

# 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](#)

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

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

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

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

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

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

### BLOGROLL

[Blog Farmacritixs](#)

[Web NoGracias](#)

## ¿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 del 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>



jone | [24 octubre 2011 en 11:42](#)

¡Felicidades por el trabajo!

Os ha quedado genial, ya tengo ganas de veros en Barcelona!!

Un abrazo!



*ilarranaga* | [24 octubre 2011 en 12:06](#)

Precioso video.

Pero ¿cómo acaba la historia de amor?.

Por favor, por favor, por favor ... necesito la segunda entrega.

Sara Calderón, ponte a ello. Gracias



*fede* | [24 octubre 2011 en 23:38](#)

sólo te diré una cosa cuando sea joven, quiero ser como tú ...



*Carlos* | [25 octubre 2011 en 17:28](#)

Muy bueno el vídeo y muy acertado el tema. ¡Felicidades!

Y en cuanto a las preguntas, creo que existen numerosos ejemplos que muestran dicho condicionamiento y que resultan especialmente visibles -aunque no sólo- en los programas y desarrollo de los congresos de las sociedades médicas.

Personalmente tengo dudas de si el principal problema al respecto tiene que ver con la jerarquización de dichas sociedades o con la complicidad, más o menos activa o pasiva, de quienes participamos en ellas.

Saludos



*Chabier* | [25 octubre 2011 en 19:00](#)

Pues de las historias de amor que hay circulando por el mundo, ésta no es de las que arrancan lágrimas de felicidad al espectador. Entre beso y beso, puede haber desengaños, porque mientras el interés de una puede ser ver una bonita puesta de sol, el de la otra, puede ser hacerse con la exclusividad de la luz solar.



*AJ* | [25 octubre 2011 en 23:28](#)

Con sonido gana mucho jajajaja muy buen trabajo, el vídeo genial. Yo tb espero a que hagan la segunda parte.



*Guilhe* | [26 octubre 2011 en 1:05](#)

Una vez cuando era pequeño mis padres salieron a cenar con unos amigos. La chica que habitualmente hacía de niñera no estaba disponible así que se les ocurrió que podría venir mi primo a cuidarnos esa noche.

Y apareció él muy dispuesto, hasta se traía un bocadillo de chorizo para cenar (eso no le gustó mucho a mi madre pues también había un plato para él).

Bueno, a lo que voy; después de cenar fuimos al salón a ver la tele. Yo y mis hermanos felices con aquella película de ninjas a medianoche.

Entonces llegó el momento en el que los personajes dejan por un momento las espadas y se "muerden" en la boca pero sin llegar a hacerse daño. Mi primo, que aunque tenía unos 16 años por aquel entonces, se debió de ver en una situación comprometida y optó por la mas

sabia de las decisiones, preguntó:

– ¿Os dejan ver las escenas prohibidas?

... (mirada a tres bandas)

– Sí

Aún así hizo un poco de “zapping” (aunque de aquella eso sonaba raro y los canales sólo eran 6 ).

Pues bien, yo lo que quería decir es que queremos ver las escenas prohibidas de esta historia de amor!!! Esas que no se nos enseñan por ser demasiado fuertes.

Os quedó muy bien, la técnica pulidísima.

PD: Sara, qué bueno oírte.



[saracalderón](#) | [29 octubre 2011 en 20:12](#)

Muchísimas gracias por los comentarios, nos alegra que os haya gustado el vídeo. Por supuesto, habrá segunda parte, a Lucía le quedan muchas aventuras, desventuras y desencantos por vivir ...

En relación al comentario de Carlos, me da la sensación de que la jerarquización o inaccesibilidad a los cargos de poder hace más difícil que aquellos que no desean ser cómplices puedan cambiar la realidad. También puede ser que la falta de transparencia en las relaciones y dependencias económicas de las AAPP sean mucho más factibles en un contexto jerarquizado, puesto que el grupo de implicados es más reducido.

En cuanto al comentario de Chabier, ¿no le estarás otorgando demasiada inocencia a Lucía? Quizá debería ser más prudente a la hora de elegir sus fuentes de formación. Como decía aquella portada de la BMJ ... hacen falta dos para bailar un tango.

<http://www.bmj.com/content/338/7690.cover-expansion>

Un abrazo,  
gracias de nuevo.



[MJ Sanmamed](#) | [30 octubre 2011 en 11:38](#)

Hola Sara, encantada de oírte y más lo estaré de verte y conocerte después de oír hablar tanto de tí. Me ha encantado vuestra historia de amor.

Yo me pregunto:

¿Qué hace que lxs médicxs elijamos estas parejas de amor-baile?

¿Qué es lo que hace que elijamos a estas Anas para explicarles nuestras vidas personales y consolidemos relaciones de “amor” “amistad” con lxs visitadorxs de la industria farmacéutica?

Que influye esta relación en nuestra prescripción es clarísimo y evidencias las hay a cientos, aunque las encuestas de autopercepción a médicxs digan lo contrario.

Un abrazo Sara

M<sup>a</sup> José Fernández de sanmamed

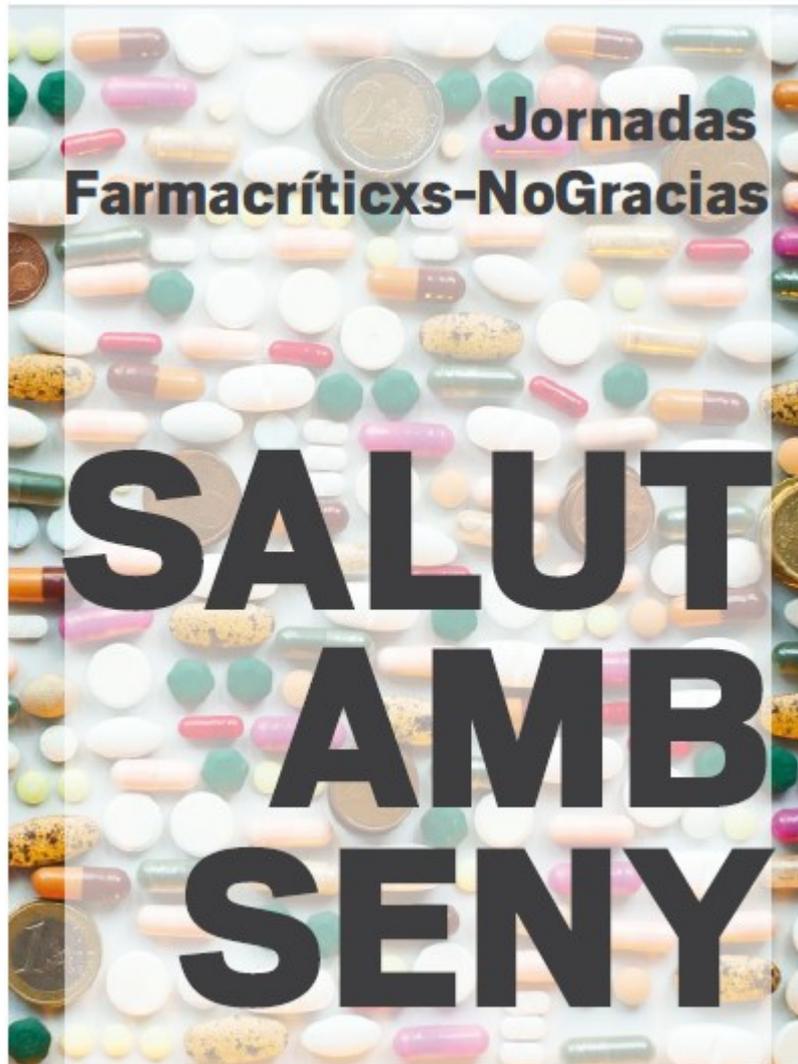
**Pingback:** [LOS MÉDICOS SE REBELAN contra el Big Pharma: Jornada Farmacríticas – No gracias en Barcelona | El Blog Alternativo:](#)

[INICIO](#) [ACERCA DE](#) [CRIANZA](#) [COLABORA](#) [CONTACTA](#) [PUBLICIDAD](#) [ENLACES](#)

## **LOS MÉDICOS SE REBELAN contra el Big Pharma: Jornada Farmacríticas – No gracias en Barcelona**

Can-Men - 30 oct 2011

[La aventura de emprender la Vida»](#)



“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”

“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 MEDICAMENTALIZADA (...)”

“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”**

**Javier Padilla Bernáldez**

<http://medicocritico.blogspot.com/>

“CISMA” es la palabra que mejor define lo que está ocurriendo en el sector de la medicina porque el significado de “división, discordia o **desavenencia entre los individuos de una misma comunidad**” refleja la corriente crítica que está saliendo a la luz entre profesionales médicos, estudiantes y expertos en sanidad.

Seguramente, los médicos **disidentes con el funcionamiento de las grandes compañías farmacéuticas** y los gobiernos en materia de salud siempre han existido pero sus denuncias apenas llegaban a la población y *los acallaban*, ya no.

El 3 y 4 de noviembre de 2011 se celebra en Barcelona las **II Jornadas Farmacriticxs y Nogracias** con el título “Salut amb seny” (salud con sentido común) con la asistencia de figuras relevantes como Juan Gervas, médico general e integrante del [Equipo CESCA](#), Carlos Ponte, médico intensivista y presidente del colectivo [NoGracias](#), Joan-Ramón Laporte, FICF – Catedrático Farmacología UAB, y **Teresa Forcades**, la médica y teóloga que [puso en jaque a la vacuna de la gripe A](#).

Como explican en la [web](#), “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)” han publicado los textos de los ponentes y formulado preguntas para que en el congreso u online se genere **un debate constructivo y útil**.

Los títulos de las conferencias son éstos:

- Medicalización y medicamentación.
- [La industria farmacéutica en el mundo global](#)
- [¿Las relaciones de las asociaciones sanitarias influyen en sus objetivos?](#)
- [Lectura crítica de artículos](#)
- Los servicios públicos ante la situación económica actual
- Medicamentos en tiempos de crisis, entre la salud y el mercado -mesa de debate-
- [Crisis, buen tiempo para rebajas en los excesos](#)
- Excesos en el diagnóstico
- Excesos en el tratamiento
- [Excesos en la prevención \(y rehabilitación\)](#)
- Desigualdades sociales y acceso a la salud
- ¿Hacia dónde vamos? Estrategias y colaboraciones

Y para profundizar en los argumentos de este colectivo crítico DENTRO de la sanidad, adjuntamos 3 entrevistas de la periodista independiente [Alish](#) sobre este tema:

1. **A estudiantes de medicina a favor de una medicina más ética y más transparente** que ponen en evidencia los conflictos existentes entre la educación que están recibiendo, la práctica profesional de los médicos y las políticas actuales de los medicamentos: [5 ESTUDIANTES DE MEDICINA CRÍTICOS](#)

2. Al médico rural **Juan Gervas sobre que la vacuna de la gripe no sirve para nada**: [LA EPIDEMIA DEL PÁNICO](#)

3. A **Carlos Ponte**, médico y presidente del colectivo [NO GRACIAS](#): [ENTREVISTA CARLOS PONTE - PRESIDENTE DE “NO GRACIAS”](#)

Sitio oficial: [Salut amb seny](#)

# Crisis, mentiras, recortes, excusas y Estado del Bienestar

**Cómo 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 a la 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 cuál 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.



Roger | [29 octubre 2011 en 1:48](#)

El Conseller de Salut del Gobierno de Catalunya, el sr. Boi Ruiz, antes Presidente de la patronal hospitalaria privada catalana, afirma que los recortes han sido necesarios para salvar la sanidad pública catalana y que, si no se hubieran hecho, esta se hubiera colapsado. Pero, tal y como escribió Vicenç Navarro en el diario digital [elplural.com](#), el gobierno de la Generalitat no “ignora que los recortes son, en realidad, por motivos políticos y que responden a intereses particulares y no generales”. En su artículo (publicado el 25 de abril de 2011 y que se llama “Recortes innecesarios y perjudiciales en la sanidad pública en Catalunya y en España”) Navarro explica que el gasto público sanitario per cápita de Catalunya y de España es de los más bajos de la UE-15.

Navarro apunta que “el problema no es el gasto público excesivo sino los escasos ingresos del Estado”, haciendo referencia a que “el poco gasto público sanitario no es, como dice la derecha nacionalista, secundario al expolio fiscal, sino a las políticas fiscales regresivas del estado español y catalán”. Navarro explica que el estado español y Catalunya son los que menos impuestos recaudan de la UE-15.

CiU hace responsable de los recortes antisociales a España y el expolio sobre Catalunya para exculparse y al mismo tiempo “esconder el mayor expolio que no es de nación sino de clase social”, explica Navarro, refiriéndose a que los ricos no contribuyen al estado en la medida que les correspondería por culpa de la regresión de las políticas fiscales y del elevado fraude fiscal en el que incurrir las rentas superiores.



vado | [30 octubre 2011 en 9:38](#)

comparto enteramente los argumentos sobre los gastos e inversión en sanidad en España y Cataluña. Añadiría 2 cosas que son tópicos, de las críticas a la sanidad pública:

- 1 la frecuentación de los servicios asistenciales: una parte de la frecuentación viene impuesta por problemas organitivos y burocraticos: renovación de bajas y recetas para pacientes crónicos. 2 el gasto en medicamentos: es interesante constatar que el gasto global en sanidad es de los más bajos y se pone la lupa en que dentro de éste, el gasto en medicamentos tienen un peso mayor que en otros países. No se analiza que posiblemente hay un gasto de oportunidad, igual es más barato tratar con medicamentos que hacer un tratamiento más global (p.e. es más barato dar AINES y omeprazol que poner una prótesis de rodilla). hace unos años estudiamos que una mayor inversión en sanidad se correspondía con un menor gasto en medicamentos. (en %). Esta disminución era mucho mayor que la simple reducción por dilución.

En cambio sí creo que el expolio fiscal es un elemento importante, con la persecución del fraude y el reequilibrio del modelo impositivo, de la situación en Cataluña.(agravada por la política liberal del gobierno de CiU). El exagerado déficit fiscal se traduce en una deficiente red de comunicaciones (al margen de políticas centralistas en la gestión como el caso de aeropuertos, o la apuesta de Aznar y del PSOE por el corredor ferroviario central o el AVE sin criterio alguno de rentabilidad social y económica) que encarecen o dificultan el transporte o la disponibilidad de más medios para las políticas de bienestar. Los núcleos de poder centralistas, atienden a las cúpulas funcionarial, financiera y burocráticas que rigen el aparato del estado.

# **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 ultramagregades, 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](http://www.grupgris.org)
- [grupgris@yahoo.es](mailto:grupgris@yahoo.es)
- [www.facebook.com/Gris.ReflexióIndústria-Sanitat](https://www.facebook.com/Gris.ReflexióIndústria-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 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](http://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-contr-la-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](mailto:jgervasc@meditex.es)

## **Trackbacks(1)**

•

1 Pingback: [Empieza el debate previo a las jornadas de Barcelona “salut amb seny” | nogracias.eu:](#)

Blogs amigos: [The Forest of Rhetoric](#) [Prescrire International](#) [Australian Consumers' Association: Health campaigns](#)



*Una iniciativa por la transparencia de las tecnologías sanitarias y la atención de la salud. Libre de humos comerciales y empresariales*

## II Jornada Farmacriticxs

[Inicio](#) [Debates NoGracias](#) [Manifiesto](#) [Opinión](#) [Quiénes somos](#) [Recomendaciones](#) [Recursos](#) [Qué hacer](#) [Agenda](#)

[← Terapia hormonal sustitutiva: El rayo que no cesa](#)

[Si son iguales que parezcan iguales →](#)

### **Empieza el debate previo a las jornadas de Barcelona “salut amb seny”**

Publicado el [22 octubre, 2011](#) por [nknock](#)

En la página de las [jornadas “Salut amb seny”](#) que NoGracias y Farmacriticxs organizan conjuntamente ya se pueden leer algunos de los textos previos que unos cuantos ponentes han puesto a disposición del público general (asistentes y no asistentes a las jornadas) para poder discutir algunos conceptos antes del encuentro presencial que tendrá lugar los días 3 y 4 de noviembre de 2011.

Los enlaces directos a los textos que en este momento están disponibles son:

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

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

- [Lectura crítica de artículos -Isabel Becerra y Marta Carmona](#)

#### **Entradas recientes**

[Eficacia y efectividad de las vacunas de la gripe](#)

[Las jornadas “Salut amb Seny” se celebrarán en la Facultad de Farmacia](#)

[La OMS apoya el cribado en el cáncer de cervix](#)

[Cesáreas: Un 20% más en el ámbito privado que en el público](#)

[Feria de la salud y SEMERGEN](#)

#### **Comentarios recientes**

[Jose Valdecasas en Sólo se confirma el 0,2% de los hallazgos que relacionan un gen con una enfermedad](#)

[nmurcia en La confabulación orquestada por GSK en el caso AVANDIA](#)

[Francisco Almodóvar en La confabulación orquestada por GSK en el caso AVANDIA](#)

[Si son iguales que parezcan iguales | nogracias.eu en Si son iguales, que parezcan iguales](#)

[nmurcia en Agenda](#)

#### **Archivos**

## Categorías

[Noticias](#)

[Opinión](#)

[Sin categoría](#)

[Vídeos](#)

## Nube de etiquetas

[Agencia Europea de Medicamentos](#) [Barack Obama](#) [Bioética](#) [Canadá](#) [Ciencia](#) [Conflictos de intereses](#) [Cáncer](#) [Educación](#) [Efectos adversos](#) [Enfermedades cardiovasculares](#) [Ensayos clínicos](#) [Estados Unidos](#) [Estatinas](#) [Estudiantes](#) [Farmacovigilancia](#) [FDA](#) [Financiación](#) [Gardasil](#) [Gasto farmacéutico](#) [Genéricos](#) [Ghostwriting](#) [Gripe A](#) [Guías Clínicas](#) [Healthy Skepticism](#) [Industria farmacéutica](#) [Información directa](#) [Iniciativa Sunshine](#) [Mercado farmacéutico](#) [N1H1](#) [Nofreelunch](#) [Nogracias](#) [OMS](#) [Políticas públicas](#) [Prescriptores](#) [Prevención](#) [Psiquiatría](#) [Publicidad directa](#) [Salud de las Mujeres](#) [Salud pública](#) [Transparencia](#) [Unión Europea](#) [Uso de los medicamentos](#) [Vacunas](#) [VPH](#) [Ética](#)

## Nogracias en Twitter



[nogracias\\_eu](#): Eficacia y efectividad de las vacunas de la gripe: Revisión sistemática y meta-análisis. The Lancet Las vacunas ... <http://t.co/k0ykhC9Z>  
2 days ago from [twitterfeed](#)



[nogracias\\_eu](#): La OMS apoya el cribado en el cáncer de cervix: La Organización Mundial de la Salud (OMS) sostiene que el cribad... <http://t.co/t51zRhCT>  
3 days ago from [twitterfeed](#)



[nogracias\\_eu](#): Feria de la salud y SEMERGEN: En el ámbito del 33 Congreso de la Sociedad Española de Médicos de Atención Primar... <http://t.co/gkB9PgWR>  
4 days ago from [twitterfeed](#)



[nogracias\\_eu](#): Sólo se confirma el 0,2% de los hallazgos que relacionan un gen con una enfermedad: "Las cosas no siempre se hac... <http://t.co/BkKCqIPR>  
4 days ago from [twitterfeed](#)

[Ver más »](#)

## Sitios de interés

[Farmacriticxs](#) Movimiento de estudiantes por la ética y la independencia. Integrado en IFMSA  
[Healthy Skepticism](#) Mejorar la salud, reduciendo los peligros y falsificaciones del marketing y las informaciones engañosas

# 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 <sup>3</sup>/<sub>4</sub> y de pruebas <sup>3</sup>/<sub>4</sub>, 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](http://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](http://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](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 permiten 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://apxii.wordpress.com/2011/08/12/agosto-relaciones-con-la-industria-farmacaceutica-%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](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](mailto:javithink@gmail.com)

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

<http://medicocritico.blogspot.com>

### **Trackbacks (2)**

1 Pingback: [Empieza el debate previo a las jornadas de Barcelona “salut amb seny” | nogracias.eu](#)

2 Pingback: [LOS MÉDICOS SE REBELAN contra el Big Pharma: Jornada Farmacríticas – No gracias en Barcelona | El Blog Alternativo](#)

# 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<sup>a</sup> 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<sup>a</sup> 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 quién paga el congreso? ¿Y qué tiene que ver con quién 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)



José Luis Merino Castillo | [23 octubre 2011 en 20:57](#)

Hola,

Voy a intentar hacer un ejercicio de reflexión con algunas de las preguntas planteadas.

¿Puedo quedarme con las recomendaciones de las guías clínicas?

-Si no recuerdo mal lo que recomienda la guía de práctica clínica hay que ver si es aplicable a personas concretas que están en un contexto concreto y entre otras cosas preguntarles a ellos qué es lo que quieren y ver si los beneficios son mayores que los inconvenientes y los costes sociales.

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

-Precisamente los tocapelotas han sido los que han hecho avanzar la ciencia históricamente.

De todos modos tengo mis dudas acerca de que todos los clínicos sean buenos o competentes científicos. Probablemente manejen más elementos extracientíficos que científicos en sus tomas de decisiones. Tampoco creo que la ciencia esté libre de ser algo con un componente ideológico y por tanto influida por causas materiales.

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

-Se supone que es bastante probable que las diferencias entre grupos sean debidas al azar, pero no significa nada más que no se ha demostrado que haya diferencias entre los grupos. Puede que la muestra no haya sido suficientemente grande, ¿no? Una cosa es la significación estadística y otra la significación clínica.

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

-Nada, en teoría, si sabes contextualizar esos discursos preparadísimos que nos lanzan (mientras nos dan un regalito insignificante de menos de diez euros) en que su “información” es el mensaje publicitario que da una empresa que quiere vender un producto. Pero como no solemos saber ser críticos y separar el grano de la paja; y además ser crítico supone un sobreesfuerzo y los representantes son tan simpáticos y aduladores y algunos hasta guapos, pues creo que es mejor buscar la información en otras fuentes.

¿Pueden tener los datos conflicto de intereses?

-Pueden y deben de tenerlos desde el punto de vista de la empresa que se gasta una pasta en llevar esos datos hasta tu puesto de trabajo en coches de media-alta gama con personal bien vestido y entrenado. Si no para qué tanto gasto, como el anuncio este que hay del agua embotellada, “si el agua es buena, es agua y para qué hacer tanta publicidad”.

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

-Sirven para legitimar la venta de unas moléculas que fabrica y empaqueta una empresa que suele tener intereses económicos muy concretos. Además seguro que otros abordajes “no moleculares” de los procesos que requieren atención sanitaria no son investigados mediante ensayos clínicos. Es la lucha de David contra Goliath, donde hay multinacionales con líneas concretas de investigación en fármacos apoyadas por millones de dólares frente a algunas universidades o grupos de científicos que investigan en otras líneas que no encuentran apenas financiación porque no son rentables para los laboratorios. Todo lo que no se pueda empaquetar y vender en las farmacias queda fuera del mercado y por tanto no se financia suficientemente. Podríamos decir que el “poder” se legitima a través de la “ciencia” y que esta última se vende por un módico precio. La gente de la calle cree que todo lo que recomiendan los científicos, y por extensión los médicos, es beneficioso y está pasado por el tamiz de la ciencia. Al igual que muchos creen que todo lo que diga la prensa es verdad. O que todo lo que dicen los padres es cierto... como que los reyes magos ...

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

-En teoría se deberían de investigar unos a otros (ser tocapelotas o crítico es bueno para la ciencia pero no para los mercados, ¿?) replicando las investigaciones y cuestionando los dogmas. Pero parece ser que, según Imre Lakatos, hay un anillo o cinturón protector que evita las falsaciones de los núcleos duros o dogmáticos de los programas de investigación científica. Hay una heurística negativa que impide o prohíbe (por dogma) la refutación del núcleo firme o duro del programa de investigación científico. Si un programa científico no puede dar solución a las anomalías empíricas que no puede predecir o explicar teóricamente, está en una etapa regresiva y, se reemplaza por otro programa rival (por ejemplo el positivismo de la biomedicina por otro paradigma más humanista). Yo creo que simplemente se ocultan las investigaciones, o no se financian, que pueden poner en evidencia que nuestro programa científico hegemónico no da respuesta a todos los problemas de salud de las personas. Yendo más allá se podría apuntar que nuestro programa científico hegemónico, el biomédico, es progresivo y tiene éxito en determinados abordajes moleculares y quirúrgicos pero es regresivo cuando intenta dar respuestas a las necesidades de salud de las personas que van más allá de lo meramente molecular o quirúrgico.

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

-Publica quien puede. Poder. Esa es la palabra clave. Para poder hay que tener poder, respaldo. En un contexto de mercado neoliberal son éstos los que en última instancia te financian... si hay expectativas de ganancias. Por eso no se investigan enfermedades del tercer mundo apenas y sí se investigan enfermedades del primer mundo...y mejor si son crónicas pues garantizan clientelas fieles durante años, ¿verdad? Y si no se inventan nuevas patologías y sus respectivos abordajes moleculares. Todo es susceptible de medicalización siempre que haya médicos y científicos que lo legitimen (ahí estamos nosotros). Aprovecho para decir que la ciencia es uno de tantos productos sociales.

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

-Que te paguen un congreso no es un acto ingenuo sino un acto de márketing comercial. En ciencias sociales se llevan muchos años estudiando el tema de la reciprocidad en culturas alejadas a la nuestra y el que tu entregues algo implica una deuda que establece lazos entre grupos e individuos. Tal vez el valor real no es tan importante como el simbólico. En las islas Tobriand el Kula es un circuito ceremonial de intercambio de collares o pulseras. Una buena relación de kula implica ciertas obligaciones mutuas, y los tobriandeses suelen decir “una vez en el Kula, siempre en el Kula”.

Un saludo,  
José Luis.



[Isa](#) | [26 octubre 2011 en 21:00](#)

Gracias por el comentario José Luis. Con un poco de suerte alguien tiene algo que objetar para continuar con el debate. Ya sabemos que casi todo es objetivable y, por supuesto, objetable.

Un regalo en relación a su contestación a la pregunta de si los ensayos clínicos son hacer ciencia aquí: <http://www.bmj.com/content/327/7429/1459.full.pdf>

Salud!