

Buenos días, señor Visitador. ¿Algo nuevo que contar? Análisis de las especialidades farmacológicas presentadas por la industria farmacéutica en un área básica de salud

J.M. Baena Díez^a, C. López Mompó^b, D. López Gosp^b, J.L. Martínez Martínez^b, A. Ellacuría Torres^b y S. Fuentes Rodríguez^c

Objetivo. Estudiar si las visitas de los informadores técnicos sanitarios (ITS) suponen la presentación de novedades farmacológicas.

Diseño: Estudio descriptivo, prospectivo.

Emplazamiento. Centro de salud urbano.

Participantes. Se estudiaron los productos presentados por 137 ITS de 83 laboratorios mediante sesiones semanales durante un año.

Mediciones principales. Se estudiaron los productos presentados, el año de comercialización, el valor intrínseco (VI), la novedad y el potencial de uso, el coste por envase y dosis diaria definida (DDD) y el material entregado. Dichos productos se compararon con una muestra aleatoria de la prescripción anual del centro.

Resultados. Se presentaron 472 productos farmacéuticos. Los más frecuentes fueron de los grupos siguientes: cardiovascular (27,3%), digestivo y metabolismo (14,8%) y antiinfecciosos (13,3%). El 65,5% llevaba comercializado menos de 5 años. El 84,3% tenía un VI elevado. Solamente 31 productos (6,6%) eran novedades (intervalo de confianza [IC] del 95%, 4,5-9,2). De ellos, el 71% supuso una nula o muy pequeña mejora terapéutica, el 25,8% una modesta mejora y el 3,2% una importante mejora. El coste medio fue de 19,3 euros por envase y de 2,0 euros por DDD, con diferencias significativas ($p < 0,006$) al estratificar por la fecha de comercialización (coste superior en los productos más recientemente comercializados). El 61% de los productos se presentó con material adicional (folletos, monografías, revistas, libros), el 21,6%, con regalos de valor simbólico, y el 19,9%, con muestras del producto. Se observaron diferencias significativas ($p < 0,03$) respecto a la prescripción habitual del centro: proporción inferior de productos con VI elevado y coste superior por envase y por DDD.

Conclusiones. Los productos presentados por los ITS no suponen novedades importantes, se presentan con abundante soporte y son más caros que los prescritos habitualmente.

Palabras clave: Atención primaria. Industria farmacéutica. Tratamiento farmacológico.

GOOD MORNING, MR. REPRESENTATIVE. ANYTHING NEW TO TELL US ABOUT? ANALYSIS OF THE PHARMACOLOGICAL PRODUCTS INTRODUCED BY THE DRUGS INDUSTRY INTO A HEALTH DISTRICT

Objective. To study whether the visits of technical health representatives (ITS) mean that new drugs are introduced.

Design. Prospective, descriptive study.

Setting. Urban health centre.

Participants. The products presented by 137 ITS from 83 drug laboratories in weekly sessions for a year were studied.

Main measurements. The products presented, the year they were first marketed, intrinsic value (IV), newness and use potential, cost per package and defined daily dose and material handed over were studied.

Results. 472 drug products were introduced. The most common ones belonged to the cardiovascular group (27.3%), digestion and metabolism (14.8%) and anti-infection drugs (13.3%). 65.5% had been on the market for <5 years. 84.3% had a high IV. Only 31 products (6.6%) were new (95% CI, 4.5-9.2). 71% of these supposed no or very slight therapeutic improvement, 25.8% a modest improvement and 3.2% a major improvement. Mean cost was 19.3 euros per package and 2 euros per DDD, with significant differences found ($P < .006$) on stratifying by date of marketing (more recently marketed products cost more). 61% of the products were presented with additional material (leaflets, monographs, journals), 21.6% with gifts of symbolic value, and 19.9% with samples of the product. There were significant differences ($P < .03$) between the new drugs and the normal prescriptions issued at the centre. In the new drugs, there were fewer products with high IV and cost per package and per DDD was higher.

Conclusions. The products introduced by the reps do not include any important new drugs. They are presented with abundant back-up and are more expensive than those normally prescribed.

Key words: Primary care. Pharmaceutical industry. Drugs treatment.

English version available at
www.atencionprimaria.com/62.445

A este artículo sigue un comentario editorial (pág. 562)

^aMédico de Familia. Unidad de Investigación SAP. Sants-Montjuïc. Barcelona. España.

^bMédicos de Familia.

^cResidente de tercer año de Medicina Familiar y Comunitaria. Área Básica de Salud Dr. Carles Ribas. Barcelona. España.

Correspondencia:
José Miguel Baena Díez.
Sant Joan, 123, escalera 2, 3.º 2.ª.
08150 Parets del Vallès
(Barcelona). España.
Correo electrónico:
jbaenad@meditex.es

Manuscrito recibido el 11 de diciembre de 2002.
Manuscrito aceptado para su publicación el 26 de mayo de 2003.

Introducción

No cabe duda de que uno de los aspectos más relevantes de la práctica médica es la prescripción farmacológica. En el caso de los médicos que trabajan en atención primaria, este hecho aún tiene más trascendencia, al ser generalmente dicho profesional el que fomaliza la mayor parte de las recetas médicas. La industria farmacéutica trata obviamente de influir en dicha prescripción. Entre los mecanismos más frecuentemente utilizados podemos destacar la inserción de anuncios publicitarios en revistas médicas, de manera que casi el 40% de las páginas de diversas revistas se dedican a este aspecto¹ y la publicidad directa a través de los informadores técnicos sanitarios (ITS), también conocidos como visitadores médicos o comerciales. Aunque no disponemos de informaciones directas sobre los gastos de la industria farmacéutica en publicidad, el capítulo dedicado a los gastos de personal y los denominados servicios exteriores² supuso en 1998 en España un 42,5% de los gastos de explotación. La función principal de los ITS es la presentación de las novedades farmacológicas de la industria farmacéutica³. En este sentido, se ha llamado la atención sobre la gran cantidad de tiempo (y por tanto de dinero y recursos) que los médicos de atención primaria dedican a los ITS, llegándose incluso a cuantificar en un editorial de esta Revista el coste monetario que ello supone⁴. A pesar de todo ello, sólo en el mencionado editorial⁴ se comenta marginalmente el tiempo y el gasto que los médicos de atención primaria dedicamos en nuestro medio a los ITS, y en una comunicación a un congreso⁵ se estudiaron los fármacos presentados mediante publicidad directa por la industria. En ninguno de los dos casos^{4,5} se estudió si las visitas de los ITS cumplían su función primordial, es decir, presentar las novedades farmacológicas a los médicos. El objetivo principal del presente trabajo es estudiar si las visitas de los ITS suponen realmente la presentación de novedades farmacológicas para el médico de atención primaria y si dichas novedades suponen un verdadero avance terapéutico. En segundo lugar, trata de estudiar los indicadores cualitativos y cuantitativos de los productos presentados por los ITS, así como el modo en que los ITS presentan sus productos. Por último, trata de estudiar si los productos presentados por los ITS difieren de los prescritos habitualmente por los médicos.

Material y métodos

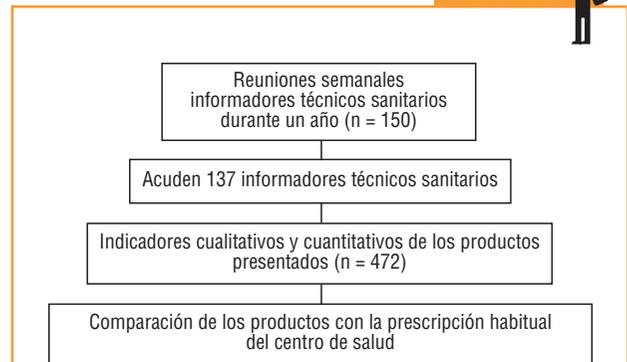
Durante un período de 13 meses (desde mayo de 1998 hasta mayo de 1999) se procedió a la recogida de los datos a partir de las sesiones realizadas con los ITS. Nuestro centro es un área básica de salud (ABS) urbana, acreditada para la docencia, con un total de 34.878 historias clínicas en el momento de iniciarse el estu-

dio. Las sesiones se realizaron un día a la semana (viernes), de 14.00 a 15.00 horas, recibéndose a un máximo de 7 ITS por sesión, que previamente se habían inscrito en una agenda específica, a partir del listado de 150 ITS que cubrían nuestro ABS, facilitado previamente por la Asociación Profesional de ITS. Las variables se recogieron mediante un protocolo prospectivo estandarizado. La unidad de análisis fue el ITS, y se tuvieron en cuenta sólo las variables de la primera visita de cada ITS, ya que el principal objetivo de nuestro trabajo era estudiar si las nuevas visitas de los ITS se acompañan de la presentación de novedades farmacológicas para el médico de atención primaria. Las variables estudiadas fueron éstas:

1. Nombre y apellidos del ITS y laboratorio farmacéutico.
2. Productos farmacéuticos presentados, código de la ATC⁶ y año de comercialización.
3. Valor intrínseco del producto, obtenido a partir de los listados informáticos de prescripción del Servei Català de la Salut.
4. Valoración de la novedad del producto, en cuatro categorías: producto ya presentado anteriormente, nuevo principio activo, nueva indicación y nueva vía de administración. Asimismo, se valoró el potencial de uso de los nuevos productos, según la clasificación utilizada por el Boletín de Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud⁷: grupo A (importante mejora terapéutica), grupo B (modesta mejora terapéutica) y grupo C (nula o muy pequeña mejora terapéutica).
5. Coste por envase y por dosis diaria definida (DDD) de la Anathomical Therapeutic Chemical (ATC) Classification Index de la Organización Mundial de la Salud⁶.
6. Material entregado por los ITS: folletos, monografías, revistas o separatas, libros, regalos con valor simbólico (bolígrafos, calendarios, libretas, postit, etc.) y muestras del producto.

Por último, para comparar los productos presentados por los ITS con los productos prescritos habitualmente por los médicos del ABS, se seleccionó una muestra aleatoria, con igual número de productos, a partir del listado de prescripción de todos los pro-

Material y métodos Cuadro resumen



Esquema general del estudio

Estudio descriptivo, prospectivo, de los productos presentados por los informadores técnicos sanitarios en sus visitas a un centro de salud durante un año.

ductos prescritos durante el período de estudio por los médicos del ABS; las variables estudiadas fueron el valor intrínseco, el coste por envase y el coste por DDD.

El análisis estadístico se realizó mediante el paquete SPSS. Las medias se compararon mediante la prueba de la t de Student, y el análisis de la varianza y las proporciones mediante la χ^2 . Se adoptó un valor alfa de 0,05 en todos los casos.

Resultados

Se realizó un total de 44 sesiones con los ITS. Ello supuso recibir un total de 308 visitas de ITS, correspondientes a 137 ITS diferentes (91,3% del total de ITS del listado facilitado por la Asociación Profesional de ITS de Barcelona), que trabajaban para 83 laboratorios farmacéuticos. Se estudió un total de 472 productos farmacéuticos. Los ITS presentaron en cada visita una media de 3,1 productos farmacéuticos (desviación estándar [DE] = 1,6; intervalo, 1-7). La distribución según la clasificación de la ATC se refleja en la tabla 1. Llevaban comercializados menos de un año un total de 66 fármacos (14%), 138 (29,2%) entre uno y 3 años, 105 (22,3%) entre 3 y 5 años y 163 (34,5%) más de 5 años. Tenían un valor intrínseco (VI) elevado 398 productos (84,3%).

En la tabla 2 se observa que la gran mayoría de los productos ya habían sido presentados con anterioridad por los ITS (93,4%). De hecho, sólo el 5,1% eran nuevos fármacos y el 1,5% eran nuevas indicaciones o vías de administración autorizadas. Es decir, sólo 31 productos (6,6%; IC del 95%, 4,5-9,2) eran novedades farmacéuticas. Respecto a su potencial de uso, 22 fármacos (71%) correspondieron al grupo C (nula o muy pequeña mejora terapéutica), 8 (25,8%) al grupo B (modesta mejora terapéutica) y 1 (3,2%) al grupo A (importante mejora terapéutica). Cuatro de las 31 novedades (tabla 2) fueron retiradas posteriormente por efectos secundarios graves.

El coste medio por envase fue de 19,3 euros por envase (DE = 24,6). El coste según la DDD fue de 2,0 euros (DE = 4,2). Tanto el coste por envase como el coste por DDD presentaron diferencias significativas ($p < 0,006$) al estratificar por la fecha de comercialización, de manera que los productos comercializados más recientemente fueron más caros, tanto en lo que respecta al coste por envase como por DDD (tabla 3).

Como se observa en la tabla 4, en la mayor parte de los productos presentados se entregó material adicional. Sólo en 48 productos (10,2%) no se entregaron dichos materiales.

Por último, respecto a los indicadores comparativos con la prescripción habitual del centro de salud (tabla 5), se observaron diferencias significativas ($p < 0,03$) respecto a la proporción de productos con VI elevado (proporción inferior en los productos presentados por los ITS), el coste por envase y el coste por DDD (coste superior en los productos presentados por los ITS).

TABLA 1 Número y porcentaje de los productos farmacéuticos presentados por los informadores técnicos sanitarios según la clasificación de la ATC

Grupo ATC	n (%)
A: Digestivo y metabolismo	70 (14,8)
B: Sangre y líquidos corporales	11 (2,3)
C: Cardiovascular	129 (27,3)
D: Dermatológicos	31 (6,6)
G: Genitourinario y hormonas sexuales	8 (1,7)
H: Hormonas	5 (1,1)
J: Antiinfecciosos	63 (13,3)
L: Antineoplásicos	0 (0)
M: Aparato locomotor	40 (8,5)
N: Sistema nervioso	50 (10,6)
P: Antiparasitarios	2 (0,4)
R: Aparato respiratorio	56 (11,9)
S: Órganos de los sentidos	7 (1,5)
V: Varios	0 (0)

TABLA 2 Novedades farmacológicas presentadas por los informadores técnicos sanitarios

	n (%)
Nuevo principio activo ^a	24 (5,1)
Nueva indicación	1 (0,2)
Nueva vía de administración	6 (1,3)
Fármacos ya presentados anteriormente	441 (93,4)

^aCuatro fueron retirados posteriormente por provocar efectos secundarios graves: cerivastatina, grepafloxacin, trovafloxacin y tolcapona.

TABLA 3 Coste por envase y dosis diaria definida (DDD) de los productos farmacéuticos estudiados según el año de comercialización

	Coste por envase en euros ^a	Coste por DDD en euros ^a
Menos de un año (n = 66)	27,6	3,6
1-3 años (n = 138)	25,1	2,8
3-5 años (n = 105)	18,6	1,3
Más de 5 años (n = 163)	11,4	1,0

^a $p < 0,006$ (análisis de la varianza).

Discusión

Los resultados del presente estudio ponen de manifiesto que las visitas de los ITS se realizan básicamente para promocionar diferentes productos ya presentados anteriormente. En muy pocas ocasiones se presentan novedades farmacéuticas, que sería el principal motivo de los médicos para recibirlos³. Las escasas novedades no suelen suponer

TABLA 4

	n (%)
Folleto	288 (61)
Monografías	9 (1,9)
Revistas y afines	50 (10,6)
Revista indexada	25 (5,3)
Revista no indexada	12 (2,5)
Publirreportajes/simposios	13 (2,8)
Libros	29 (6,1)
Regalos simbólicos	102 (21,6)
Muestras del producto	94 (19,9)

TABLA 5 Comparación de los productos presentados por los ITS con una muestra aleatoria de la prescripción del centro

	Presentados por los ITS (n = 472)	Prescripción del centro (n = 472)
Productos con VI elevado, n (%) ^a	398 (84,3)	422 (89,4)
Coste por envase en euros ^a	19,3	10,5
Coste DDD en euros ^a	2,0	0,7

VI: valor intrínseco; DDD: dosis diaria definida.

^ap < 0,03.

avances terapéuticos relevantes. Los productos presentados hace poco tiempo que están en los mercados, son presentados con abundante material de soporte y poco respaldo científico y son más caros que los prescritos habitualmente por los médicos del ABS.

En cuanto a las limitaciones del estudio, aunque no se recibió a todos los ITS, la proporción de no respuestas fue bastante baja. También es posible que algunos visitantes acudiesen a presentar los productos fuera del horario y día establecidos, y que los ITS se comporten de manera diferente con un modelo individualizado de visita al médico. No conocemos estudios similares, aunque el fenómeno de los ITS ha generado múltiples editoriales y comentarios^{3,4,8-10}. De hecho, solamente en el editorial⁴ mencionado se comenta el tiempo y los costes derivados de las visitas de los ITS en un centro de salud, con unas cifras bastante significativas: 104 h por médico al año, con un coste de 475.000 ptas. (2.854,1 euros) anuales. En nuestro trabajo, el total de horas al año fue inferior, posiblemente por el distinto modelo de atención a los ITS. En el trabajo de Biurrún et al⁵, se estudiaron indicadores cuantitativos y cualitativos de los productos presentados por los ITS durante 3 meses. Los resultados fueron bastante similares a nuestro estudio. En este sentido, la proporción de productos con un VI elevado fue del 81,1%, los grupos farmacológicos más frecuentemente presentados fueron cardiovascular, antiinfecciosos y digestivo y metabolismo, y

los fármacos más recientemente comercializados eran también bastante más caros⁵. El coste por DDD era inferior (215,4 ptas., es decir, 1,3 euros) al tratarse de un estudio del año 1994⁵.

La importante inversión en tiempo que los médicos de atención primaria dedican a recibir a los ITS no parece muy proporcionada para conocer sólo 31 novedades, la mayoría de escasa trascendencia por pertenecer a fármacos denominados «yo también», sin contar que 4 de las «novedades» fueron posteriormente retiradas del mercado por provocar efectos secundarios graves. Además, en la actualidad existen diversas publicaciones gratuitas que informan de manera objetiva, como el mencionado Boletín de Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud⁷.

Otro aspecto trascendente es que los fármacos presentados por la industria son mucho más caros que los prescritos de forma habitual. En general, el coste por DDD (tabla 5) es prácticamente 3 veces superior. Estos nuevos fármacos no suelen aportar beneficios respecto a los más baratos que ya están en el mercado. En este sentido, la legislación actual facilita estas prácticas a la industria farmacéutica, fenómeno que puede contribuir a un aumento del gasto farmacológico.

Sería poco realista suponer que la presentación reiterada y con el abundante material adicional de los fármacos presentados de los ITS no se va a acompañar de un aumento en la prescripción de sus productos. La enorme inversión² de la industria farmacéutica en publicidad tiene como objetivo que los médicos prescriban sus productos⁹ y aumenten por tanto sus beneficios. Este legítimo objetivo queda claramente cumplido, como lo demuestra el hecho de que en algunos países, como Estados Unidos, las industrias farmacéuticas son las más rentables¹¹, a pesar de sus grandes inversiones en publicidad. De igual manera, sería ingenuo pensar que los regalos que se ofrecen a los médicos (aunque sean de valor simbólico), las subvenciones económicas para actividades de formación o las invitaciones de índole gastronómica suponen un acto altruista por parte de los ITS⁹. La prueba más evidente de ello es que la industria farmacéutica prohíbe a sus empleados recibir regalos de suministradores o clientes de la empresa¹². Está demostrado que la subvención por parte de la industria de actividades como los congresos se acompañan de modificaciones en la prescripción de los médicos¹³. Incluso la aceptación de regalos con un valor simbólico, que los médicos creen que no van a modificar su prescripción, se acompaña de modificaciones del juicio clínico y plantea por tanto un conflicto de intereses¹⁴. Por todo ello, no es de extrañar que tanto el Ministerio de Sanidad y Consumo como algunas administraciones sanitarias autonómicas hayan tratado de regular mediante reales decretos y circulares internas las visitas de los ITS. Recientemente, el Colegio de Médicos de Barcelona³ se ha posicionado respecto a las relaciones de los médicos con la industria farmacéutica, aunque con normas menos rigurosas que el American College

Discusión
Cuadro resumen



Lo conocido sobre el tema

- La función principal de las visitas de los informadores técnicos sanitarios (ITS) es la presentación de novedades farmacológicas.
- Las visitas de los ITS suponen un consumo importante de tiempo por parte del médico de familia.
- La industria farmacéutica invierte grandes recursos en la promoción de sus productos.

Qué aporta este estudio

- Las visitas de los ITS no aportan novedades farmacológicas al médico de familia y éstas tienen muy poca trascendencia terapéutica.
- Dichas visitas se acompañan de abundante material de soporte y sirven básicamente para presentar los fármacos de reciente comercialización.
- Los productos presentados son mucho más caros que los prescritos habitualmente por el médico de familia.

of Physicians (ACP)¹³. En general, existe un consenso, tanto por parte de las normativas de las administraciones sanitarias como de las organizaciones profesionales, en el sentido de que las visitas de los ITS deben estar reguladas, programadas de antemano y con un tiempo de visita razonable.

La conclusión del presente estudio es que las visitas de los ITS no aportan ninguna información relevante a los médicos respecto a los nuevos fármacos. Por tanto, es difícil justificar la importante inversión de tiempo y dinero dedicada a recibir a los ITS. Como han señalado acertadamente otros autores^{4,8,9}, es preciso cambiar el modelo de relación con la industria, pasando de ser simples receptores pasivos de un caudal ingente de información casi siempre irrelevante a adoptar un papel basado en las necesidades de

los usuarios y en alternativas farmacológicas eficientes. Por todo ello, se ha propuesto pasar a un modelo individual a uno grupal, estructurado en función de bases científicas y formativas⁸.

Bibliografía

1. Madrideo R, Cabezas C, Flor F. Publicidad de medicamentos en las revistas médicas. *Aten Primaria* 1996;17:408-10.
2. Sector Farmacéutico: estructura de los gastos de explotación de la industria farmacéutica. En: *Anuario de la Sanidad y del Medicamento* 2001. Madrid: SANED, 2001. *El Médico* 2001; 792(Supl):210.
3. Arnau de Bolós JM, Canals Ruiz L, Díez Pérez A, Monés Xiol J, Piqué Badía JM, Sellarés Salas J. Ètica en les relacions dels metges amb la indústria farmacèutica. *Servei d'Informació Col·legial* 2000;95:4-5.
4. Ausió Arumí J. Prescripción farmacéutica y médicos de familia. *Aten primaria* 1998;22:545-6.
5. Biurrun MJ, Satué E, Llor C, Gutiérrez MC, Álvarez M, Villalón M. Análisis cualitativo de las especialidades farmacéuticas presentadas por la industria en una área básica de salud. *Aten Primaria* 1994;14:1031.
6. World Health Organization. *Anatomical Therapeutic Chemical (ATC) Classification Index*. Oslo: World Health Organization, 1998.
7. Información terapéutica del Sistema Nacional de Salud. Disponible en: <http://www.msc.es/farmacia/infmedic>
8. Melguizo Jiménez M. Hacia un nuevo modelo de relación: médicos de familia/industria farmacéutica. *Aten Primaria* 1997; 19:334-6.
9. Martín Moreno M. Ética de la prescripción. Conflictos del médico con el paciente, la entidad gestora y la industria farmacéutica. *Med Clin (Barc)* 2001;116:299-306.
10. Jolín L. Responsabilidad en la prescripción y relación con la industria farmacéutica. En: *Sobre bioética y medicina de familia: Documento semFYC n.º 7*. Barcelona: Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, 1996.
11. Angell M. The pharmaceutical industry –To whom is it accountable? *N Engl J Med* 2000;342:1902-4.
12. Randall T. Ethics of receiving gifts considered. *JAMA* 1991;265:442-3.
13. Wazana A. Physicians and the pharmaceutical industry. Is a gift ever just a gift? *JAMA* 2000;283:373-80.
14. American College of Physicians. *Ethics manual*. 4th ed. *Ann Intern Med* 1998;128:576-95.

COMENTARIO EDITORIAL

La regulación de la visita médica: necesaria pero no suficiente

R. Madrideo Mora

Farmacéutica de Atención Primaria. Unidad de farmacia de Atención Primaria. Mútua de Terrassa. Terrassa. Barcelona. España.

La revista de Farmaindustria¹ ha publicado recientemente una encuesta sobre la visita médica, realizada a 359 médicos de la comunidad autónoma de Madrid (70,5% de ellos médicos de atención primaria). En dicha encuesta el 81% de los médicos valoró la visita médica como positiva y la información fue el aspecto mejor considerado. La gran mayoría de los encuestados (97,5%) opinó que en la visita se deben presentar las novedades terapéuticas. Curiosamente, cuando se preguntaba sobre aspectos relacionados con la imagen del visitador, las características más valoradas fueron el aspecto físico, la relación personal y la capacidad de comunicación, por encima de las relacionadas con la capacidad científico-técnica: rigor, calidad y contenido de los materiales que entregan, o competencia científica.

A pesar de estos resultados tan «complacientes», la visita médica, y en general todas las relaciones de los médicos con la industria farmacéutica, están siendo sometidas a un debate dentro y fuera de nuestras fronteras^{2,3}. Son muchos los que piensan que los pacientes se beneficiarían de una mayor distancia entre los prescriptores y la industria farmacéutica².

El Real Decreto 1.416/94 sobre publicidad de medicamentos de uso humano define la visita médica en los siguientes términos: «*La visita médica es el medio de relación entre los laboratorios y las personas facultadas para prescribir o dispensar medicamentos, con el fin de informar y publicitar aquéllos, realizada por el visitador médico y basada en la transmisión de los conocimientos técnicos adecuados para la valoración objetiva de la utilidad terapéutica de dichos medicamentos. En el ejercicio de sus funciones habrá de promover el uso adecuado de los medicamentos.*»

Está claro que la visita médica cumple el fin de publicitar los medicamentos, pero no está tan claro que se cumpla la segunda parte de la descripción: ¿se basa la visita en la transmisión de conocimientos técnicos?, ¿es la información objetiva?, ¿es útil la información para el prescriptor o para el dispensador de medicamentos?, ¿se promueve el uso adecuado de los medicamentos?...

Los resultados del estudio «Buenos días, señor Visitador. ¿Algo nuevo que contar? Análisis de las especialidades far-

Puntos clave

- Las relaciones con la industria farmacéutica deben ser claras y transparentes para que no perjudiquen la relación de confianza médico-paciente.
- La visita médica requiere una reforma para dignificar el papel de todos los implicados y cumplir básicamente su cometido informativo.
- Debería haber una mayor accesibilidad a la investigación y a la formación no sufragada por la industria farmacéutica.

macológicas presentadas por la industria farmacéutica en un área básica de salud» no parecen ir en dicho sentido: únicamente el 6,6% de los productos presentados era una novedad y de éstos el 71% era considerado como de nula o muy pequeña mejora terapéutica. Además los autores ofrecen otra cifra para la reflexión: entre los productos presentados, el porcentaje de especialidades con valor intrínseco farmacológico elevado era inferior y el coste era significativamente superior a la prescripción habitual del centro.

Otro aspecto a tener en cuenta, aunque no formaba parte de los objetivos del citado trabajo, es la influencia que puede tener dicha visita en la prescripción y, por lo tanto, en la utilización de medicamentos por parte de los pacientes. Un estudio publicado recientemente⁴ establecía una relación significativa entre los médicos que tenían más contacto con la industria farmacéutica y una mayor predisposición a prescribir fármacos nuevos y a ser más complacientes ante demandas de pacientes no justificadas. Por lo tanto, en el estudio que nos ocupa no parece que la información transmitida pueda ser muy útil a los médicos para mejorar el buen uso de los medicamentos.

Por otra parte, cabe destacar en este estudio la organización establecida por el equipo para la atención a los visitadores.

Han sustituido el habitual «*face to face*» con el visitador médico –que es conocido como el método más efectivo para modificar hábitos de prescripción– por la visita grupal, que confiere a la visita médica un carácter más «profesional» y menos mercantilista. Sin lugar a dudas, la visita grupal produce un freno y un filtro a ciertas «atenciones» con el cliente. Estos comportamientos unen ciertas connotaciones éticas al grave problema de la factura farmacéutica. En un editorial publicado en esta misma revista, R. Altisent⁵ comenta que el problema principal no son las conductas inmorales, una minoría, sino el escenario confuso en el que estamos inmersos y que puede mermar la relación de lealtad y confianza del médico con el paciente. Titulares en la prensa diaria como «La industria farmacéutica limitará los regalos a los médicos» (*El Periódico de Catalunya*, 22 de julio de 2003), tras la publicación del nuevo código de buenas prácticas de la industria farmacéutica, no favorecen la confianza de la relación médico-paciente.

Desde la perspectiva ética, la visita médica necesita una reforma que dignifique el papel de todos los implicados sin dejar de lado otros motivos, como la excesiva cantidad de tiempo utilizado o la negativa imagen social ante los pacientes. A su vez, Farmaindustria se une a la preocupación y reclama una nueva reorganización de la visita, para integrarla en la actividad asistencial de los profesionales sanitarios, con el compromiso de garantizar de forma permanente la calidad formativa de aquélla⁶.

Ante esta situación, la respuesta de las autoridades sanitarias se plasma en la publicación de nuevas normativas autonómicas que incluyen procedimientos detallados sobre cómo, dónde y cuándo debe realizarse la visita, los deberes y derechos de los visitados y de los visitadores, y el seguimiento de la norma a realizar.

Pero toda esta serie de normas, códigos, etc. es papel mojado mientras no se modifiquen ciertas condiciones que desembocan irremediabilmente en situaciones muchas veces no deseadas por ninguna de las partes implicadas.

La omnipresencia de la industria farmacéutica en los congresos científicos, en la formación continuada de los profesionales, en la investigación, en las revistas médicas y en las sociedades científicas indican que algo falla³. Los profesionales sanitarios, por un lado, creen que su integridad es inmune a la seducción de la industria farmacéutica y muchas veces justifican sus relaciones en aras de su formación. Los gerentes, por otro lado, aunque preocupados por la factura farmacéutica, toleran dichas relaciones para suplir una eterna escasez presupuestaria. Siempre hay un pretexto para justificar las relaciones, y ante esta situación resulta muy difícil mantenerse al margen.

La visita médica no tiene por qué tener una connotación negativa, pero para esto debe cumplir básicamente su cometido informativo. Es preciso que las relaciones sean claras y transparentes y que cada parte asuma la responsabilidad que le corresponde para producir el cambio.

Bibliografía

1. Anónimo. La visita médica, vehículo de información. *Farmaindustria* 2003;1:35-42. Accesible en: www.farmaindustria.es
2. Abbasi K, Smith R. No more free lunches. *BMJ* 2003; 326: 1156-6.
3. Grup d'Ètica de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària. Relacions dels metges de família amb la indústria farmacéutica. *Butlletí de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària* 2003; 21(Supl 1):1-16. Disponible en: www.scmfic.org
4. Watkins C, Moore L, Harvey I, Carthy P, Robinson E, Brawn R. Characteristics of general practitioners who frequently see drug industry representatives: national cross sectional study. *BMJ* 2003;326:1178-9.
5. Altisent R. La relación con la industria farmacéutica: una cuestión ética de alta prevalencia en medicina de familia. *Aten Primaria* 2003;32:106-9.
6. Código Español de Buenas Prácticas para la Promoción de los Medicamentos. Disponible en: www.farmaindustria.es