

Médicos e industria farmacéutica. Para estar así, mejor casados

Salvador Peiró

Unidad de Investigación en Servicios de Salud. Centro Superior de Investigación en Salud Pública (CSISP). Valencia. España.

Correspondencia: Dr. S. Peiró.

Centro Superior de Investigación en Salud Pública (CSISP). Dirección General de Salud Pública. Conselleria de Sanitat de la Generalitat Valenciana.

Avda. Cataluña, 21. 46021 Valencia. España.

Correo electrónico: peiro_bor@gva.es

En este número de REVISTA DE CALIDAD ASISTENCIAL, Moliner et al abordan las relaciones entre médicos e industria farmacéutica y concluyen que éstas son “intensas”¹. Aunque esta conclusión viene condicionada por la selección de la muestra (autores de artículos en revistas médicas españolas), el limitado espectro de cuestiones abordadas por un diseño que intencionadamente se buscaba *quick and dirty*, y la baja tasa de respuesta, los resultados son consistentes con lo que se conoce de otros estudios: el 93% de los médicos había recibido algo de la industria en el último año, siendo lo más frecuente las inscripciones a congresos (62%), viajes y hospedaje (61%), libros y materiales de formación continuada (60%), comidas (48%) y honorarios por charlas y conferencias (44%).

Intensidad, extensión y porosidad de las interacciones médico-industria

Aunque llamativas, las interacciones detectadas en el trabajo de Moliner et al no son más que una pequeña parte de las complejas relaciones que se han establecido entre los servicios sanitarios y la industria farmacéutica. Un relativamente reciente informe de la Cámara de los Comunes Británica² mostraba que la industria farmacéutica de ese país estaba entreverada en todo el tejido sanitario, y que gobiernos, administraciones sanitarias, agencias de medicamentos, organizaciones sanitarias, organizaciones de pacientes, corporaciones profesionales, sociedades científicas, centros académicos y de investigación, revistas médicas y, por descontado, los médicos individuales, habían tomado “el camino fácil de asumir que los intereses de la industria farmacéutica, los intereses de los servicios sanitarios y los intereses de los pacientes son lo mismo”³. El panorama en España no debe ser tan diferente salvo, quizás, por la menor transparencia del sistema y la ausencia de informes al estilo de los elaborados por el Parlamento británico.

Las actividades promocionales de la industria farmacéutica permeabilizan todo el sistema sanitario. El buzón que rebose folletos publicitarios. Los calendarios y carteles que decoran las paredes. Las chinchetas que los sujetan. El bolígrafo que firma las recetas o anota instrucciones en una cuartilla. La cuartilla. Las etiquetas amarillas, verde fosforito, naranja. La grapadora. Los clips. Las tijeras. Los pañuelos de papel. La regla de electros en el bote de los lápices. El bote. Los libros de la estantería. El reposalibros. En la entrada un

colega mantiene un *vis-a-vis* con un visitador. Otros tres esperan su turno. La voz ensalza las virtudes del medicamento “en campaña”. Las manos. Un visitador siempre lleva algo en las manos. Las manos siempre ofrecen. Dicen que dar es más importante que lo que se da⁴. Probablemente recibir es más importante que lo que se recibe. El folleto que cambia de manos. También cambia de manos un libro: “inercia clínica en”, “objetivos terapéuticos en”, “el manejo terapéutico de”, “la guía europea de”. La separata de un *niuingland* traducida al español. Regalos. Pichigüillis⁵ de todo tipo. Fonendoscopios, termómetros, linternas, esfigmomanómetros, martillito de reflejos. El maletín para meterlo todo. La conexión a internet, el software, el portátil, la PDA, viajes, hospedaje, una suscripción a la revista equis. A la y griega. A la zeta. Además de regalos hay cosas regaladas. Patrocinio para viajes, comidas (“gratis” si no se considera el peaje conferencia-coartada-aperitivo), actos sociales y recreativos. La suscripción a la revista para la biblioteca del centro. El acceso a librerías en red.

La formación médica continuada. Con sus cursos, presenciales y *onlain*, su acreditación y sus créditos. Reuniones, seminarios, talleres, *educational workshops*, el simposium, los simposia, los simposios (a secas, iberoamericanos, internacionales, satélites, pluridisciplinarios, virtuales), conferencias, videoconferencias, jornadas, congresos (locales, autonómicos, de las otras autonomías, nacionales, españoles, europeos, internacionales, mundiales, anuales, bianuales). Con sus matrículas o inscripciones gratuitas. Sus más viajes, sus más hospedajes, sus más comidas. Sus mercadillos de todo a 0 €. Arremolinamientos en los *stands*. Colas. Médicos cargados de bolsas. Bolsas cargadas. En las tarimas se suceden profesores, panelistas, conferenciantes, ponentes, moderadores, presidentes de mesa, *chairmen*, *speakers*. Los pingañillos con los *powerpoints*. De 1, de 2, de 4 GB. Los correspondientes honorarios irán a cargo del correspondiente patrocinador. Algunos *powerpoint* también han ido a cargo del patrocinador. Y la educación sanitaria de la población. Tan necesitada de conferenciantes para charlas (remuneradas) a las asociaciones de pacientes, de padres, en colegios, en el barrio, en pueblos.

La investigación. Las empresas de investigación por contrato. Los honorarios por protocolo de paciente cumplimentado. Por participar. Por recoger 5 casos que tomen tal medicamento para un estudio. Por hacer el análisis de un proyecto. Por rehacerlo. Por volverlo a rehacer para subir ese riesgo re-

lativo. Y quitar el *eneeneté*. Por escribir el artículo. Por firmar como autor el que han escrito ellos. Por publicarlo. Por republicarlo. Por no publicarlo. Por ponerle pegasa a aquel artículo en que salía malparado su producto. La población del estudio no es como la española, dice la carta al director, la conferencia. Por ser el autor del contraeditorial que han preparado en un departamento de *marketing*. O de esas cartas en las que un reputado investigador dice que aquel trabajo que evidenciaba efectos adversos de un medicamento no es aplicable a nuestro entorno. La investigación por encargo y la cláusula que reservan al financiador el acceso a los datos o la decisión de publicación. Las ayudas para los proyectos promovidos por los propios investigadores. Y para presentar los preliminares en el congreso internacional. Los ensayos promocionales. Los que nunca se publican. Y los expertos que van a los paneles de guías de práctica y de recomendaciones de manejo. Las guías de práctica que organizan y patrocinan los fabricantes de los medicamentos implicados en la propia guía. Las *consultancies* para las compañías. Los consejos consultivos. Las conferencias a los propios directivos de las industrias.

Las sociedades científicas y las corporaciones profesionales. Su propio funcionamiento, sus reuniones, sus actividades formativas y científicas, sus proyectos, sus guías de práctica, sus recomendaciones. Su página *web*. Su revista científica. Las revistas científicas. La publicidad. Una de cada 2 o 3 páginas. Entremezcladas en los artículos. Incluso en medio de un artículo que trata del fármaco publicitado. Publi-reportajes disfrazados. Publi-reportajes a pecho descubierto. Y esa foto del jefe de servicio del hospital equis, recién llegado del congreso americano de, que dice que *new-zamib* es mejor, y más eficiente aunque sea más caro, que *old-zapida*. Los suplementos. Los de congreso. Los de editor invitado. Y los autores invitados. Las separatas. Las revistas *throwaway*. Y las instituciones sanitarias públicas. Sus actividades formativas. Las actividades investigadoras de los centros sanitarios o las fundaciones de investigación públicas. De nuevo los contratos con cláusulas de reserva. Ahora firmados desde la Fundación. Y las administraciones sanitarias y las direcciones de instituciones sanitarias. Con sus propios visitantes en los despachos. Institucionales les dicen. Uno en el *vis-a-vis* y tres esperando. Ahora a las puertas de las Direcciones Generales. Siempre con algo en las manos. Con cada vez más actos públicos en los que un alto cargo, incluso de las áreas de farmacia, habla bajo el logo de una compañía. Y las organizaciones de pacientes. Y los departamentos de *market acces*. En buena parte dirigidos por ex altos cargos de la administración sanitaria. Del ministerio y de las autonomías, de la agencia del medicamento, incluso ex consejeros. Y la prensa profesional no científica. Y los medios de comunicación generales. La publicidad blanca. El reportaje sobre ese nuevo medicamento que no se nombra pero que mejora el baile de piernas, la timidez, la atención o el rendimiento escolar.

La influencia de la industria. Nosotros somos los otros

Los documentos que se han hecho públicos en Estados Unidos a partir de las demandas por extensión de las indica-

ciones de gabapentina^{6,7} y por la seguridad cardiovascular de rofecoxib⁸⁻¹⁰ muestran cómo todas estas interacciones, desde las visitas médicas a la formación continuada y a los artículos en las más prestigiosas revistas médicas, son planificadas por los departamentos de *marketing* de la industria farmacéutica. Pero también que cuentan con la necesaria complicidad de instituciones y profesionales sanitarios. En el caso de la gabapentina, los documentos muestran que comités asesores, reuniones de expertos y un sinnúmero de actos de formación médica acreditada fueron utilizados para promocionar el uso de este fármaco fuera de sus indicaciones autorizadas. La estrategia promocional incluyó el reclutamiento de "líderes clínicos" locales que debían transmitir mensajes favorables a sus colegas, grandes investigaciones realizadas en centros académicos y contratos con empresas de comunicación para escribir y publicar artículos positivos en revistas médicas, planificando la supresión de los resultados desfavorables. La estrategia tuvo un claro éxito entre los médicos: la dispensación de gabapentina en Estados Unidos creció un 800% entre 1995 y 2000, casi exclusivamente a expensas de su uso en indicaciones no autorizadas (alteraciones psiquiátricas, migraña, dolor de diversas etiologías y otros)⁶.

Los documentos sobre rofecoxib muestran, esencialmente, una estrategia de ocultación de los efectos adversos cardiovasculares, el desarrollo de ensayos "de siembra" desde los departamentos de *marketing* y un uso extensivo de las falsas autorías (*ghostwriters*). Además de análisis realmente creativos, hay ocultación de fallecimientos en el grupo que tomaba rofecoxib, modificación de las hipótesis del estudio y enmascaramiento de los conflictos de intereses. En muchos casos, los artículos fueron escritos por empleados de Merck y de empresas de comunicación pero publicados bajo la autoría de reputados autores de reputados centros académicos en no menos reputadas revistas¹¹. En cuanto a la necesaria complicidad profesional, uno de los "autores" académicos, el primer firmante de la primera publicación del ensayo ADVANTAGE¹², intentaba excusar su papel en la ocultación de datos declarando "Merck diseñó el ensayo, lo financió y lo desarrolló. Merck me buscó una vez que el estudio estuvo finalizado y me dijeron 'queremos su ayuda para trabajar en el artículo'". "El artículo inicial fue escrito en Merck, y después me lo enviaron para editarlo"¹³.

Las complicidades entre la profesión y la industria no son menos evidentes en el día a día. Steinman et al¹⁴, en una encuesta en un hospital universitario de Estados Unidos, encontraron que los médicos creían, mayoritariamente (61%), que la promoción, visitas y regalos no influían en su propia prescripción, pero sólo el 16% creía que no influía en la de sus colegas. En otro estudio, realizado entre 192 médicos que habían participado en la elaboración de diversas guías de práctica, el 87% admitía interacciones financieras con la industria. Sólo el 7% creía que estas relaciones afectaban a sus recomendaciones, pero un 19% pensaba que sí afectaba a las de sus colegas¹⁵. En España también parece predominar la creencia de que las relaciones con la industria no influyen sobre el comportamiento propio¹⁶, a pesar de que todo el mundo es consciente de que han sido diseñadas para influir en ese comportamiento. Los conflictos éticos entre la profesión

médica y la industria crecen precisamente sobre la asunción de la primacía de los objetivos perseguidos (formarse, investigar, firmar un artículo, publicar una revista, organizar un congreso) sobre los medios empleados, la creencia en la propia invulnerabilidad a la promoción, los regalos y la información sesgada (“a nosotros no nos afecta”), y la certeza de que la connivencia es generalizada (“todos lo hacen”). Por descontado, no es un patrón exclusivo de la profesión médica, y la misma cultura impregna las relaciones de la industria con políticos, gestores, organizaciones de pacientes, sociedades profesionales y otros agentes del sector sanitario.

Una revisión de la literatura empírica sobre el impacto en los médicos de las relaciones con la industria¹⁷ encontró que los médicos implicados eran más propensos a pedir la inclusión de fármacos de las correspondientes compañías en los guías farmacoterapéuticas de los hospitales, a prescribir los medicamentos de las compañías con las que mantenían relaciones y menos proclives a prescribir genéricos. Estos cambios de comportamiento se traducían en una prescripción más cara y menos “racional” en el sentido de que los nuevos medicamentos prescritos no aportaban ventajas terapéuticas sobre otras alternativas. No sorprendentemente, cuantos más regalos recibían más probable era que creyeran que éstos no afectaban a su prescripción^{17,18}.

Las interacciones médico-industria pueden ser gestionadas éticamente

Las actuales formas de interacción entre médicos e industria recuerdan notoriamente a algunas telenovelas: con protagonista cándida y madrastra atractiva pero bastante bruja, falsas apariencias, secretos de familia, secretos a voces y secretos muy secretos. También son demasiado largas, demasiado extensas y demasiado ubicuas. Y también se sobreacciona. Sobre todo en las escenas de inocencia o indignación cuando alguien habla de ese rosario de relaciones incestuosas que componen el guión. Pero sobre todo, y también como las telenovelas, son un todos revueltos con todos y un todos contra todos. Y todo entre íntimos y familiares.

Los médicos y sus organizaciones están condenados a entenderse con la industria farmacéutica que es parte, y parte importante, de la familia sanitaria. Pero esta relación sólo puede ser beneficiosa para cada parte y para ambas partes si se desarrolla en beneficio de los pacientes. Diagnosticar la situación actual como un problema de profesionales cándidos e industria corruptora y malvada es inexacto e inútil. La industria farmacéutica ha desarrollado, distribuye y publicita excelentes medicamentos de los que se han beneficiado millones de personas (aunque no todos caen en esta categoría). En muchas ocasiones, la publicidad ha sido útil para que los pacientes se beneficien tempranamente de nuevos y eficaces medicamentos (aunque otras veces sólo ha servido para incrementar el gasto o difundir demasiado rápidamente medicamentos poco seguros). Y aunque destine menos dinero a investigación que a publicidad (en torno a un tercio de las ventas) sigue siendo un poderoso motor de innovación y de generación de empleo. También es obvio que la industria far-

macéutica no es una ONG y que, como todas las empresas, se debe a sus accionistas. Pero nuestras sociedades no esperan que ninguna industria sea una ONG, y entienden que perseguir el enriquecimiento por la vía de invertir en investigación y desarrollar medicamentos más eficaces es un objetivo socialmente legítimo (aunque el comportamiento de la industria no siempre es tan simple). Del mismo modo, muchas de las actividades que patrocinan (pero no todas) y mucha de la investigación que producen (pero no siempre, ni toda) es útil.

Muchos de los comportamientos actuales de la industria, y muchos con la complicidad del resto de agentes sanitarios, están minando la confianza en los resultados de la investigación clínica y en la propia profesión médica, además de aquellos casos en que se producen perjuicios claros a los pacientes. Pero con estos comportamientos también están destruyendo la credibilidad de la propia industria. Más allá del crecimiento de demandas legales, en todos los países se configura un creciente rechazo a muchas de las prácticas de la industria, que es palpable en la proliferación de manuales de relaciones con la industria entre las asociaciones profesionales, el desarrollo de normas de publicación más transparentes (y restrictivas), el incremento de controles en la investigación clínica patrocinada, la aparición de grupos de profesionales que rechazan abiertamente la interacción con la industria, en los continuos llamamientos de las revistas más prestigiosas para que se modifiquen estos comportamientos y, también, en el incremento de la regulación sobre muchos aspectos de la interacción médico-industria.

Aunque el impacto de estas medidas parece aún menor (especialmente en España), la situación actual –y las perspectivas– no es buena para nadie. Ni siquiera para la industria. Y aunque es cierto que una u otra compañía puede incrementar su mercado con estrategias de desinformación y abuso, no es menos cierto que lo hace a expensas del conjunto de la industria y de su credibilidad futura. No es este el lugar para detallar los abordajes que se requieren, pero el concepto clave es transparencia. Transparencia y más transparencia. Incluso haciendo públicos, como reciente se ha aprobado en Estados Unidos con la *Physician Payments Sunshine Act*¹⁹, los ingresos y regalos que los médicos (y sociedades, investigadores, panelistas, gestores, organizaciones de pacientes y demás) reciben de cada una de estas fuentes. Para médicos y organizaciones sanitarias la regla de decisión esencial es que si hacer públicos estos ingresos o regalos les supone un problema, no deberían aceptarlos. Una segunda regla es no olvidar que viajes, comidas, conferencias y congresos, los acaban pagando pacientes y ciudadanos en forma de precios más altos.

Conflicto de intereses

Salvador Peiró ha recibido honorarios por dirigir o participar en el diseño o análisis de proyectos de investigación financiados total o parcialmente por diversas compañías farmacéuticas. También por participar como conferenciante en cursos o reuniones científicas. Preside la Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud algunas de cuyas actividades, es-

pecialmente la edición de la revista *Gestión Clínica y Sanitaria*, reciben financiación de compañías farmacéuticas.

Bibliografía

1. Moliner J, Mozota J, Abad JM, Casaña L, Júdez D, Rabanaque MJ. ¿Es pertinente investigar las relaciones entre médicos e industria farmacéutica? *Rev Calidad Asistencial*. 2009;24:72-9.
2. House of Commons Health Committee. The influence of the pharmaceutical industry. London: The Stationery Office Limited; 2005. Disponible en: <http://www.parliament.the-stationery-office.co.uk/pa/cm200405/cmselect/cmhealth/42/42.pdf>. [Acceso el 12 diciembre 2008].
3. Smith R. Curbing the Influence of the Drug Industry: A British View. *PlosMed*. 2005;2(9):e241.
4. Dana J, Loewenstein G.A social science perspective on gifts to physicians from industry. *JAMA*. 2003;290:252-5.
5. Malo P, Medrano J, Uriarte JJ. Captura de pichigüilis: una disciplina de creciente importancia. En: *The Txori-Herri Medical Journal*. Antología I. Bilbao: Erroteta; 2007. p. 134-45. Disponible en: <http://www.txorierri2%20bis.pdf> [Acceso el 13 de diciembre 2008].
6. Steinman MA, Bero LA, Chren MM, Landefeld CS. Narrative review: the promotion of gabapentin: an analysis of internal industry documents. *Ann Intern Med*. 2006;145:284-93.
7. Steinman MA, Harper GM, Chren MM, Landefeld CS, Bero LA. Characteristics and impact of drug detailing for gabapentin. *PLoS Med*. 2007;4:e134.
8. Hill KP, Ross JS, Egilman DS, Krumholz HM. The ADVANTAGE seeding trial: a review of internal documents. *Ann Intern Med*. 2008;149:251-8.
9. Psaty BM, Kronmal RA. Reporting mortality findings in trials of rofecoxib for Alzheimer disease or cognitive impairment: a case study based on documents from rofecoxib litigation. *JAMA*. 2008;299:1813-7.
10. Ross JS, Hill KP, Egilman DS, Krumholz HM. Guest authorship and ghostwriting in publications related to rofecoxib: a case study of industry documents from rofecoxib litigation. *JAMA*. 2008;299:1800-12.
11. Krumholz HM, Ross JS, Presler AH, Egilman DS. What have we learnt from Vioxx? *BMJ*. 2007;334(7585):120-3.
12. Lisse JR, Perlman M, Johansson G, Shoemaker JR, Schechtman J, Skalky CS, et al. ADVANTAGE Study Group. Gastrointestinal tolerability and effectiveness of rofecoxib versus naproxen in the treatment of osteoarthritis: a randomized, controlled trial. *Ann Intern Med*. 2003;139:539-46.
13. Berenson A. Evidence in Vioxx suits shows intervention by Merck officials. *New York Times*. 24 April 2005; A1. Disponible en: <http://www.nytimes.com/2005/04/24/business/24drug.html>. [Acceso el 13 de diciembre 2008.]
14. Steinman MA, Shlipak MG, McPhee SJ. Of principles and pens: attitudes and practices of medicine housestaff toward pharmaceutical industry promotions. *Am J Med*. 2001;110:551-7.
15. Choudhry NK, Stelfox HT, Detsky AS. Relationships between authors of clinical practice guidelines and the pharmaceutical industry. *JAMA*. 2002;287:612-7.
16. Grup d'Ètica Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària. La ètica en la relació amb la indústria farmacéutica. Encuesta de opinión a médicos de familia en Cataluña. *Aten Primaria*. 2004;34:6-12.
17. Wazana A. Physicians and the pharmaceutical industry: is a gift ever just a gift? *JAMA*. 2000;283:373-80.
18. 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(7400):1178-9.
19. Steinbrook R. Disclosure of industry payments to physicians. *N Engl J Med*. 2008;359:559-61.