

## La relación con la industria farmacéutica: una cuestión ética de alta prevalencia en medicina de familia

R. Altisent

### ▶▶ LECTURA RÁPIDA

▼ Los desafíos éticos que nos plantea la relación con la industria farmacéutica no son teóricos ni distantes.

▼ Está en juego un elemento decisivo para la atención médica como es la confianza hacia la independencia de los médicos.

▼ Un médico de familia que pueda ser objeto de sospecha en la imparcialidad de su prescripción recibe un impacto en la línea de flotación de su actividad profesional: la relación de lealtad y confianza.

▼ La ética de la prescripción es el núcleo duro de este asunto.

▼ El concepto actualizado de libertad de prescripción, que no tiene nada que ver con la discrecionalidad, sino que supone elegir, entre las intervenciones posibles, la que más conviene al paciente en su contexto. ▶

A veces se afirma, con parte de razón, que la bioética se mueve en un mundo de teorías o de cuestiones distantes del día a día y de lo que puede preocupar a un médico de familia en su actividad asistencial. Vamos a dedicar esta reflexión a desmentir tal idea, porque los desafíos éticos que nos plantea la relación con la industria farmacéutica (IF) no son teóricos ni distantes. Se trata de cuestiones reales y prácticas que todos los médicos nos hemos planteado, tan cercanas como que cada día firmamos docenas y docenas de recetas, movilizándolo enormes presupuestos, que hacen temblar las arcas del sistema sanitario.

En el escenario que hoy ofrece la sanidad a la sociedad está en juego un elemento decisivo para la atención médica como es la confianza hacia la independencia de los médicos. Alguien puede decir que ésta es una consideración exagerada y que la población confía en sus médicos. Pero hay algunos síntomas de alarma, que son noticia en los medios de comunicación, y van calando los comentarios acerca de la relación de los médicos con respecto a las empresas de la IF (viajes, congresos, regalos, etc.). Un síntoma de que la situación es delicada está representado en la actitud de algunos

sectores de jóvenes médicos residentes, cuando ya dan por hecho que lo lógico es pedir y recibir de la IF, sin apenas sentido crítico sobre la moralidad de las contrapartidas o de la dependencia y la debilidad que se puede generar en su criterio científico.

En el ámbito de la función pública la sensibilidad social es afortunadamente cada vez más exigente a la hora de juzgar las relaciones de los funcionarios y cargos públicos con los suministradores, en la adjudicación de contratos, etc. En el caso de los médicos el problema no sería tanto que se puedan denunciar conductas inmorales, que siempre serían puntuales, como las consecuencias sobre la confianza social en la relación médico-paciente.

Es evidente que nos enfrentamos a una cuestión que para nosotros tiene un enorme significado, porque un médico de familia que pueda ser objeto de sospecha en la imparcialidad de su prescripción recibe un impacto en la línea de flotación de su actividad profesional: la relación de lealtad y confianza. Y es que sin confianza la medicina se convierte en un campo de minas donde todos podemos salir muy dañados, pero sobre todo la parte más débil, que suele ser el paciente. Por ello, el sentido de esta reflexión no se dirige tanto a lo que es actualmente la lógica preocupación de la administración sanitaria, el desbordamiento presupuestario de la farmacia, sino hacia lo que constituye la médula de la relación clínica: la confianza.

La ética de la prescripción es el núcleo duro de este asunto. En una declaración de la Comisión Central de Deontología de la Organización Médica Colegial (OMC) de 1998 sobre «Libertad de Prescripción» se afirma: «El principal compromiso ético del médico consiste en prestar a sus pacientes, y con el consentimiento de éstos, el mejor servicio de que sea capaz, tal como dictan la ética profesional y el buen juicio clínico». Esto incluye y exige actuar con la respon-

Coordinador del Grupo de Bioética de la semFYC.  
Director del Instituto de Bioética y Ciencias de la Salud. Centro de Salud Actur Sur. Servicio Aragonés de Salud. Zaragoza. España.

Correspondencia:  
Rogelio Altisent.  
Centro de Salud Actur Sur.  
Zaragoza. España.  
Correo electrónico: altisent@posta.unizar.es

Este texto reproduce parcialmente la ponencia presentada el 1 de julio de 2002 en la Mesa inaugural de la VII Escuela de Verano de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. San Javier (Murcia).

Manuscrito recibido el 24 de febrero de 2003.  
Manuscrito aceptado para su publicación el 24 de febrero de 2003.

sabilidad que viene de la mano de la libertad de prescripción, pero, claro está, de acuerdo con un concepto actualizado de libertad de prescripción, que no tiene nada que ver con la discrecionalidad, sino que supone elegir, entre las intervenciones posibles, la que más conviene al paciente en su contexto: *a)* tras haber sopesado su validez, utilidad y eficacia; *b)* atendiendo a criterios de seguridad; *c)* seleccionando la opción más idónea y adecuada a la circunstancia clínica concreta; *d)* habiendo obtenido del paciente el necesario consentimiento, y *e)* teniendo en cuenta los aspectos económicos de las decisiones.

Este último punto ha adquirido un especial protagonismo en las pasadas décadas por la preocupación que genera a los gobiernos la factura de farmacia. Lo cual es un aspecto importante de la ética de la prescripción, tal como recuerda también un documento de la Comisión Central de la OMC: «La libertad de prescripción implica también tener en cuenta los aspectos económicos de las decisiones médicas. Hay un deber deontológico de prescribir con responsabilidad y moderación. El médico no puede olvidar que los recursos con que se pagan sus prescripciones no son suyos... El médico está por ello particularmente obligado a prescribir con racionalidad y buen sentido económico. Ello excluye la prescripción de precio más elevado cuando su eficacia es idéntica a la de otros de coste inferior...».

Lo dicho anteriormente en relación con la correcta indicación de un tratamiento farmacológico lo podríamos clasificar dentro del principio de beneficencia: el mejor plan terapéutico disponible, lo que de algún modo ya incluye la contraindicación que se relacionaría con el principio de no-maleficencia.

El principio de autonomía en este caso estaría relacionado con la información que se debe proporcionar al paciente con el objeto de obtener un consentimiento válido. Esta información, y la deliberación conjunta con el paciente, en ocasiones puede influir en la prescripción final, que será seleccionada entre varias posibles indicaciones, todas ellas potencialmente correctas.

La información es un elemento fundamental para la validez del consentimiento, pero es evidente que el médico de familia no es el único responsable en este punto. Actual-

mente, los medios de comunicación desempeñan un papel de enorme influencia que hemos de tener en cuenta, sobre todo en la medida en que el ciudadano pueda ser objeto de manipulación o desinformación (basta pensar en algunas supuestas campañas de educación sanitaria, dirigidas por intereses comerciales que empujan a solicitar determinados medicamentos). Sería muy simple pensar que acceder a los deseos del paciente, directamente, sin más consideraciones, supone respetar su autonomía. En este terreno las sociedades científicas deberían asumir una mayor responsabilidad social evitando dar soporte a campañas con evidentes intereses comerciales, e incluso saliendo al paso ante la opinión pública cuando se difunden ideas o recomendaciones sin el suficiente fundamento científico. Otro capítulo de enorme interés, que merece ser mencionado, es la perspectiva de la equidad a la hora de analizar la financiación de determinados fármacos, considerando el coste-oportunidad. Un ejemplo bien conocido: los contratos programa castigan la prescripción a fármacos de nulo o bajo valor intrínseco; pero, ¿por qué no se les retira la financiación pública?; ¿por qué no se retiran aquellos vasodilatadores cerebrales que no han demostrado su eficacia y a cambio se financian, por ejemplo, prótesis dentales para los ancianos sin recursos? El principio de beneficencia obliga a manejar las evidencias científicas disponibles, esto es, una adecuada información, tanto en su rigor científico como en su actualidad. Aquí es donde la IF puede justificar el despliegue informativo y comercial que realiza de diferentes modos. De entre los medios que utiliza la IF para transmitir información a los médicos (tabla 1) la «visita médica» y «las atenciones comerciales» constituyen actualmente un área de especial sensibilidad que se está sometiendo a debate.

Existen razones de peso que justifican una reforma de la «visita médica» y la conclusión se puede deducir con claridad a partir de algunas premisas sencillas e intuitivas: *a)* la dignidad de los visitantes (trabajo realizado de pie, en los pasillos, con las carteras en la mano o por los suelos, con largas esperas llenas de incertidumbre...); *b)* la dignidad de los médicos. Lo habitual es que sean objeto de estrategias comerciales de

▶▶ LECTURA RÁPIDA

▼ La consideración de los aspectos económicos ha adquirido un especial protagonismo en las pasadas décadas por la preocupación que genera a los gobiernos la factura de farmacia.

▼ El principio de autonomía en este caso estaría relacionado con la información que se debe proporcionar al paciente con el objeto de obtener un consentimiento válido.

▼ El médico de familia no es el único responsable en este punto. Actualmente, los medios de comunicación desempeñan un papel de enorme influencia.

▼ Otro capítulo de enorme interés es la perspectiva de la equidad a la hora de analizar la financiación de determinados fármacos, considerando el coste-oportunidad.

▼ Existen razones de peso que justifican una reforma de la «visita médica»: la dignidad de los visitantes, la dignidad de los médicos, la imagen social y los criterios de eficiencia.



## ▶▶ LECTURA RÁPIDA

▼ Este análisis no tiene que significar necesariamente un rechazo conceptual de la visita médica, que puede tener un valor objetivo en la llamada transferencia tecnológica y en la formación continuada.

▼ Una atención comercial puede ser una muestra de hospitalidad, de amistad o de gratitud. La clave es definir cuándo disfraza un soborno. Para ello, se recurre a dos criterios: *a)* la mesura y la proporcionalidad, y *b)* el respeto a la independencia en la toma de decisiones.

▼ La industria farmacéutica está financiando la formación continuada de los médicos y las administraciones sanitarias aceptan este estatus.

▼ La promoción de medicamentos puede ser una estrategia noble en su propia naturaleza.

▼ Hay un conflicto con tres salidas políticas: *a)* no hacer nada; *b)* la revolución, y *c)* la vía de las reformas.

**TABLA  
1**

Anuncios en publicaciones médicas (soporte papel o electrónico)
Publicidad por correo
Visita médica tradicional (información verbal personalizada) con soporte de material publicitario y/o regalos
Reuniones de información científica sobre un nuevo fármaco, en el contexto de un ágape o de un congreso
Promoción y patrocinio de reuniones científicas donde se procura informar positivamente de determinados medicamentos

«martilleo», con escaso contenido informativo de novedades o de interés objetivo para la práctica clínica. Un reciente estudio realizado en Zaragoza señala que el principal factor por el que el médico de familia recibe al visitador es la relación humana, lo cual es consistente con la hipótesis de que la visita médica es de bajo perfil científico. Es decir, el médico no recibe al visitador porque le aporte información relevante, sino por respeto hacia su persona; *c)* imagen social de la «visita médica». Los pacientes observan y a veces comentan la llamativa imagen de un médico que entra o sale de la consulta con un balón de playa, un paraguas, varias cajitas, rotuladores y objetos de colores llamativos. No se puede decir que sea malévolo el pensamiento de aquel paciente que en la sala de espera se pregunta si el fármaco que se le va a recetar a continuación tiene algo que ver con todos los cachivaches que están repartiendo ese día los visitadores en la entrada del centro de salud, y *d)* criterios de eficiencia. Se ha calculado que un médico dedica más de 7 jornadas laborables completas al año a atender la visita médica. Es obligatorio preguntarse si el contenido que se está dando a este tiempo puede ser más eficiente para la calidad asistencial y, en definitiva, para los pacientes. Este análisis no tiene que significar necesariamente un rechazo conceptual de la visita médica, que puede tener un valor objetivo en la llamada transferencia tecnológica y en la formación continuada.

En cuanto a las atenciones comerciales y los regalos hay que tener en cuenta los usos sociales. En algunos países de Asia y África hay regalos que están impuestos por las costumbres locales: el regalo como tarjeta de visita para no ser considerado como extraño, el regalo como donativo por un trato cerrado, necesario para hacer nuevos tratos, el intercambio de regalos. En Japón los presupuestos dedicados a atenciones comerciales son muy altos. En cambio, en Occidente se

tiende a ser muy estricto en los gastos dedicados a los clientes. Una atención comercial puede ser una muestra de hospitalidad, de amistad o de gratitud. La clave es definir cuándo disfraza un soborno. Para ello, se recurre a dos criterios: *a)* la mesura y la proporcionalidad, y *b)* el respeto a la independencia en la toma de decisiones para seleccionar el mejor producto.

Es curiosa la mentalidad de nuestra profesión: cuando se les pregunta a estudiantes de medicina sobre su opinión acerca de los políticos que aceptan regalos la mayoría los cataloga como corruptos; cuando son médicos quienes reciben regalos, la mayoría no ve ningún inconveniente. Por otro lado, cuando a los médicos se les pregunta al respecto afirman mayoritariamente que no se dejan influir por las atenciones de la IF independientemente de su valor.

Este esbozo de análisis ético puede ayudar a clarificar algunas dudas, o quizá plantear otras nuevas, pero siempre será saludable hacer autocrítica a nivel individual y, sobre todo, institucional, que es donde se debe liderar la cuestión. Está claro que el análisis bioético sólo puede hacer el diagnóstico de la situación, porque la terapia es harina de otro costal, que se sitúa en la órbita de la biopolítica.

A nadie se le escapan algunos hechos tozudos:

- La industria farmacéutica está financiando la formación continuada de los médicos y las administraciones sanitarias aceptan este estatus.
- La industria farmacéutica está financiando gran parte de la investigación.
- Vivimos en una sociedad de mercado con un juego legítimo de competencia.
- La promoción de medicamentos puede ser una estrategia noble en su propia naturaleza.
- La industria farmacéutica es un sector productivo de gran importancia estratégica, con

una red de ventas apoyada en una cantidad muy considerable de puestos de trabajo.

Considero que hay un conflicto con tres salidas políticas: *a)* no hacer nada; *b)* la revolución, y *c)* la vía de las reformas. He argumentado que no podemos mantener la actual situación y, por otro lado, un planteamiento radical que prohíba la visita médica, por ejemplo, comportaría unos riesgos desproporcionados fáciles de imaginar.

Entiendo que se deben emprender reformas con prudencia pero con energía, y que la iniciativa la debemos tomar los médicos, a través de nuestras organizaciones. Hemos de reconocer que hemos pecado de omisión y pasividad, empezando por el Ministerio de Sanidad y los colegios de médicos. En mi opinión, el discurso de culpabilizar a la IF puede ser injusto, pero sobre todo inútil y no exento de efectos secundarios.

Hay que decidirse a alcanzar un pacto para dar un impulso ético capaz de cambiar las cosas, reuniendo a los agentes implicados, pero con sinceridad, porque los códigos sin voluntad sirven para poco. Pensemos, por ejemplo, para qué ha servido la actual legislación (Real Decreto 1.416/94, que regula la publicidad de los medicamentos de uso humano y establece las condiciones de los incentivos y el patrocinio de reuniones científicas, artículos 17 y 18), cuando hasta ahora no ha habido decisión por parte de las autoridades para que se cumpla la norma.

Sugiero, para terminar, una serie de compromisos que podrían componer este pacto entre los agentes implicados en la prescripción (médicos, administración sanitaria e industria farmacéutica):

– Estimular una nueva cultura de relación entre el médico del Sistema Nacional de Salud y la industria farmacéutica basada en la transparencia.

– Reformar el actual modelo de visita médica con un plan progresivo, planificado y pactado que respete al máximo los puestos de trabajo, pero que garantice el valor añadido del tiempo invertido, en un clima de dignidad para ambas partes.

– Promover un cambio de actitudes hacia esta relación entre los médicos jóvenes en formación (hemos de evitar que cristalicen determinadas pautas de contraprestaciones que se dan por buenas sin análisis crítico).

– Incentivar la transparencia en esta relación mediante registros de colaboración en los centros sanitarios, adoptados voluntariamente, tanto por los médicos como por las compañías farmacéuticas.

Son 4 objetivos que se pueden abordar con medidas realistas a corto plazo y que no pretenden vencer a nadie, sino convencer y promover la idea de que merece la pena avanzar en la tarea común de trabajar por la salud de la sociedad con el marco de unas relaciones profesionales que aspiran a la excelencia moral.

▶▶ LECTURA RÁPIDA



El discurso de culpabilizar a la IF puede ser injusto, pero sobre todo inútil y no exento de efectos secundarios.



Estimular una nueva cultura de relación entre el médico del Sistema Nacional de Salud y la industria farmacéutica basada en la transparencia.



Reformar el actual modelo de visita médica con un plan progresivo, planificado y pactado.



Promover un cambio de actitudes hacia esta relación entre los médicos jóvenes en formación.



Incentivar la transparencia en esta relación mediante registros de colaboración en los centros sanitarios.

