ethical guidelines in the relationship between physicians and the pharmaceutical industry. Jun., 2004. Disponible en: www.nhmrc.gov.au/ethics/human/ahec/projects/racp.htm. Último acceso: mayo, 2006.
9. Coyle, SL. Physician-Industry Relations. Par 1: Individual gifts. Ethics and Human Rights Committee, American College of Physicians-American Society of Internal Medicine. *Annals of Internal Medicine* 2002; 136: 396-402.
10. Principles to guide the relationship between graduate medical education and industry.ACGME.2002. Disponible en: www.acgme.org/acWebsite/positionPapers/pp_GMEGuide.pdf. Último acceso: junio, 2006.
11. Canadian Medical Association (CMA). Physicians and the pharmaceutical industry. 2001. Disponible en: <http://policybase.cma.ca/policypdf/PD01-10.pdf>. Último acceso: mayo 2006.
12. U.S. Medical School Policies on Individual Financial Conflicts of Interest: Results of an AAMC Survey. 2003. Disponible en: <http://www.aamc.org/research/coi/coiresults2003.pdf>. Último acceso: junio, 2006.
13. Task force on financial conflicts of interest in research Protecting Subjects, Preserving Trust, Promoting Progress: Policy and Guidelines for the Oversight of Individual Financial Interests in Human Subjects Research. 2001. Disponible en: <http://www.aamc.org/research/coi/firstreport.pdf>. Último acceso: junio, 2006.
14. AMA Position Statement on the Relationship Between Doctors and the Pharmaceutical Industry. Dec., 2006. Disponible en:

<http://www.ama.com.au/web.nsf/doc/WEEN-5GJ89D>. Último acceso: junio, 2006.

15. Monyhan R. Who pays for the pizza. Redefining the relationships between doctors and drug companies. 1: Entanglement. *BMJ* 2003; 326: 1189-90.
16. Chen M, Landefeld C. Physician's behavior and their interactions with drugs companies. *JAMA* 2001, Apr 10; 285 (15): 2009-12.
17. Orłowski J, Wateska L. The effects of pharmaceutical firm enticements on physician prescribing patterns: there's no such thing as a free lunch. *Chest* 1992; 102: 270-3.
18. Editorial. NGP (Next Generation Pharmaceutical). Pharmaceutical marketing: just what the doctor ordered? 2005. Disponible en: <http://www.ngpharma.com/pastissue/article.asp?art=26432&issue=159>. Último acceso: junio, 2006.
19. Hemminki E, Pesonen T. The function of drug company representatives. *Scand J Soc Med* 1977; 5 (3): 105-14.
20. Wazana A. Physicians and the pharmaceutical industry: is a gift ever just a gift? *Journal of the American Medical Association* 200; 238 (3): 373-80.
21. Smith R. Curbind the influence of the drug industry: a British view. *Plos Medicine*. 2005 Sep; Vol 2; issue 9. Disponible en: <http://plosjournals.org/perserv>. Último acceso: mayo, 2006.
22. Brichaceck A, Sellers L. Flexing their budgets: big pharma spend trends. *Pharmaceutical Executive* 2001, Sep.
23. Hall W J. The ethical dilemma of accepting gifts from drug makers. *American College of Physicians*. 2001, Dec.
24. Granja, M. Ligações peligrosas. Os Médicos e os Delegados de Informação Médica. Principios generales. *Acta Med Port* 2005; 18: 61-8.
25. Kemalettin A, Zencir. Ethical problems of physicians in relationship with pharmaceutical representatives in Denizli, Turkey *The Internet Journal of Law, Healthcare and Ethics*, 2000. Vol. 1. Disponible en: www.ispub.com/ostia/index.php?xmlFilePath=journals/ijlhe/vol1n1/ethics.xml-34k. Último acceso: junio, 2006.
26. PMA. Pharmaceutical Manufactures' Association of South Africa. Position Paper: the value of the representative employed by R&D pharmaceutical company to the health care professional; 2004.

27. Lexchin J. What information do physicians receive from pharmaceutical representatives? *Can Fam Physician* 1997; 43: 941-5.
28. Lexchin J. Interactions between physicians and the pharmaceutical industry: what does the literature say? *Canadian Medical Association Journal* 1993; 149: 1401-7.
29. Watkins C, Moore L, Harvey L. Characteristics of general practitioners who frequently see drug industry representatives: national cross sectional study. *BMJ* 2003; 362: 1178-9.
30. Ziegler MG, Lew P, Singer BC. The accuracy of drug information from pharmaceutical sales representatives. *JAMA* 1995; 273: 1296-8.
31. Maestri E, Furlani G. So much time for so little: Italy's pharmaceutical industry and doctors' information needs. *BMJ* 2000; 320: 55.
32. Brody H. The company we keep: why physicians should refuse to see pharmaceutical representatives. *Annals of Family Medicine* 2003; 3 (1): 82-4.
33. Capozzi JD, Rhodes R. Ethics in practice-prescriber profiles. *The Journal of Bone and Joint Surgery* 2001; 83A (7): 1115-6.
34. Smith R. Medical journals and pharmaceutical companies: uneasy bedfellows. *BMJ* 2003; 326: 1202.
35. Stryer D, Bero LA. Characteristics of material distributed by drug companies. An evaluation of appropriateness. *Journal of General Internal Medicine* 1996; 10: 575-83.
36. Tufts A. Only 6% of drug advertising is supported by evidence. *British Medical Journal* 2004; 328: 485.
37. Villanueva P, Seiro S, Libroero J, Pereiro I. Accuracy of pharmaceutical advertisements in medical journals. *Lancet* 2003; 361 (9351): 27-32.
38. The Therapeutics Initiative. Sources of Drug Therapy Information. *Therapeutics Letter*, issue 35, May/June, 2000. Disponible en: <http://www.ti.ubc.ca/pages/letter35.htm>. Último acceso: junio, 2006.
39. Editorial. NGP (Next Generation Pharmaceutical). Pharmaceutical marketing: just what the doctor ordered? 2005. Disponible en: <http://www.ngpharma.com/pastissue/article.asp?art=26432&issue=159>. Último acceso: junio, 2006.
40. Hodges B. Interactions with the pharmaceutical industry: experiences and attitudes of psychiatry residents, interns and clerks. *CMAJ* 1995; 153: 553-9.



41. Dana J, Loewenstein G. A social science perspective on gifts to physicians from industry. JAMA July 9, 2003. Vol. 290, n.º 2.
42. Wirth M, Scherer D. Patient's perceptions of doctor' relationships with pharmaceutical companies. Disponible en: <http://www.healthyskepticism.org/publications/editions/2002/IN11.htm>. Último acceso: junio, 2006.
43. Mainous AG, Hueston W J. Patients perceptions of physician acceptance of gifts from the pharmaceutical industry. Archives of Family Medicine 1995; 4: 4.
44. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Principes généraux de l'article L.4113-6 du code de la santé publique. Disponible en: <http://www.conseil-national.medecin.fr/?url=relindus/index.php>. Último acceso: junio, 2006.
45. Royal College of Physicians. College Statement. The relationship between physicians and the biomedical industries: advise of the Royal College of Physicians. 2005. Disponible en: <http://rcplondon.ac.uk/college/statements/advice-biomedIndustry.htm>. Último acceso: junio, 2006.
46. Goldbloom D S. Les médecins et l'industrie pharmaceutique. CPC. Bulletin de l'APC. 2003. Oct: 4-5.
47. Guidelines for ethical relationships between physicians and industry. Royal Australasian College of Physicians. Third edition. 2006. Disponible en: <http://www.nhmrc.gov.au/ethics/human/ahec/projects/racp.htm-24k>. Último acceso: junio, 2006.
48. Pharmaceutical Research and Manufacturers of America PhRMA code on interactions with healthcare professional. 2002. Disponible en: <http://docme.mc.duke.edu/Resources/PhRMA%20Code.pdf>. Último acceso: junio, 2006.
49. Breen K. The medical profession and the pharmaceutical industry: when will we open our eyes? MJA, 2004; 180: 409-10.
50. Lexchin J, Bero LA, Djulbegovic B, Clark O. Pharmaceutical industry sponsorship and research outcome and quality; systematic review. BMJ 2003; 326: 1167-70.
51. Lexchin J. Implications of Pharmaceutical Industry Funding on Clinical Research. Annals of Pharmacotherapy 2005; 39: 194-7.
52. Blumental D. Doctors and drug companies. New England Journal of Medicine 2004; 351 (18): 1885-90.

53. Wessely S. It is time we all grew up. *BMJ* 2003; 327: 41.
54. Rundolph S. How to dance with porcupines. *BMJ* 2003; 327: 341.
55. Fitzpatrick C. It is time to own up. *BMJ* 2003; 327: 342.
56. No free lunches. Disponible en: <http://nofreelunch.org>. Último acceso: junio, 2006.
57. No more free lunches. Disponible en: <http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/326/7400/1155>. Último acceso: junio, 2006.
58. PharmFree. Disponible en: <http://www.amsa.org/prof/pharm-free.cfm>. Último acceso: junio, 2006.
59. No grazie, pago lo. Disponible en: www.nograziepagio.it. Último acceso: junio, 2006.
60. Healthy Skepticism. Disponible en: <http://www.healthyskepticism.org/>. Último acceso: junio, 2006.
61. Comment number 6. On the relationship between physicians and the pharmaceutical industry. Jan 2006. Disponible en: <http://medrants.com/index.php/aarchives/2678>. Último acceso: mayo, 2006.

