

SALUT amb SENY

II Jornada Farmacritixs-NoGracias

[INICIO INSCRIPCIONES / INSCRIPCIONS ABOUT JORNADAS FARMACRÍTICXS-NOGRACIAS](#)

Textos para el debate

[¿Las relaciones de las asociaciones sanitarias influyen en sus objetivos? -Sara Calderón y Carlos Navarro \(2\)](#)

[Crisis, mentiras, recortes y Estado del Bienestar. -Agustí Colom \(4\)](#)

[El poder de la consulta – GRIS \(Grupo de Reflexión Industria-Sanidad\) \(5\)](#)

[Excesos en los tratamientos.- Joan-Ramon Laporte \(6\)](#)

[Excesos en prevención y rehabilitación. Juan Gérvas \(13\)](#)

[Información independiente sobre terapéutica. -Montse Bosch y Roser Llop \(14\)](#)

[La industria farmacéutica y el mundo global. Javier Padilla \(15\)](#)

[Lectura crítica de artículos. Isabel Becerra y Marta Carmona \(17\)](#)

Blogroll

[Blog Farmacritixs](#)

[Web NoGracias](#)

INICIO

[Un debate previo a las jornadas ¿Por qué y para qué?](#)

OCT 24 Publicado por [Javier Padilla](#)

Estamos todos ya cansados de jornadas, congresos, charlas... que acaban siendo monólogos y que dejan que el conocimiento que allí se genere quede circunscrito al tiempo y lugar que dura el evento formativo (más bien informativo).

Es por ello que, basándonos en experiencias anteriores [véase [Seminarios de Innovación en Atención Primaria](#) o [Mesa de Desigualdades Sociales en Salud](#)] queremos eliminar las barreras de lo presencial y transferir el debate previo a las jornadas a este medio, de tal manera que partiendo de unos textos iniciales redactados por los ponentes de las jornadas tanto los asistentes como aquellos interesados que no vayáis a poder asistir podáis comentar aspectos que os generen dudas, plantear argumentos que os inquieten o aportar materiales complementarios. Además, de esta manera esta página web quedará como repositorio de información e hilo conductor al que acudir cuando uno quiera saber qué se dijo en las jornadas “salut amb seny”. Intentemos, entre todos, construir unas jornadas ricas en conocimiento colaborativo.

¿Cómo participar? En la columna lateral de este blog verás una sección llamada “Textos para el debate”; ahí encontrarás los textos escritos por los ponentes; al final de los textos los ponentes han pensado en algunas preguntas que podría ser interesante comentar [aunque cualquier otra línea de debate es más que bienvenida]. A pie de página hay un recuadro donde poder comentar y añadir tus opiniones a las del resto de participantes.

Durante las jornadas se comentarán las opiniones vertidas en este foro.

Si te gustaría que los ponentes trataran algún tema en concreto durante su exposición, coméntalo también y se hará lo que se pueda.

¡Comencemos las jornadas!

About Jornadas Farmacríticxs-NoGracias

Farmacríticxs BCN, es el grupo Farmacríticxs en la ciudad de Barcelona, incluye estudiantes de la Universitat Autònoma de Barcelona como de la Universitat de Barcelona.

Farmacríticxs es una iniciativa creada por estudiantes de distintas Universidades y que pretende promover la ética y la transparencia en las relaciones con la Industria Farmacéutica. Más información: [blog](#) + [web](#)

NoGracias: es una plataforma para incidir – y cambiar – las relaciones entre la Industria Farmacéutica, la Administración pública y los Profesionales de la salud. Por iniciativa de la Federación de Asociaciones para la defensa de la Sanidad Pública (FADSP) se constituye una Plataforma denominada “nogracias.eu” integrada en el movimiento internacional “Nofreelunch” y sus filiales USA, UK, “No Gracie, Pago Io”- Italia... La plataforma quiere sensibilizar a la sociedad y en particular al sector sanitario – administración, profesionales y pacientes – a fin de cambiar las relaciones, actualmente distorsionadas, con la Industria Farmacéutica. La plataforma se reconoce en la iniciativa de la OMS del “Buen Gobierno de los Medicamentos”: un nuevo marco ético para poner en valor el ejercicio profesional, el uso racional de los medicamentos y el buen gobierno de las instituciones públicas. Más información en:

[web](#)



TEXTOS PARA EL DEBATE

¿Las relaciones de las asociaciones sanitarias influyen en sus objetivos?

*Lucía es nuestra protagonista. Se licenció en medicina hace ya un año y tras realizar el examen MIR consiguió plaza en el departamento de traumatología del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza. Inició su primer año de residencia con nerviosismo, pues tras seis años de larga espera al fin tendría la ocasión de atender a un paciente. A pesar de los libros memorizados, la inexperiencia que arrastraba era evidente. Esa misma tarde Ana (representante farmacéutica) entró en su consulta y en tono amigable le ofreció asistir al congreso anual de la **Sociedad Española de Traumatólogos**. El precio ascendía a 650 euros pero Ana, generosa, se encargaría de cubrir los gastos. Tendría la ocasión de escuchar a los más expertos hablar sobre las últimas novedades en el ámbito de la traumatología, combinando formación con diferentes actividades sociales. Era el momento de formarse y contactar con el resto de compañeros de su especialidad.*

Los **objetivos** que exhiben y ofrecen estas Asociaciones Profesionales Sanitarias (AAPP) giran en torno a la educación sanitaria, la cohesión de la profesión que representan y la promoción de la

salud de los ciudadanos (1, 2). Estas cualidades hacen que las AAPP sean muy sugestivas tanto para los profesionales sanitarios como para los residentes recién llegados, véase Lucía.

Algunos datos...

- En los últimos años, la Industria Farmacéutica ha jugado un papel creciente en la financiación de las AAPP. Se ha llegado a afirmar que si las asociaciones dependiesen exclusivamente de las cuotas de sus asociados, muchas de ellas no serían sostenibles en su concepción actual (3,4).
- Miles de estudios, de los cuales la mayoría son financiados por la industria, se presentan cada año en las reuniones anuales de las sociedades científicas (5).
- Gran parte de las asociaciones tienen estructuras muy jerárquicas, y disponen de una alta esfera de líderes. Sus integrantes tienden a ser personas de reconocido prestigio en el ámbito asistencial, académico o investigador y este prestigio va fuertemente asociado a su edad y a la posibilidad de presentar **conflicto de intereses**. Una encuesta realizada a ejecutivos o líderes de organizaciones médicas indicaba que el 11% al 14% estaban implicados en negocios no éticos (6).
- Los líderes hablan en nombre de la asociación y tienen mayor visibilidad de cara a los medios y el resto de profesionales. Tienen también más influencia en el desarrollo de normas y posicionamientos (2).

[LUCÍA Y ANA: una historia de amor cualquiera](#) from [Sara Calderón](#) on [Vimeo](#).

Preguntas.

- 1. ¿La relación de dependencia de las asociaciones con respecto a la Industria Farmacéutica cómo puede intervenir en sus objetivos iniciales?**
- 2. ¿Podría la jerarquización de las asociaciones actuar en detrimento de la transparencia y la integridad de los objetivos iniciales?**

Referencias Bibliográficas:

- (1) Alberto Ruano. El conflicto de intereses económico de las asociaciones profesionales sanitarias con la industria sanitaria. SESPAS. 2011.
- (2) David J. Rothman, Walter J. McDonald, Carol d. Berkowitz, et al. Professional Medical Association and Their Relationships With Industry: A Proposal for Controlling Conflict of Interest. JAMA 2009. 301(13): 1367-1372.
- (3) Camí J. Promoción de medicamentos, promoción científica y conflicto de intereses. A propósito del Real Decreto 1416/1994, por el que se regula la publicidad de los Medicamentos. Gac Sanit 1995. 49 (9): 273-5.
- (4) Gervas JJ, Olalla JF. Relaciones entre la industria farmacéutica y los profesionales sanitarios. Gac Sanit 1989. 11 (3): 389-91.
- (5) Thomas E. Finucane, MD, Chad E. Boulton, MD, MPH, MBA. Association of Funding and Findings of Pharmaceutical Research at a Meeting of a Medical Professional Society. Am J Med. 2004;117:842-845.
- (6) Poses RM, Silverstein S, Smith WR. Academic medical centers and conflicts of interest. JAMA 2006; 295(24):2846-7.

Autores

Sara Calderón.

Carlos Navarro.

<http://farmacriticxs.blogspot.com>

Crisis, mentiras, recortes, excusas y Estado del Bienestar

Como se llega a la crisis económica española. Por un fuerte crecimiento de la deuda en España. Al igual que en prácticamente todos los países de la OCDE-aumenta sustancialmente el endeudamiento pasando del 172% del PIB en 1980 al 355% el año 2010. Fue una fiesta? Hay ahora la tendencia de culpabilizar a todos. No todos somos culpables! Muchos no se endeudaron y otros lo hicieron porque no tenían más remedio si querían acceder a una vivienda.

El aumento exponencial del recurso al crédito ha estado estrechamente vinculado al sector inmobiliario, como lo muestra que en 2006 el 61,45% de todo el stock de crédito estuviera vinculado ala vivienda. Pero lo que es más significativo y probablemente presenta diferencias con otros países es el hecho de que el aumento del recurso al crédito vinculado a la actividad inmobiliaria fue más importante por parte de las empresas que de los hogares. En efecto, en cuanto al destino del crédito a los sectores productivos, el crédito a empresas constructoras e inmobiliarias, en 2007 éste había llegado al 48,45%, prácticamente la mitad del crédito destinado al sector empresarial.

En España el problema de la deuda es privado, de los hogares, de las empresas no financieras (principalmente de promotores y constructores inmobiliarios) y por tanto de los bancos (1 billón de deuda en el exterior) que se enfrentan a niveles elevados de morosidad, activos sumamente deteriorados a la vez que tienen que hacer frente a sus propias deudas derivadas del extraordinario apalancamiento. De aquí los ingentes recursos que se están movilizando para socorrer a las entidades bancarias.

En el año 2010 del total de la deuda española, la deuda pública era tan sólo el 20%, y apenas el primer trimestre de 2011 ha superado el límite del 60% llegando al 63,6% en criterio de déficit excesivo. Para el año 2010, España se encontraba en el ranking de deuda pública en proporción al PIB de 18 países de la OCDE en el lugar 13, por detrás de Alemania entre otros.

En este contexto cual es la situación de nuestro Estado de Bienestar, sintetizando en términos de gasto: por debajo de la media de los países europeos, también si tenemos en cuenta los niveles diferenciales de renta per cápita. Lo mismo sucede con los ingresos públicos, que constituye el elemento crucial de diferenciación de nuestro Estado de Bienestar con Europa: los ingresos tributarios aquí se sitúan a niveles del 31,3% del PIB mientras la media de los países de la Europa de los 16 alcanza el 40,4 del PIB. Y ello, en gran parte por el especial trato de las rentas más altas y el elevado fraude fiscal.

Y en este contexto se plantea el recorte de las prestaciones del Estado del Bienestar!!

Autor.

Agustí Colom.

El poder de la consulta

El poder de la consulta

Estatines a dins de l'hamburguesa, gripes A, B i C d'una tacada, euroendronat pal·liatiu a partir dels 90 anys, fibromiàlgies polimedicades i ultramagregjades, fàrmacs per a la pre-pre-diabetes, fluoxetina per després de la telenovela,... un horror! Estem d'acord que, des de fa temps, la medicalització-mercantilització de la salut (i de la vida), va guanyant terreny. També a casa nostra. Ara ja no som persones, som clients. Ja no acompanyem; prescrivim. Ja no tenim cura de la gent; els empastillem! Sembla que salut hagi esdevingut sinònim de medicament. En aquest món de consum desmesurat, els fàrmacs hi encaixen estupendament.

El truco és simple, només ha de complir les premises de la nostra societat actual: de fàcil aplicació (un cop al dia), que no suposi cap esforç (dins de l'hamburguesa), basada en un temor deliberadament alimentat i atiat (prevenció d'un infart futur), que supleixi qualsevol altre tractament avorrit, lent, difícil... o gratuït (exercici o hàbits saludables), que no privi un plaer immediat (menjar-se tres hamburgueses de cop...). Sembla que ens diguin, un cop més, no us preocupeu, nosaltres sabem el que us convé i us donem la solució a tota la vostra existència amb una sola càpsula de colors! Una pastilla i a ser feliç!

En front de tanta mercantilització encara queden espais de resistència davant el poderós sistema. La nostra consulta. Un espai nostre i dels pacients. Autogestionat. Un refugi petit, tranquil, a raser del soroll que fan gerències, DPOs, registres, intranets i multinacionals. Un lloc que preserva intimitats i guarda secrets, on es pot parlar de tot, on escoltar no costa diners, on es pot plorar, riure, tocar, callar i abraçar. Un lloc únic per acompanyar. Per curar i tenir cura. On rascar allà on pica de veritat. On estimular la nostra curiositat per ajudar al qui tenim davant. Un espai per a compartir amb els pacients l'experiència d'aprendre a ser autònoms i solidaris. On buscar la manera de viure amb joia. Des de dalt no ens ho posen fàcil ni en el dia a dia, ni a final de mes. Però cal resistir a la nostra consulta, un lloc extraordinari per a fer salut.

El poder de la consulta

Estatinas adentro de la*hamburguesa, gripes A, B y C de una tacada, euroendronato paliativo partir de los 90 años, fibromiálgias polimedicadas y ultramagreadas, fármacos para la pre-pre-diabetes, fluoxetina después de la telenovela,... un horror! Estamos de acuerdo que, desde hace tiempo, la medicalización-mercantilitzación de la salud (y de la vida), va ganando terreno. También en casa. Ahora ya no somos personas, somos clientes. Ya no acompañamos; prescribimos. Ya no tenemos cuidado de la gente; la empastillamos! Parece que la se convertido en sinónimo de medicamento. En este mundo de consumo desmesurado, los fármacos encajan estupendamente. El truco es simple, sólo debe cumplir las premisas de nuestra sociedad actual: de fácil aplicación (una vez al día), que no suponga ningún esfuerzo (dentro de la hamburguesa), basada en un temor deliberadamente alimentado y azuzado (prevención de un infarto futuro), que supla cualquier otro tratamiento aburrido, lento, difícil... o gratuito (ejercicio o hábitos saludables), que no prive de un placer inmediato (comerse tres hamburguesas de golpe...). Parece que nos digan, una vez más, no os preocupéis, nosotros sabemos lo que os conviene y os damos la solución a toda vuestra existencia con una sola cápsula de colores! Una pastilla y a ser feliz!

Frente a tanta mercantilitzación todavía quedan espacios de resistencia ante el poderoso sistema. Nuestra consulta. Un espacio nuestro y de los pacientes. Autogestionado. Un refugio pequeño, tranquilo, protegido ruido que hacen gerencias, DPOs, registros, intranets y

multinacionales. Un lugar que preserva intimidades y guarda secretos, donde se puede hablar de todo, dónde escuchar no cuesta dinero, donde se puede llorar, reír, tocar, callar y abrazar. Un lugar único por acompañar. Para curar y cuidar. Dónde rascar allá dónde pica de verdad. Dónde estimular nuestra curiosidad por ayudar a quien tenemos delante. Un espacio para compartir con los pacientes la experiencia de aprender a ser autónomos y solidarios. Dónde buscar la manera de vivir gozosamente. Desde arriba no nos lo ponen fácil ni en el día a día, ni a final de mes. Pero debemos resistir en nuestra consulta, un lugar extraordinario para crear salud.

- www.grupgris.org
- grupgris@yahoo.es
- www.facebook.com/GrisReflexióIndústria-Sanitat
- <http://grupgris.blogspot.com/>

Preguntas:

1- **Es una realitat que, quasi bé tota consulta mèdica, acaba amb la prescripció d'un fàrmac. Existeix una alternativa terapèutica no farmacològica en la consulta d'Atenció Primària?**

1- *Es una realidad que casi todas las consultas médicas terminan con la prescripción de un fármaco. ¿Existe una alternativa terapéutica no farmacológica en la consulta de Atención Primaria?*

2- **Millor resolució, més autonomia, més a prop, més temps, menys accés a l'atenció secundària... Es possible fer de metge rural a la gran ciutat?**

2- *Mejor resolución, más cerca, más autonomía, más tiempo, menor acceso a la atención secundaria... ¿Es posible ejercer como médico rural en la gran urbe?*

Excesos en los tratamientos

Prólogo

Udite, udite, o rustici;

...

Comprate il mio specifico,

per poco io ve lo do.

Ei muove i paralitici,

spedisce gli apoplefici,

*gli asmatici, gli asfitici,
gl'isterici, i diabetici,
guarisce timpanitidi,
e scrofole e rachitidi,
persin' il mal di fegato
che in moda diventò.*

Fragmento de la cavatina *Udite, udite, o rustici*, de Il Dottore Dulcamara, en el Primer Acto de *L'elisir d'amore*, de Gaetano Donizetti. Libreto de Felice Romani, basado en *El filtro*, de Eugene Scribe

La industria farmacéutica es objeto de atención en libros y artículos de prensa. En los últimos meses se han publicado tres libros que han tenido un impacto notable. Philippe Pignarre,^[1] ex empleado de una compañía farmacéutica francesa, ha analizado cómo ha evolucionado la industria de los medicamentos desde la revolución farmacológica de mediados del siglo pasado hasta hoy. En este medio siglo largo, la industria y el mundo han cambiado profundamente, sobre todo a partir de los años noventa, como se comentará más adelante. En otro libro reciente,^[2] Marcia Angell, médico experta en políticas de salud y ética médica de la Universidad de Harvard, ex directora del prestigioso *New England Journal of Medicine*, pone en duda el carácter innovador de la industria farmacéutica, describe sus prácticas comerciales y la influencia que tienen sobre los médicos prescriptores, pone en tela de juicio la objetividad de la investigación médica patrocinada por las compañías, y denuncia su influencia sobre los líderes políticos norteamericanos.

Si Pignarre y Angell describen la industria farmacéutica desde la perspectiva el primero de la propia industria y la segunda del mundo académico y científico, Jörg Blech lo hace desde la del usuario-ciudadano-consumidor. Partiendo de la descripción de algunos ejemplos presentes con frecuencia en los medios de comunicación y en la cotidianeidad de los ciudadanos, desvela las estrategias de venta de la enfermedad con amenidad e inteligencia. Y lo hace de manera objetiva y rigurosamente documentada. No pretende hacer un diagnóstico cerrado, sino más bien invitar a reflexionar sobre los aspectos antropológicos, éticos, económicos y culturales de cuestiones como los límites entre la salud y la enfermedad, el mito de la confianza ciega en la ciencia, la influencia de los intereses del mercado sobre la práctica médica y sobre las percepciones y actitudes de los ciudadanos en relación a la salud, y las múltiples interacciones entre intereses industriales, gremiales y personales.

La práctica de hacer creer a la gente que está enferma cuando en realidad está sana no es nueva. Es una de las diversas estrategias usadas por algunos médicos para reforzar su posición social. Debe ser tan vieja como la propia medicina, la cual, en formas diferentes según la cultura, ha sido y es una forma de poder –dominación sobre los demás– basada en la magia. Sólo que en la actualidad la magia se reviste de argumentos aparentemente científicos. La atención a la salud está cada día más impregnada de valores de mercado, y las funciones de cuidar, curar y rehabilitar han perdido la centralidad.

En la ópera *L'elisir d'amore*, cuando el mercachifle charlatán Dr Dulcamara irrumpe en un ambiente campesino con “noticias de la capital”, se dirige a su clientela con un “Escuchadme, escuchadme, rústicos”, les presenta sus remedios curalotodo y acaba proclamando que la última moda es el mal de hígado, naturalmente con su correspondiente remedio. La historia es vieja, un clásico. Las modas deben ser seguidas, so pena de no perder la condición de rústico. Los dictados

del mercado deben ser obedecidos.

Hoy en día la superchería no sólo se mantiene, sino que ha alcanzado dimensiones colosales, globales. Los remedios con propiedades milagrosas ya no son ofrecidos por pintorescos charlatanes, sino por grandes compañías farmacéuticas multinacionales. Los vendedores ambulantes han sido sustituidos por un ejército de visitadores médicos y una legión de expertos y líderes de opinión, a menudo tan improvisados y artificiosos como las nuevas plagas que anuncian. Si el mal de hígado tuvo su momento de fama y gloria, ahora las principales amenazas para la salud son el colesterol (cualquier cifra de colesterol), la osteoporosis de la mujer, la tristeza, la soledad, la timidez (rebautizada para la ocasión como fobia social), el luto, el complejo de Edipo, el niño revoltoso o inquieto, más recientemente el adulto revoltoso, la impotencia masculina, la calvicie, y en general cualquier causa de malestar. El malestar se medicaliza, sin mayor atención a sus causas. Todo ello con estrategias más o menos sutiles, más o menos sofisticadas, que Blech describe de manera magistral: publicación de artículos pseudocientíficos en revistas financiadas por la propia industria farmacéutica, campañas de “concienciación” de la población, programas de “formación médica continuada” desarrollados por las compañías farmacéuticas, congresos médicos, publicidad y recomendaciones de comités de expertos (una mayoría de los cuales participa directamente en el negocio) y de sociedades científicas cuyas finanzas dependen de las compañías farmacéuticas. Todo ello bajo la mirada distraída, a veces complaciente, de políticos responsables de unos estados cada día más impotentes ante los mercaderes globales.

Para asegurar un crecimiento constante del mercado, los mercachifles de la salud necesitan convencer a los sanos de que están enfermos. Se comienza por convencerlos de que comprueben que no están enfermos. Si no lo hacen, como cuenta Blech, se propone al médico de cabecera que visite a las personas sanas en su domicilio, pues se espera que con esta intrusión en su vida privada podrá identificar más riesgos para su salud. Así, el ciudadano-consumidor-usuario es conminado, en ocasiones obligado a considerarse enfermo, y a consumir en consecuencia. En definitiva, se realiza una construcción industrial, no social, de la enfermedad.

En los países ricos los medicamentos suponen entre un 15 y un 33% de todo el gasto en salud. Este coste enorme se suele justificar con el argumento de que las compañías farmacéuticas invierten sus beneficios en la investigación y desarrollo de nuevos productos que alargan la vida, mejoran la calidad de vida y evitan tener que recurrir a tratamientos más costosos. Pero la realidad es que la industria farmacéutica invierte el doble en promoción que en I+D, que ésta no es ni debería ser tan cara como se dice, y que la mayoría de los nuevos fármacos no son en realidad tan nuevos, sino versiones modificadas de otros ya disponibles y menos costosos. Una poderosa maquinaria de promoción se encarga de la tarea del Dr Dulcamara, sólo que ha sustituido el puerta a puerta por la amable persuasión de la profesión médica y los consumidores, a través de la presencia en los medios de comunicación y otras formas de influencia sobre legisladores, autoridades sanitarias, sociedades médicas, la profesión farmacéutica, asociaciones de pacientes y gestores de sistemas de salud. Esta estrategia ha dejado de ser local, siquiera nacional. Es global.

Tiempo habrá para analizar cómo la industria farmacéutica, según las Naciones Unidas el tercer sector económico mundial tras el comercio de armas y el narcotráfico, ha influido sobre los actuales procesos de globalización del mercado tecnológico, y cómo ha sido influida por ellos. Cuatro procesos coincidentes e interrelacionados permiten describir, aunque sea de manera parcial, lo que ha ocurrido con los medicamentos y la manera cómo afectan la salud de los seres humanos.

El primero fue el proceso de construcción –industrial, una vez más– de un cuerpo doctrinal de la evaluación de medicamentos. Diez años después de que la Organización Mundial de la Salud proclamara el concepto de medicamentos esenciales como los verdaderamente necesarios para cubrir las necesidades de salud de la población, y de este modo propusiera la selección de medicamentos basada en necesidades de salud, en los años ochenta un grupo de grandes compañías farmacéuticas, con el apoyo de la Federación Internacional de Fabricantes de Medicamentos (IFPMA, que equivale a la patronal de la industria farmacéutica global), propuso a las autoridades reguladoras de medicamentos de Estados Unidos, países de la Unión Europea y Japón, crear un foro para discutir y fijar los criterios técnicos de la regulación sobre medicamentos, en particular los relativos a la aprobación de nuevos medicamentos. Así se llegó a la constitución de la Conferencia Internacional de Armonización (ICH), el organismo que debía fijar las normas de desarrollo, aprobación y comercialización de medicamentos. Por decirlo en términos simplificados, las compañías invitaban a las autoridades reguladoras de estas tres áreas económicas (en las que se encuentran todas las grandes compañías multinacionales y que a la vez suponen más de un 75% del mercado mundial) a fijar unos criterios comunes, que, aunque complejos en algunos aspectos, fueran los mismos para todos ellos. En términos generales, esta propuesta hacía más difícil conseguir la aprobación de un nuevo fármaco, pero a cambio facilitaba que aquella fuera global, y con el tiempo casi simultánea en todo el mundo. Los demás países eran de hecho invitados a seguir los criterios de la ICH. El camino para favorecer a las grandes compañías en detrimento de las medianas y pequeñas estaba marcado. El de las absorciones y fusiones también. Y como consecuencia, el del freno a la innovación terapéutica.

La ICH se ha ocupado de fijar los criterios de desarrollo y aprobación de nuevos fármacos, pero más como un ejercicio de relación entre industria y reguladores, que como un esfuerzo por colaborar en el desarrollo de verdaderas mejoras terapéuticas. La ICH no se ha ocupado de cuestiones tan determinantes como la armonización de las prácticas de promoción y publicidad de las compañías farmacéuticas, la transparencia en las relaciones entre industriales y reguladores, los criterios que deben regir la evaluación de la (in)seguridad de los medicamentos comercializados, la ética de las relaciones entre representantes de laboratorios farmacéuticos y profesionales sanitarios, o la provisión de medicamentos esenciales a países pobres. La ICH, creada a iniciativa de la industria, y en la que la OMS es un simple observador, ha sido el instrumento de materialización de las coordenadas del pensamiento único de las corporaciones multinacionales en materia de medicamentos. La reacción de los estados europeos ha sido la propia de los tiempos. Baste decir que la Agencia Europea de Evaluación de Medicamentos, la autoridad de la UE en regulación de medicamentos, depende de la dirección general de industria de la UE, no de la de salud (la cual, de manera significativa, no existe) o la de consumo.

El pensamiento único de la ICH responde a las necesidades industriales, más que a las de salud de las poblaciones. Por ejemplo, las normas que rigen los ensayos clínicos sobre nuevos medicamentos en todo el mundo imposibilitan de hecho la investigación independiente, dada la complejidad de la gestión de tal investigación. Las sumas ingentes dedicadas por los laboratorios farmacéuticos a los ensayos clínicos para que participen en ellos personajes influyentes de la profesión médica (en España mayoritariamente en el sistema público) quitan atractivo a los escasos alicientes de la investigación independiente. Todo ello ha determinado que las prioridades de la investigación médica en el mundo sean de manera creciente las de los industriales. Esta investigación es publicada y difundida en revistas médicas, de las que las más prestigiosas tienen sistemas de revisión anónima por pares de cada trabajo que reciben, con el fin de garantizar la fiabilidad de lo que publican. Pero, como señala Richard Smith, ex director de *British Medical Journal*, incluso las más prestigiosas se han convertido en una extensión de los departamentos de marketing de las compañías farmacéuticas.

Con esta influencia desde la raíz del proceso de producción del conocimiento, el pensamiento único impone incluso un lenguaje adulterado. Se dice que un medicamento es eficaz cuando en realidad sólo es superior a un placebo en algún aspecto (y no necesariamente en todos). Para referirse a la toxicidad, industriales y reguladores usan la palabra seguridad. Para aprobar un nuevo fármaco, la legislación de la UE sólo exige que se demuestre que es superior a placebo, como si no existiera ningún medicamento, como si viviéramos en un vacío terapéutico. Antes de su aprobación, los nuevos fármacos no son comparados con los anteriormente disponibles. Y eso sin mencionar los numerosos fraudes que se cometen en investigación médica. En varios estudios se ha puesto de manifiesto que de manera sistemática los ensayos clínicos patrocinados por las compañías farmacéuticas dan resultados más favorables al fármaco que los ensayos independientes.

La consecuencia es que la mayor parte de los nuevos fármacos, presentados como grandes avances por la maquinaria propagandística, no son en realidad superiores a los anteriormente disponibles, y en general son menos seguros.

Los casos recientes del tratamiento hormonal sustitutivo y el antiinflamatorio Vioxx[®] son ilustrativos.

Como describe Blech en el capítulo 7, en los años noventa el tratamiento hormonal sustitutivo (THS), que hasta entonces sólo se usaba para los sofocos de la menopausia, fue alegremente promovido para la prevención de la osteoporosis, el infarto de miocardio y la enfermedad de Alzheimer. Millones de mujeres han recibido o siguen recibiendo THS. En 2002, precisamente cuando comenzaron a caducar las patentes sobre los dispositivos de aplicación transdérmica (parches), se reconoció que no sólo no protegen del infarto de miocardio y la enfermedad de Alzheimer, sino que en realidad aumentan su riesgo, así como el de cáncer de mama. Se calcula que en el Reino Unido pueden haber causado 20.000 casos adicionales de cáncer de mama. En España pueden haber producido unos 16.000 casos adicionales de cáncer de mama, 6.000 de ictus y 8.000 de embolia pulmonar, a cambio de reducir el número de casos de cáncer colorrectal en 6.000, y el de fracturas de cuello de fémur en 2.500. En cuanto a la demencia, se registró una incidencia del doble entre las usuarias de THS, comparadas con las no usuarias. Una revisión de los conocimientos sobre estos riesgos pone de manifiesto que en 1974 ya se conocía que los estrógenos incrementan el riesgo de infarto de miocardio, embolia y cáncer de endometrio, y en 1978 ya se sugirió que también incrementan el riesgo de cáncer de mama.

El Vioxx[®] fue presentado en sociedad y promovido como una gran innovación, pues supuestamente carecía de la toxicidad gastrointestinal de sus congéneres. Pocos meses después de su lanzamiento, a finales de 1999 comenzaron a acumularse datos que indicaban que incrementaba el riesgo de infarto de miocardio, y a finales del 2000 se confirmó el riesgo. A pesar de ello la compañía fabricante fue escondiendo estas señales bajo la alfombra. En 2002 y 2003 Merck incluso persiguió judicialmente u hostigó a varios científicos que advertían sobre estos riesgos. En septiembre de 2004 la fuerza de la evidencia la obligó a retirarlo del mercado en todo el mundo. Se calcula que sólo en Estados Unidos puede haber causado entre 80.000 y 140.000 casos de infarto de miocardio, aparte de un número probablemente similar de ictus y otros efectos adversos graves. Dado que la mitad del consumo se había realizado en Estados Unidos, en conjunto puede haber producido más víctimas que el tsunami del 26 de diciembre de 2004. Se trata probablemente de la mayor tragedia atribuible a un medicamento. En realidad, este fármaco no era más seguro que sus competidores. Pero fue aprobado y se le concedió un precio más alto que el de los demás, por su supuesta y no

confirmada seguridad. Nueve meses después de su retirada, en Estados Unidos se han presentado unas 10.000 demandas de compensación por daños. En Europa ni un solo gobierno, ninguna autoridad reguladora ni ningún sistema de salud ha reclamado a Merck. Las autoridades reguladoras, cuya misión es proteger la salud del público, no han sabido o no han querido pedir responsabilidades... quién sabe si por temor a que se les pidan a ellas.

El segundo proceso que describe la globalización en materia de medicamentos es la creación de la Organización Mundial del Comercio en 1992. La OMC, convenientemente influida por la IFPMA, consideró desde su creación que los medicamentos deben ser tratados como cualquier otro bien de consumo, y no merecen consideración especial por ser herramientas para la salud. En consecuencia, los incluyó en los acuerdos de protección de la propiedad intelectual (TRIPS en inglés, ADPIC en castellano), y así dio el espaldarazo a la protección de patentes sobre medicamentos a escala global. En pocos años, casi todos los países con capacidad industrial para fabricar medicamentos han tenido que aceptar las normas de la OMC. Según estas normas, el propietario de la patente sobre un medicamento tiene derecho exclusivo de explotación durante veinte años. El lector recordará la demanda de cuarenta compañías farmacéuticas transnacionales contra el gobierno de Sudáfrica a finales de los noventa, por haber vulnerado “su” derecho de patente sobre varios antirretrovirales. La OMC obstaculiza el acceso a los antirretrovirales, con consecuencias desastrosas en los países con tasas altas de infección por VIH. A escala planetaria, la OMS ha sido sustituida por la OMC. Ésta ha proclamado con los hechos que el derecho al comercio y al lucro prevalece sobre el derecho de las personas.

La globalización de las patentes tiene también consecuencias en los países desarrollados. El valor terapéutico de un fármaco se determina sobre la base de su eficacia, seguridad y conveniencia (comodidad de uso). Su precio no depende de estas consideraciones, sino sobre todo de que el fármaco esté patentado. Los medicamentos nuevos son más caros, y dan mayores beneficios a quien los vende. La consecuencia es que para una compañía con decenas o centenares de medicamentos en su catálogo, las prioridades de promoción se centran en sus productos nuevos. Como se ha visto, esto genera una rápida renovación del mercado, que implica mayor riesgo de efectos adversos y costes más altos. En España, por ejemplo, un 37% de los medicamentos consumidos por el sistema de salud han sido comercializados en los últimos cinco años. En consecuencia, el coste de la factura farmacéutica crece tres veces más que la inflación, se hace difícil que los profesionales y el conjunto del sistema se acostumbren y aprendan a usar el nuevo medicamento, y se somete a los usuarios a riesgos innecesarios.

El tercer elemento que describe la nueva situación lo constituyen las fusiones de compañías farmacéuticas, sin duda facilitadas por la ICH y la OMC. Pfizer, por ejemplo, actualmente primera compañía mundial, tiene un presupuesto anual superior al PIB de Suecia. La consecuencia es un incremento de la influencia política y mediática de las compañías.

Por otra parte, y aunque parezca paradójico, las patentes constituyen un freno a la innovación. La dinámica del mercado no favorece el desarrollo de nuevos fármacos contra el paludismo, la tripanosomiasis, la esquistosomiasis u otras enfermedades tropicales, porque quienes las padecen son pobres. Quien no puede pagar no está en el mercado, y en consecuencia no tiene derecho a la salud. Así, mientras una cuarta a una quinta parte de la humanidad sufre una verdadera epidemia de efectos indeseados por medicamentos –en Estados Unidos constituyen la cuarta causa de muerte por detrás del infarto de miocardio, el cáncer y el ictus, pero por delante de la diabetes, la bronquitis crónica, los accidentes de tráfico o el sida–, una parte importante de los demás seres humanos no tiene acceso a los medicamentos que son esenciales para sus necesidades de salud.

Un cuarto elemento de la nueva situación es el desmantelamiento del estado de bienestar, el ajuste estructural promovido por el FMI y el Banco Mundial. El “ajuste” consiste en devaluar la moneda local, liberalizar el comercio y facilitar el acceso a las compañías extranjeras y transnacionales. El gasto público es recortado mediante la introducción de copagos, la retirada de subsidios, la privatización, y el despido de funcionarios y la limitación de sus derechos laborales. En el sector salud esto se acompaña de descentralización, privatización, cobro por ciertos servicios y relajación de las medidas reguladoras. La FDA, por ejemplo, está financiada en un 75% por la propia industria farmacéutica a la que tiene que controlar. En la UE, un 80% del presupuesto de la Agencia Europea procede de la industria. El imperativo liberal limita el papel del estado en los asuntos sociales.

Los medicamentos tratados como meros bienes de consumo se convierten en un peligro para la salud pública. El objetivo de la regulación de los medicamentos es proteger al público. Como muestran los casos del THS y el VioxxÒ, su relajación puede tener consecuencias graves sobre la salud pública. En los países con sistema público y universal de atención a la salud, el estado no sólo es responsable de la regulación, sino también de la gestión del conocimiento en los sistemas de salud. Sin embargo, de manera creciente el consumo de medicamentos está más determinado por la oferta que por la demanda. Los sistemas de salud, que en ocasiones gozan de una situación de monopolio del consumo, se han mostrado en general incapaces de seleccionar lo que realmente necesitan, negociar precios, y crear sus propios sistemas de información objetiva sobre medicamentos y formación médica continuada. No producen conocimiento sobre la salud de la población a la que atienden. Consumen lo que se les ofrece, sin pararse a pensar si lo necesitan verdaderamente o a qué precio piensan pagarlo. Compran humo a precio de oro. Son la Madre Teresa de Calcuta de la industria farmacéutica.

Los dirigentes de las compañías farmacéuticas rinden cuentas ante la asamblea anual de accionistas. Sin que ello excluya su responsabilidad social en caso de accidente, mala práctica, fraude en la investigación o diseminación de información sesgada, este mero hecho explica que su comportamiento sea coherente con sus intereses. No obstante, los dirigentes del estado y de los sistemas de salud deberían rendir cuentas ante los ciudadanos. Cuentas sobre su responsabilidad por la patología de origen yatrogénico. Cuentas sobre su responsabilidad por el expolio económico y cultural del sistema de salud por la industria tecnológica. Cuentas sobre la transparencia en la toma de decisiones.

Joan-Ramon Laporte
Profesor de Farmacología
Universitat Autònoma de Barcelona

[1] Pignarre P. El gran secreto de la industria farmacéutica. Gedisa. Barcelona, 2005.

[2] Angell M. The truth about drug companies. How they deceive us and what to do about it. Random House. Nueva York, 2004.

Excesos en prevención (y rehabilitación)

Dicen que hemos vivido por encima de nuestras posibilidades, y que por ello ahora estamos en el infierno de la crisis financiera.

Podría ser, pero ¿quién decidió, por ejemplo, incluir la vacuna contra el virus del papiloma humano en el calendario vacunal con subvención pública? Una vacuna sin efectividad, de resultado experimental, de coste tal que supone la mitad de todo el conjunto de vacunas del calendario vacunal.

No fuimos nosotros (población y profesionales), no, quienes irracionalmente incluimos en la agenda esta vacuna.

Otro sí, ¿quién decidió la respuesta a la gripe A (A/California/7/2009/H1N1), en contra de los profesionales españoles? Una campaña que costó cientos de millones de euros, literalmente desperdiciados, hasta acabar en la simbólica destrucción mediante el fuego de las vacunas contra la gripe A, sobrantes por inútiles y por el rechazo de la población y de los profesionales.

No fuimos nosotros, no, quienes creamos una epidemia de pánico con excelentes réditos monetarios.

¿Quién decidió desarrollar el cribado del cáncer de mama con mamografías, que tanto la Ministra de Sanidad (PSOE) como, por ejemplo, la Presidente de Castilla-La Mancha (PP) quieren ampliar a “todas” las mujeres? Un cribado que no disminuye la mortalidad global, que lleva a la creación de cánceres falsos de mama (hasta el 40% del total de los extirpados en España) con el consiguiente sobre-tratamiento (mastectomías, radio y quimioterapia) y el sinvivir por décadas con “un cáncer eliminado, gracias a dios”. En Castilla-León, el programa adelanta 1 cáncer de cada 7 (cáncer indolente, de baja o nula agresividad) y retrasa el diagnóstico de 1 cáncer agresivo y metastásico de cada 9 (por los falsos negativos).

No decidimos nosotros, no, la implantación de este cribado que mata por los excesos del sobre-tratamiento.

¿Quién decidió determinar el PSA y relacionar su incremento con el cáncer de próstata? Una determinación que sólo se justifica en el seguimiento del paciente al que se le ha extirpado un cáncer de próstata. Una determinación que aumenta artificialmente la incidencia de cáncer de próstata (y su falsa supervivencia) y que en su falsa respuesta crea problemas tan graves como muerte, septicemia, incontinencia urinaria e impotencia sexual. “¡Pero me han quitado un cáncer!” dicen los pobres pacientes sin saber que el sobre-diagnóstico entre los cánceres extirpados es del 60%.

No decidimos nosotros tal crueldad, no.

¿Quién ha introducido “el colesterol” y las tablas de riesgo cardiovascular que llevan al tratamiento de millones de españoles con estatinas, y al cambio de sus vidas en lo que respecta a la alimentación? No hay que medir ni lípidos ni el simple colesterol en pacientes sin enfermedad coronaria pues el tratamiento es ineficaz. Es un tratamiento que produce más daños que beneficios. Es un tratamiento que convierte en enfermos a millones de españoles, sometidos al rigor de citas, análisis y tratamientos sin fundamento.

No decidimos nosotros, no, tal exceso.

¿Quién ofrece tratamientos de masajes y rehabilitadores en los dolores de espalda y cuello, quién los contrata? Son inútiles en el 60%, según datos de Canarias. Van en ello millones de euros, y miles de pacientes engañados.

No somos nosotros, no, los que evaluamos tales técnicas de rehabilitación.

Convertimos en enfermos a la mayoría de la población, y la prevención y los factores de riesgo se transforman en justificación para el negocio (sin ética, ni ciencia, ni conciencia, ni vergüenza).

Es cierto que los profesionales sanitarios somos muchas veces “colaboradores necesarios” en el Reino de la Malicia Sanitaria. Por ello, es hora de ejercer la “ética de la negativa” (ante autoridades y pacientes) y de comentar a los pacientes cosas tan simples como “no se mida el colesterol, sea feliz” y/o “el optimismo en la vejez añade 8 años de vida”.

Es hora de reducir la prevención a lo eficaz, de defender a nuestros pacientes y sanos de una

prevención excesiva y sin control que es peor que la enfermedad. Es hora de cumplir el contrato preventivo con el mismo rigor científico que el contrato curativo. Es hora de rebajas preventivas para aumentar la salud (y controlar los costes).

Es hora de rebajar actividades, inversiones y tiempo en prevención y, sobre todo, es hora de identificar a los que introducen en las agendas unas políticas sanitarias que dañan la salud de la población con la medicalización.

Para el debate, cuestiones:

- 1.- ¿Por qué tienen la prevención un aura que justifica y facilita los negocios y engaños?
- 2.- ¿Cómo formarse un criterio independiente y científico respecto a las pautas preventivas (y de rehabilitación)?
- 3.- ¿Cómo es posible que se forme un núcleo de presión del estilo del Grupo de Expertos en Gripe, sin que se exijan la declaraciones de conflictos de interés de sus miembros y del conjunto?

PARA SABER MÁS DEL MISMO AUTOR Y COLABORADORES

En www.equipoCESCA.org (acceso directo y gratuito). Así:

<http://www.equipoCESCA.org/actividades-preventivas/malicia-sanitaria-y-prevencion-cuaternaria/>

<http://www.equipoCESCA.org/uso-apropiado-de-recursos/vacuna-contrala-gripe-prometen-milagros-difunden-errores-y-hacen-negocio-actualizado-13102011/>

<http://www.equipoCESCA.org/organizacion-de-servicios/etica-clinica-en-tiempos-de-exigencia-expectante/>

<http://www.equipoCESCA.org/organizacion-de-servicios/prevencion-de-la-poblacion-al-paciente-y-viceversa-%c2%bfes-la-prevencion-una-funcion-de-la-atencion-primaria/>

<http://www.equipoCESCA.org/actividades-preventivas/is-clinical-prevention-better-than-cure/>

<http://www.equipoCESCA.org/uso-apropiado-de-recursos/the-concept-of-prevention-a-good-idea-gone-astray/>

Juan Gérvas

Médico general, Equipo CESCA (Madrid, España)

jgervasc@meditex.es

Información independiente sobre terapéutica

La información sobre medicamentos y terapéutica debe ser sintética y práctica, pero a la vez debe suministrar los datos más relevantes sobre todos los aspectos farmacológicos, clínicos y epidemiológicos del uso de los medicamentos. Dado el alud de información $\frac{3}{4}$ y de pruebas $\frac{3}{4}$, se necesitan fuentes de información sobre terapéutica que sean fiables, sintéticas, prácticas (orientadas a problemas) y actualizadas. Los boletines de información terapéutica pueden ayudar a los clínicos en las mejores decisiones terapéuticas para los pacientes, y las redes independientes de información son actualmente indispensables.

La cuestión clave en la información sobre medicamentos es la **independencia**. Con esta filosofía, se creó la **International Society of Drug Bulletins (ISDB)**, una red internacional de unos 75 boletines y revistas independientes sobre fármacos y terapéutica que se publican en más de 40 países (www.isdbweb.org). La ISDB, creada en 1986 con la ayuda de la Oficina Regional de la OMS en Europa, promueve la publicación de información independiente y de calidad sobre fármacos y terapéutica para los profesionales de la salud y el público. Los principales requisitos para ser miembro de esta red son la independencia editorial y financiera de la industria farmacéutica, y la calidad de la información publicada. Forman parte de la ISDB publicaciones prestigiosas como el *Drug and Therapeutics Bulletin* en el Reino Unido (<http://dtb.bmj.com/>) o *La revue Prescrire* en Francia (<http://www.prescrire.org/fr/>). En España, nueve boletines son miembros de la ISDB.

Entre algunas publicaciones de la ISDB, destaca la declaración sobre **avance terapéutico** en 2001 (<http://www.isdbweb.org/documents/uploads/Declaration/Spanish-DeclaracionISDB.pdf>), en la que se define lo que se considera un verdadero avance terapéutico. Esta declaración es especialmente interesante, ante la continua comercialización de nuevos fármacos, que no siempre ofrecen las mejores posibilidades para los pacientes en términos de eficacia, de seguridad o de conveniencia, en comparación con los fármacos ya existentes.

El *Butlletí Groc*, como miembro de la ISDB, ha intentado ofrecer a los lectores una visión crítica, actualizada e independiente de las diferentes cuestiones tratadas. No siempre es fácil interpretar los resultados de la investigación clínica para traducirlos en recomendaciones terapéuticas. Sin embargo, hemos procurado basar las recomendaciones y advertencias en una lectura e interpretación cuidadosa de ensayos clínicos y de estudios observacionales. Estas interpretaciones a veces difieren de las que hace la industria farmacéutica, la cual, paradójicamente, es a la vez una parte interesada por la ampliación constante del “mercado”, y la principal suministradora de información sobre medicamentos a los profesionales sanitarios. De aquí el valor de la información sobre medicamentos y terapéutica que no tenga un interés industrial y que sea cuidadosa y orientada a la resolución de problemas clínicos y a obtener el máximo beneficio para los pacientes. La información sobre terapéutica ha sido una de las principales actividades de la *Fundació Institut Català de Farmacologia* (FICF) (<http://www.icf.uab.es>), entre las que destacamos el *Índex Farmacològic*, el Sistema de Información Esencial en Terapéutica y Salud (SIETES) (www.sietes.org) y la atención de consultas terapéuticas.

Alguna pregunta para el debate:

- ¿Cómo se podría articular alguna iniciativa para poder estimular la generación y la difusión de información independiente sobre terapéutica?

Autoras.

Montse Bosch.

Roser Llop.

La industria farmacéutica y el mundo global

La industria farmacéutica, desde el punto de vista de volumen de dinero manejado, supone uno de los cuatro sectores más lucrativos del panorama económico actual, junto con el mercado del sexo, las armas y las drogas (las ilegales). Cuando se ponen cifras a los ingresos de estas empresas nos colocamos en las decenas de miles de millones de dólares, no habiendo supuesto la crisis económica un desplome de los beneficios de las grandes empresas farmacéuticas, sino que, en ciertos casos, ha sido al revés. Para tener una visión general del asunto en nuestro país, en el año 2008 (cuando la crisis económica ya había asomado la cabeza) había en nuestro país 211 laboratorios farmacéuticos empleando a 40.385 personas y con unas ventas de 13.949 millones de euros, habiendo incrementado con respecto al año 2007 un 3.4% el dinero destinado a I+D (¿i?).

En lo que se refiere al gasto farmacéutico por parte de nuestro sistema de salud, España se sitúa como uno de los países en cabeza según gasto sanitario dedicado a medicamentos y según gasto en medicamentos per capita; un análisis de los datos arroja, además, que el problema español de gasto en medicamentos no radica en su elevado precio tanto como en el elevado número de recetas facturadas. Tenemos una sociedad medicamentada.

Vamos a señalar algunos aspectos en relación con el papel de la industria farmacéutica en la cadena de investigación, promoción y vigilancia del medicamento y a plantear algunas reflexiones y cuestiones que debatir tanto antes como durante las jornadas “salut amb seny”.

Investigación de nuevos medicamentos.

- Vivimos en un mundo en el que el 90% de los medicamentos los consume el 10% de la población.
- Es necesario redefinir el concepto de “industria farmacéutica innovadora”, alejando del término “innovación” las modificaciones posológicas y los medicamentos *me too*.
- De los diferentes sectores industriales, el de la industria farmacéutica es el que revierte una mayor parte de sus beneficios en I+D. A pesar de ello, esto sólo supone un 15 % de su facturación total, en comparación con el 30 % dedicado a mercadotecnia. (Fuente MS Health consulting)
- Uno de los argumentos esgrimidos por la industria farmacéutica para defender una ley de patentes más restrictiva es el elevado coste de la investigación y comercialización de un medicamento... hablan de más de 1.000 millones de dólares, pero artículos como “Demythologizing the high costs of pharmaceutical research” (disponible en: http://www.pharmamyths.net/files/Biosocieties_2011_Myths_of_High_Drug_Research_Costs.pdf) plantean que tal vez dicho coste, aunque elevado no lo sea tanto.
- Las patentes son uno de los mecanismos principales de protección de la propiedad intelectual; en el caso de los medicamentos, las patentes han probado no satisfacer a legisladores ni a legislados, así como han fracasado a la hora de incentivar la investigación de medicamentos para enfermedades olvidadas.

Presentación a los profesionales: la relación de la industria farmacéutica y los profesionales sanitarios.

- Los médicos que reciben publicidad de los medicamentos por parte de representantes farmacéuticos son más propensos a prescribir dichos medicamentos, a infraestimar el efecto del encuentro “médico-representante farmacéutico” sobre su prescripción y sobreestimar dicho efecto en sus compañeros.
- El tiempo dedicado a recibir a los representantes farmacéuticos es un tiempo del horario laboral que se sustrae de la atención clínica, docente e investigadora.
- Es necesario que dicha relación sea regulada por instancias superiores que permitan que se generen vínculos vendedor-prescriptor que repercuten de forma negativa en:
 - Pacientes.
 - Sistema sanitario.
 - Curso de la ciencia.
 - La influencia de la industria farmacéutica empieza a hacerse patente en las universidades, con las denominadas “cátedras de patrocinio mixto”, que pueden suponer un conflicto de interés entre el pensamiento crítico que debería encontrarse en la base de toda institución universitaria y los intereses comerciales de una gran empresa farmacéutica. [Lectura recomendada: <http://apxi.wordpress.com/2011/08/12/agosto-relaciones-con-la-industria-farmaceutica-%C2%BFse-puede-estar-en-la-trinchera-sin-llenarse-de-barro-hasta-las-rodillas/>]

Promoción de medicamentos a la población generales: lo legal, lo legítimo y los trucos.

- La denominada *publicidad directa al consumidor* de productos que precisen receta está prohibida en el ámbito de la Unión Europea. La información al consumidor por parte de la industria farmacéutica está regulada por la Unión Europea.
- Los estudios de coste-efectividad de la publicidad directa al consumidor hechos en otros países (EEUU principalmente) muestran resultados contradictorios. Parece que los medicamentos que más coste-efectivo sale publicitar son los que: 1) tratan enfermedades crónicas y además 2) tienen particularidades galénicas que les permiten “fidelizar” al paciente.

- En España hay varios casos de publicidad de medicamentos disfrazada de información; uno de los más sonados se dio en un periódico de tirada nacional y provocó el siguiente artículo por parte de la defensora del lector: “Avances médicos con intereses ocultos”.
http://www.elpais.com/articulo/opinion/Avances/medicos/intereses/ocultos/elpepiopi/20100117elpepiopi_5/Tes

Vigilancia de efectos adversos tras la comercialización de los medicamentos: farmacovigilancia.

- ¿Por qué es necesario seguir vigilando los efectos secundarios que produce un fármaco una vez se comercializa?
 - Más del 60% de los efectos adversos de un medicamento se notifican por primera vez en los primeros 5 años tras su comercialización.
 - Los ensayos clínicos previos a la comercialización se realizan con gente “ideal” que en poco se parece a los pacientes que posteriormente tomarán el medicamento (ensayos con baja presencia de comorbilidad, polimedicación,...). Son ensayos con gran validez interna pero poca validez externa.
 - Además, en los últimos años han aparecido varios casos de datos que la industria farmacéutica conocía sobre sus medicamentos antes de sacarlos al mercado pero que había ocultado, como, por ejemplo, el caso de la rosiglitazona. [Lectura recomendada: Rosiglitazona: las lecciones que no hemos aprendido.
<http://elrincondesisifo.wordpress.com/2010/08/31/n-eng-j-med-rosiglitazona-las-lecciones-que-no-hemos-aprendido/>]
 - Los médicos debemos hacer nuestra la frase de “Conocer lo último, prescribir lo penúltimo”.

Preguntas para debate

- **¿Crees que la industria farmacéutica ve bien recompensadas sus investigaciones? ¿Qué maneras conoces o se te ocurren que pudieran permitir incentivar la investigación de fármacos menos rentables económicamente**

La relación entre médicos y representantes farmacéuticos siempre ha sido objeto de discusión. ¿crees que hay una influencia real? ¿son los beneficios que obtiene el médico mayores que los potenciales perjuicios sobre sus pacientes?

Javier Padilla Bernáldez

javithink@gmail.com

Twitter: [@javierpadillab](https://twitter.com/javierpadillab)

<http://medicocritico.blogspot.com>

Lectura crítica de artículos

Estás en prácticas y tienes sueño. La paciente añosa Marisa Baliña le está contando al Dr. Osorio que se ha caído un par de veces en las últimas semanas. El siempre bien dispuesto Dr. Osorio se lanza a prescribir un bifosfonato que le presentaron la semana pasada en sesión clínica. D^a Marisa se va muy contenta, dispuesta a contárselo a todas sus vecinas del bloque. Aunque se queda con ganas de que le manden una densitometría. “Hay dos años de lista de espera, D^a Marisa”. “¡Qué mal está la seguridad social!”. Marisa se va por la puerta. Además de tener sueño, te has levantado tocapelotas, y te has propuesto preguntar “por qué” a cada movimiento que ves. “Leí el otro día en internet que los bifosfonatos no son tan buenos como dicen. ¿Tú qué opinas?”. El Dr. Osorio parpadea desconcertado. “No, este es muy bueno, lo estamos poniendo mucho y va muy bien”. Algo del aplomo-desconcierto del Dr. Osorio no termina de cuadrarte. Ya no tienes sueño pero sigues sintiéndote tocapelotas, por lo que decides comprobarlo por tu cuenta. El fármaco no sale en tus

libros, así que te metes en Pubmed. Te alegras, porque hay unas cuantas cosas. Todo parece bueno.

¿Por qué lo estarán criticando entonces?

Algo no te cuadra. Y te surgen unas cuantas preguntas.

No entiendo Pubmed, me satura. ¿Puedo quedarme con las recomendaciones de las guías clínicas?

Si los estudios son complicados, ¿por qué no fiarnos de la experiencia de quien nos enseña?

Si $p < 0.05$ el paciente se cura. ¿Mito o realidad?

Si $p > 0.05$ aquello que estudias no vale para nada. ¿Qué no?

¿Qué tiene de malo la información que nos dan los representantes?

¿Pueden tener los datos conflicto de intereses?

¿Sirven los ensayos clínicos para algo más que para “hacer ciencia”?

¿Quién investiga a los investigadores? ¿Y a esos quien los investiga?

¿Publica quien quiere, quien puede o quien se lo merece?

La ciencia es ciencia. ¿Qué tiene que ver con quien paga el congreso? ¿Y qué tiene que ver con quien paga mi asistencia al congreso?

El cáncer es malo. Detectarlo a tiempo es bueno. ¿Por qué no empiezo ya a hacerme mamografías/PSAs?

¿Qué tiene de malo el “a mí me va bien”?

Puede que algunos fármacos no hagan tanto efecto como dicen. Pero, ¿no es peor no recetar nada?

Más vale prevenir que curar. ¿Que no?

¿Cómo tiene un médico certeza respecto a lo que hace?

Autoras:

Isabel Becerra

Marta Carmona (@AdrasteaQuiesce)

