

EDITORIAL

Relación con la industria farmacéutica: ¿un dilema ético?

La función principal del médico es asistir al paciente basándose en métodos y tecnologías aceptables, científicamente fundados y adaptados al entorno social y familiar del paciente.

La ética médica individual lleva al médico a ocuparse de proporcionar a sus pacientes el máximo beneficio independientemente del coste. Sin embargo, en un sistema sanitario público no se puede dejar de lado el denominado bien común. Es un imperativo moral escoger de entre todos los procedimientos los más eficaces, y de éstos, aquellos que presenten un mejor perfil coste-efectividad¹. La práctica de una medicina pública que no tenga en cuenta este aspecto priva a una parte de la población de recursos que son escasos ya que el coste marginal de la práctica menos eficiente no se puede dedicar a cubrir una necesidad en otro ámbito². Para ello el médico necesita una formación continua que debería ser sufragada por la empresa y que, sin embargo, no lo es.

La industria farmacéutica, al seguir un régimen de mercado, si no obtiene beneficios no subsiste. Siguiendo esta línea de planteamiento, diseña un catálogo de productos en función de la población que va a consumirlos, es decir, se adapta a las necesidades en salud de la población de mercado.

El mercado prioritario en nuestro medio es la sanidad pública y bajo este prisma orienta su política de investigación, producción y venta de moléculas. Este mercado tiene la peculiaridad de que quien consume el producto y quien lo paga son entidades diferentes cuyo nexo común es la figura del médico, que asume la responsabilidad del gasto sin poner ni un céntimo de su bolsillo. Esta posición le convierte en el centro de atención de dos protagonistas con intereses contrapuestos. De una parte, el sistema sanitario, interesado en la contención de un presupuesto que cada día resulta más difícil de man-

tener. De otra, Farmaindustria, que vela por su legítimo interés en prosperar.

La industria farmacéutica representa en nuestro medio el promotor sin el cual no se realizaría la mayor parte de la investigación científica. Para la industria farmacéutica la realización de ensayos clínicos es una aportación fundamental en su proyecto de desarrollo. Un objetivo fundamental es conseguir el registro del medicamento, o una nueva indicación, ocupar la mayor parte de la cuota del mercado, obtener los mayores beneficios lo antes posible, amortizando la enorme inversión realizada y conseguir mantenerse en un puesto competitivo en el duro mercado de los productos farmacéuticos. Para conseguirlo, actúa sinérgicamente a tres niveles: Administración, farmacia y médico.

En la relación con la Administración, pacta la inclusión en el vademécum y el precio de mercado. En el precio de venta se incluye el porcentaje que se quedará el mayorista y el farmacéutico, además del que dedicará para publicidad del producto. De este porcentaje sale el dinero que Farmaindustria dedica a informar y promocionar su producto.

Sin embargo, el punto clave para la subsistencia de la industria farmacéutica es, y seguirá siendo, el médico. Sin la prescripción facultativa, de nada servirán los esfuerzos realizados en cualquier otro ámbito, así que se diseña una compleja red que tiene por objeto decantar la prescripción hacia un producto con nombre y apellidos: X del laboratorio Y.

La industria farmacéutica dedica una gran cantidad de dinero a la promoción de sus productos. Para ello, realiza dos tipos de actividades: directas e indirectas.

Las directas se basan en la visita del delegado de la empresa que nos informa de las novedades del mercado, haciendo hincapié en aquellos aspectos del producto que piense que cap-

tarán más nuestra atención. Este método directo establece varios tipos de mecanismos destinados a aumentar las ventas del producto.

En primer lugar, se presenta como una fuente de información científica al médico. El visitador médico o delegado sanitario se instaura como la fuente principal de actualización médica, ante la pasividad del sistema por la formación de sus empleados. Aun suponiendo que la industria farmacéutica se ajuste a las normas de «prudencia, discreción y exactitud» que declara en su Código de Normas Farmacéuticas³, es imposible que alcance la objetividad suficiente como para poder instaurarse como única fuente de información. Además, no se puede recriminar que cada laboratorio intente demostrar que su producto es el mejor o que destaque las características que más le interese para promocionarlo, ya que actúa en legítimo interés de aumentar las ventas.

En segundo lugar, establece vínculos personales de relación implicando al mundo emocional del facultativo, que tiende a prescribir aquellos productos presentados por el visitador que ha despertado mayor empatía o que incluso ha llegado a iniciar lazos de amistad.

Por último, se aprovecha la visita de información para, de una forma más o menos explícita, hacer saber que la empresa está dispuesta a «invertir» a cambio de un incremento en las prescripciones.

Entre los métodos indirectos caben destacar⁴, por lo polémicos, algunos seudoestudios encubiertos (poscomercialización) cuyo interés real es aumentar las ventas del producto, sin que realmente aporten beneficios reales a la población para la que están destinados. La discriminación de tales estudios requiere una formación profunda del campo de la metodología y diseño de investigaciones, ya que, elaborados por expertos en la materia y difundidos por publicistas

versados, es realmente difícil para un médico asistencial descubrir los detalles sutiles en los que se basa la demagogia del estudio.

En segundo lugar, la organización de viajes, simposios o conferencias presididas por «líderes de opinión». Actualmente, este tipo de estrategias y los «líderes» que con frecuencia se dejan ver en este tipo de actos se encuentran en desprecio dentro de algunos colectivos médicos. Sin embargo, el hecho de que sigan realizándose hace pensar que la estrategia continúa siendo eficaz, ya que de otra manera dejarían de invertir en este tipo de actos.

Por otra parte, se debe reconocer que actualmente la industria farmacéutica es indispensable para el soporte y patrocinio de la mayoría de las sociedades científicas. De hecho, los congresos que las diversas sociedades organizan y que suponen una buena parte de sus ingresos, no se llevarían a cabo sin el respaldo económico de Farmaindustria.

En tercer lugar, se ha comentado que la financiación de conferencias de consenso y la participación en éstas de miembros con intereses directos en compañías farmacéuticas pueden invalidar las conclusiones a que llegan, existiendo un conflicto de intereses entre lo que la buena práctica estableciera como pauta más correcta y los intereses de la compañía que sufraga el acto.

La determinación de soluciones al conflicto, válidas para todo el colectivo médico, es difícil de establecer. El límite de lo tolerable en última instancia debe ser establecido por el propio interesado de acuerdo a las normas morales que imperen en su conciencia y su proyecto vital.

En un sistema de salud público, la Administración sanitaria tiene un papel fundamental si está realmente interesada en el control del gasto farmacéutico. En primer lugar, es la Administración quien decide qué fármacos tendrán licencia. Una política restrictiva, que concediera licencias sólo a aquellas moléculas que de-

muestren una mejora clínicamente relevante, eliminaría del mercado productos que suponen un elevado gasto con un balance coste-beneficio más que dudoso.

El precio de los medicamentos se pacta también en el Ministerio de Sanidad, y dentro del precio se incluye una parte destinada a la promoción del producto. La reducción de la parte destinada a promoción del producto disminuiría el precio total del mismo contribuyendo al control del gasto farmacéutico. El siguiente escalón donde la intervención del sistema es imprescindible para la contención del gasto es el porcentaje de comisión de las farmacias; la reducción de esta comisión contribuiría de manera decisiva a la disminución del gasto.

Pese a que una intervención del sistema es imprescindible para dar soluciones realmente eficaces, la importancia del papel que ejerce el médico no es en modo alguno insoslayable; de hecho constituye, y seguirá constituyendo, el eje fundamental donde confluyen los intereses de la sociedad, el individuo y la industria farmacéutica.

La relación con ésta se debe construir a partir de la asunción del principio de que la principal preocupación del médico, en cuanto profesional sanitario, es el paciente y, por extensión, la sociedad. Partiendo de esta base, no se deberían aceptar ayudas que no tengan una repercusión directa en la mejora de la calidad de la atención a nuestros pacientes⁵.

Para poder asegurar la competencia profesional del médico, tanto en lo que atañe a conocimientos como a habilidades, es imprescindible llevar a cabo un programa de formación que se desarrolle a lo largo de toda la vida laboral adaptándose a las necesidades de cada momento determinado. La formación médica continuada tiene un fuerte componente de esfuerzo personal; es el propio profesional quien debe asumir un papel relevante por lo que respecta al tiempo y

asunción del coste de su formación. Teniendo en cuenta el elevado coste que representa y la poca implicación del sistema público en la formación de sus empleados, es legítima la aceptación de ayudas para la formación médica. Sin embargo, sería bueno que el interesado participara en el pago de estas actividades como forma de demostración del interés que se pone en ellas⁶. La participación de la industria farmacéutica en la subvención de grupos de trabajo dependientes de sociedades científicas seguirá siendo básica, ya que la disponibilidad económica de éstas es precaria. En este sentido, la influencia deberá ser controlada mediante la prudencia y el buen hacer de los integrantes del grupo.

**M.L. Rubio Montañés
y F. Cordón Granados**

Unidad Docente de Medicina de Familia y Comunitaria de Girona.

Bibliografía

1. Benavent Areu J, Pinyol Martínez M, Casajuana Brunet J, Bordas Julve JM, Botinas Martí ME, Diogene Fadini et al. El gasto farmacéutico público en atención primaria: asignando responsabilidades, proponiendo soluciones. Cuadernos de Gestión 1997; 3: 184-199.
2. Ortún Rubio V, Rodríguez Artalejo F. De la efectividad clínica a la eficiencia social. Med Clin (Barc) 1990; 95: 385-388.
3. Federación Internacional de la Industria del Medicamento. Código de normas de comercialización de productos farmacéuticos. Ginebra: FII, 1982.
4. Camí J. Promoción de medicamentos, promoción científica y conflicto de intereses a propósito del Real Decreto 1.416/1994, por el que se regula la publicidad de los medicamentos. Gaceta Sanitaria 1995; 9: 273-275.
5. Figuera A, Laamaño F, Gestal Otero JJ. Incentivos de la industria farmacéutica a los médicos: problemas éticos, límites y alternativas. Gaceta Sanitaria 1997; 11: 297-300.
6. Pardell H. ¿Quién debe financiar la formación continuada? FMC 1998; 5: 625-626.