

DEBATES E INFORMES

El psiquiatra y sus circunstancias en el nuevo mercado del psicofármaco

La potente irrupción del nuevo mercado de psicofármacos es una de las circunstancias que más están afectando a la actividad profesional de los psiquiatras en los últimos años. Y no tanto por su impacto directo sobre la actividad clínica como por su fuerte influencia en la información y formación que se nos ofrece, y en la vida socio-profesional en su conjunto.

Durante décadas apenas hubo novedades farmacológicas, y en la mayor parte de las ocasiones la relación con la industria farmacéutica fue muy tenue. También hasta hace muy pocos años las posibilidades de formación continuada en los servicios públicos brillaban por su ausencia, y tanto la formación continuada como la asistencia a congresos u otras actividades científicas se organizaban por cauces prácticamente ajenos a la industria farmacéutica. Probablemente sólo los entonces infrecuentes ensayos clínicos y una escasa investigación psicobiológica eran los ámbitos de una mayor influencia de la industria sobre la actividad de pocos psiquiatras.

Pero en los últimos años, de forma progresiva, coincidiendo con la comercialización de numerosos nuevos psicofármacos –con crecimiento exponencial de los precios de facturación– y la recobrada preeminencia internacional de la psiquiatría biológica, ha cambiado radicalmente el panorama. A día de hoy las relaciones de los psiquiatras con la industria son tan fuertes como controvertidas sus consecuencias. Depende de cómo se mire:

Desde el lado estrictamente científico da cuenta de la pujanza de la investigación psicofarmacológica, con interesantes aportaciones al arsenal terapéutico, y por tanto con beneficios potenciales para muchos pacientes. Para el psiquiatra clínico suponen nuevas oportunidades de intervención terapéutica, y nuevas dificultades en la prescripción si quiere hacerla con criterios de eficacia y eficiencia, con la consiguiente exigencia de actualizar la información en este área. A este nivel parecería darse una confluencia de intereses primarios de los pacientes y los psiquiatras con los de la industria.

Ahora bien, más allá de esta confluencia básica de intereses primarios, pronto se adivinan otros intereses acabalgados con ellos que finalmente afectarán seriamente la actividad profesional del psiquiatra, y de rebote al resto del equipo. A esto voy a referirme, a esbozar lo que globalmente creo que podemos llamar «efectos secundarios de los psicofármacos sobre psiquiatras, equipos y servicios».

Lo más visible quizás son ciertos cambios en las actividades del psiquiatra y en los equipos. Así, por ejemplo, la imagen del delegado visitador es ya una imagen familiar en la mayoría de los equipos. Es frecuente que el psiquiatra dedique más de una hora semanal a atender a los delegados de laboratorios (información de sus productos, recepción de obsequios, ya sean libros, calendarios, invitación a actividades formativas diversas generalmente adreza-

das con comida u otros actos sociales, cuando no gestionando su solicitud de inscripción a algún que otro congreso). También la mayor parte de los psiquiatras reconoce que en el último año más de la mitad de los libros adquiridos proceden de obsequios de los delegados, y que merced a su patronazgo han podido acudir a muy diversos cursos, seminarios, jornadas y congresos. A su vez muchos colegas reconocen que gracias a la buena disposición de los delegados han podido visitar recientemente diversas ciudades europeas o de otras latitudes, cuando no el haber modernizado sus dispositivos informáticos, o mejorado su dominio del inglés. Y si trasladamos el foco de observación a las asociaciones científicas, aún reconociendo importantes diferencias en la intensidad del apoyo recibido, lo cierto es que una buena parte de las jornadas y congresos habituales no podrían celebrarse de no contar con el apoyo financiero de la industria farmacéutica. Desde luego sería impensable la frenética actividad formativo/congresual que desde un tiempo a esta parte nos invade.

Mientras tanto, los máximos responsables de nuestro Sistema Nacional de Salud nos alarman a diario con la desorbitada factura farmacéutica que amenaza la propia supervivencia del SNS (es un problema a nivel mundial: los costos de la tecnología de diagnóstico y tratamientos crecen más deprisa que los presupuestos para la salud), los gerentes se las ven y se las desean para encontrar fórmulas que incentiven la restricción del gasto (¿bastaría el poder garantizar el uso racional del psicofármaco, siguiendo las recomendaciones de la OMS, por ejemplo?), los psiquiatras tienen serios apuros para prescribir con criterios rigurosos (nuevos aprendizajes precisos: prescribir según criterios racionales de uso de psi-

cofármacos y no sucumbir a las potentes persuasiones del mercado; y además, ¿a quién reconocer la autoridad/credibilidad suficiente sobre la información evaluada de la eficacia y eficiencia de los nuevos productos?), no faltan estudios que muestran una relación directa entre la mala calidad de las prescripciones y la intensidad de la actividad promocional de los fármacos (1, 2), y en el imaginario de los ciudadanos (y de los profesionales) se instala el fármaco como remedio/lubricante de todo malestar, insatisfacción o síntoma del esfuerzo de vivir (3).

La relación entre los psiquiatras y la industria se da en varias dimensiones, y de cada una de ellas se derivan a mi juicio distintos efectos; algunos no deben ser muy distintos de los que se dan con el resto de los médicos. En nuestro caso es más llamativo por la novedad e intensidad de la relación, y muy especialmente por su potencial influencia para modificar sustancialmente la perspectiva teórica y clínica con que los psiquiatras podemos acercarnos al acontecer psicopatológico, a la enfermedad y a los pacientes. La indisoluble relación entre lo ético y lo clínico es, en nuestro caso, de carácter esencial.

Como en el resto de la medicina, la industria es la principal promotora de la investigación farmacológica y la principal fuente de información a ese respecto. La industria fabrica nuevos fármacos e información acerca de los mismos. También se ocupa de evaluar la información disponible y divulgarla con fines promocionales. Indudablemente, está interesada en contribuir al progreso científico y al bienestar de los pacientes, pero cada empresa se siente obligada a ocupar la mayor cota de mercado a su alcance y a rentabilizar lo más rápidamente posible las fuertes inversiones de

sus accionistas. No cabe duda que el interés primario exigible (el bienestar de los pacientes) puede entrar en liza con otros intereses bien fuertes. Los médicos somos la diana de sus persuasiones, y al margen de nuestra voluntad de rigor no debemos ser totalmente impermeables a los efectos de la propaganda cuando a ello dedican cuantiosos gastos (en torno a 1,5 millones de pesetas por año y médico en EE.UU. (4), y una cantidad estimada algo inferior en España). Por lo tanto, no deja de ser arriesgado confiar el peso de la difusión de la información a la industria, como así está sucediendo en España.

No menos importante en cuanto a efectos de esta nueva relación entre los psiquiatras y la industria es la dimensión patrocinador-patrocinado, con consecuencias en la formación, la investigación y en la provisión de incentivos. Ante la práctica renuncia a ocupar el campo de la formación continuada por parte de las administraciones sanitarias públicas (salvo honrosas excepciones), la industria se está convirtiendo en el principal protagonista. Y otro tanto puede decirse de su papel como fuente de incentivos, de todo tipo de incentivos externos, tanto de los que pudieran parecer más apropiados (congresos, reuniones científicas), como de los de mayor dudosa justificación (regalos, viajes, múltiples actividades lúdico-festivas coincidiendo con los congresos, o al margen de ellos...). Aún siendo de todos conocido, me importa señalarlo no sólo por sus implicaciones éticas (qué duda cabe que, sin pretenderlo, nos vemos así privados de la necesaria neutralidad a la hora de la prescripción de fármacos, y que difícilmente podremos sentirnos indiferentes ante quien nos agasaja), sino también por el papel de «buenos patronos» que de este modo adquiere res-

pecto a nosotros (y no ya en la relación individual, sino como colectivo profesional); lo que nuestra empresa del servicio público olvida, la industria nos lo proporciona amablemente. En mi opinión se está produciendo un desplazamiento del vínculo profesional desde los servicios públicos hacia la industria farmacéutica, que podrá tener muy serias repercusiones futuras además de las que puedan ser ya evidentes a día de hoy (5, 6, 7).

Es fácil advertir que la industria farmacéutica se ocupa de los psiquiatras como al parecer las buenas empresas lo hacen de sus buenos empleados y de sus buenos clientes. El psiquiatra no es empleado ni es cliente, pero juega un papel importante en la transacción comercial: sus prescripciones condicionan el gasto público, el beneficio de las empresas farmacéuticas y afectan a la salud de la población. Baste por el momento dejar clara constancia del hecho de la frecuente y generalizada colaboración de los clínicos con los intereses de la industria, y la consiguiente necesidad de un debate en torno a los términos en que, de considerarse necesaria, debiera establecerse esta relación. En estos momentos, la falta de transparencia y la ausencia de códigos de relación suficientemente claros, públicamente conocidos y genéricamente aceptados es la regla.

El desarraigo de los médicos respecto al SNS se acentúa al confiar los incentivos en agentes externos (8); la frustración, o pérdida de identidad profesional de los médicos en el sistema público (9, 10) es un excelente caldo de cultivo para que el profesional desvíe la atención hacia patronos más complacientes, más gratificadores. De afianzarse este desplazamiento, diluyéndose el sentimiento de pertenencia a un servicio público, el conflicto de lealtades está

servido, y sus soluciones no serán muy fáciles. Tampoco podemos olvidar los efectos sobre el resto del equipo (otros profesionales observan con estupor o recelo estos incentivos), que dan ocasión a fracturas que alimentan serias disfunciones en los equipos.

¿Qué hacer?

Quizás lo primero que convenga tener en cuenta es la complejidad de la situación descrita, al estar determinada por la conjunción de factores bien diversos. Conviene evitar por tanto visiones simplistas.

A veces la primera respuesta tiende a ser trasladar la responsabilidad a la Administración o a la necesidad de generar normas más estrictas. No creo que sea lo más pertinentes; existe una regulación normativa perfectible pero más que suficiente que está siendo constantemente ignorada por todos (la industria, los psiquiatras y la Administración). En mi opinión, sin negar la responsabilidad de las administraciones públicas, el primer paso debiéramos darlo los propios profesionales. Lo haremos en la medida en que nos interese recuperar nuestra autoestima y mantener la necesaria distancia con los valores y requisitos del mercado; en la medida en que mantengamos nuestra elección básica como clínicos: la relación con los pacientes como referente prioritario de toda ética de la intervención profesional.

En tanto el Servicio Nacional de Salud, en sus distintas versiones, no asuma responsabilidades claras en la formación continuada y en el apoyo a actividades científicas, jornadas y congresos incluidos (al menos en lo que tienen de ámbitos de trabajo, de debate), parece previsible que la industria farmacéutica seguirá manteniendo el cuasimonopolio del patronazgo (11, 12). Y, a juzgar por resultados de estudios

iniciados en otros países, la propia industria puede estar interesada en reconducir la actual relación hacia parámetros más razonables (no olvidemos que también la industria puede estar siendo objeto de extorsiones más o menos sutiles desde grupos profesionales poderosos (13). Así lo demuestra por ejemplo un estudio realizado en Canadá (citado por Figueras *et al* (2)), que pone en evidencia que en torno a la mitad de las empresas aceptarían una autorregulación de la propaganda y una aceptación de «códigos de buena práctica» en su relación con los médicos, aunque una minoría lo rechazaban de plano.

Lo cierto es que no podemos mantenernos indiferentes ante el creciente deterioro de nuestra autonomía y de nuestra ética como clínicos. La AEN debe asumir la iniciativa de estimular el debate, que en mi opinión debiera conducir, en primer lugar a un «código ético» o «código de buena práctica» que pudiera ser asumido por el conjunto de la AEN y ser aplicado en las relaciones que los miembros de la AEN, y la asociación como conjunto mantengamos con la industria. Para proponerlo después a debate con el resto de los implicados (la propia industria, las administraciones sanitarias, y las asociaciones de consumidores, pacientes o familiares). Las páginas de esta *Revista*, las frecuentes ocasiones de encuentro a través sobre todo de las asociaciones autonómicas, y las próximas Jornadas de Bilbao pueden ser excelentes oportunidades para iniciarlo.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) AVOM, J.; CHEN, M.; HARTLEY, R., «Scientific versus commercial sources of influence on the prescribing behaviour of physicians», *Am. J. Med.*, 1982, 73, pp. 4-8.
- (2) FIGUEIRAS, A.; CAAMAÑO, F.; GESTAL OTERO, J. J., «Incentivos de la industria farmacéutica a los médicos: problemas éticos, límites y alternativas», *Gac. Sanit.*, 1997, 11, pp. 297-300.
- (3) JAEGER, M., «La médicalisation de 'la peine de vivre': Les mutations du discours critique», *L'information psychiatrique*, 1997, 6, pp. 563-572.
- (4) HODGES, B., «Interactions with the pharmaceutical industry: experiences and attitudes of psychiatry residents, interns and clerks», *Can. med. Assoc.*, 1995, 153, pp. 553-558.
- (5) FERNÁNDEZ LIRIA, A., «La nueva desmedicalización de la psiquiatría», *Psiquiatría Pública*, 1998, 10, pp. 9-10.
- (6) LAMAS, S., «Uno de los nuestros», *SISO SAUDE*, 1997, 30, pp. 99-100.
- (7) LAMAS, S., «¿Dónde está Curro?», *SISO SAUDE*, 1997, 30, p. 100.
- (8) ELOLA, S., «El gasto sanitario», en ELOLA, J. (ed.), *El Sistema Nacional de Salud: evaluación de su eficiencia y alternativas de reforma*, Barcelona, SG Editores, 1994.
- (9) GERVÁS, J. J.; HERNÁNDEZ MONSALVE, M., «Sobre el estado de ánimo de los médicos, etiología de la enfermedad de Tomás», *Prof. med.*, 1989, 1677, p. 6.
- (10) GERVÁS, J. J.; HERNÁNDEZ MONSALVE, M., «La autoestima de los médicos y la reforma sanitaria», *Med. Clin. (Barc.)*, 1994, 103, pp. 421-422.
- (11) OLALLA, J. F.; GERVÁS, J. J., «Relaciones entre la industria farmacéutica y los profesionales sanitarios», *Gac. San.*, 1989, 11, pp. 389-391.
- (12) CAMÍ, J., «Conflicto de intereses e investigación clínica», *Med. Clin. (Barc.)*, 1995, 105, pp. 174-179.
- (13) CATALÁ, M. A., «Cuando nos presentan otro medicamento», *Boletín de Información farmacoterapéutica*, 1994, 4, pp. 1-4.
- (14) SWEET, M., «Healthy profits: an overview of promotion in Australia, Part 3», *MaLAM*, 1997, 15, pp. 1-4.

* Mariano Hernández Monsalve. Psiquiatra. Presidente de la A.E.N.
Correspondencia: C/ Luna, 1, 28911, Leganés (Madrid).

** Fecha de recepción: 2-VII-1998.