

Dicho esto, si la pregunta es: ¿debemos levantar la voz?, espero que la respuesta esté contestada.

X. Orpella i Garcia

Unitat de Salut Laboral del Barcelonès Nord i Maresme. Barcelona. España.

1. De Lorenzo-Cáceres Ascanio A. Historias de empresa. ¿Debemos levantar la voz? Aten Primaria. 2005;35:167.
1. Third European Survey On Working Conditions, 2000. Luxemburg: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions; 2001.

El gasto farmacéutico no sólo depende de la industria farmacéutica

Sr. Director: Actualmente se debate la relación que los médicos tenemos con la industria farmacéutica (IF). El motivo principal de esta discusión es el excesivo gasto farmacéutico, pero hay más factores que intervienen en éste. Los detallamos y proponemos soluciones.

Por lo que respecta a la IF, su influencia es indiscutible a pesar de que intentemos negarlo¹. Dado que es imposible hacer que desaparezca, tenemos que buscar fórmulas mediante las que llegar a una simbiosis. La promoción agresiva e indiscriminada de sus productos es indeseable, y su publicidad no es fuente de información fidedigna. Se debería examinar minuciosamente toda la publicidad farmacéutica y exigir que cumpliera unos mínimos. Se deben reclamar unos códigos de ética que rijan el comportamiento médico-IF. Por último, todos los estudios que se comienzan deben estar registrados y sus resultados (a favor o en contra) han de salir siempre a la luz.

En cuanto a la Administración sanitaria, sigue permitiendo que aparezcan nuevos productos irrelevantes que nos añaden un nuevo delegado en busca de su hueco entre

el resto. Si no aportan nada, que no se financien². En lo relativo a los genéricos, si el argumento para defenderlos es su precio, ¿por qué no podemos prescribir una marca «de fantasía» que es más barata que algunos genéricos? Por otro lado, si se legaliza en España la publicidad de fármacos directamente al público, se incrementará la presión al médico, esta vez directamente desde el paciente. Estamos desamparados ante los mil trucos que presenta la industria con sus estudios para confundirnos³ y que cada delegado usa a su favor. Debería existir un profesional especializado (de la Administración sanitaria) que visitara de manera regular cada centro de salud para ayudarnos a digerirlos. Por último, si se sabe que la prescripción inducida puede llegar a más del 40%⁴, ¿por qué no se intenta «educar» a la atención especializada? ¿Sabemos los «compañeros del hospital» qué es un genérico⁵? Por lo menos, que receten en denominación común internacional. Es posible que esta situación cambie con la Gerencia Única (primaria y especializada).

Por lo que respecta a las sociedades científicas, cabe señalar la doble moral de sociedades que organizan congresos y cursos patrocinados por la industria y luego los vilipendian frente a nosotros. Si fuésemos puristas, los congresos y sociedades deberían sobrevivir de lo que nosotros, sus socios, les aportamos. Por otro lado, no hay coordinación entre las distintas sociedades científicas, incluso dentro del mismo país. Sólo con preguntarnos: «¿Qué tabla de riesgo cardiovascular debo seguir?», o «¿Cuándo comenzar a tratar la osteoporosis?»⁶, podemos decidir medidas opuestas con muy distintos gastos. Esperamos que, cuando se reúnan, tengan en cuenta no sólo la efectividad de una medida, sino también su eficiencia. Finalmente, la medicalización de todo proceso fisiológico también nos lleva a tratar cosas que hace algunos años eran «lo normal». Esto es culpa tanto de los laboratorios como de las sociedades científicas que los avalan.

Por lo que se refiere a los pacientes, desde ahora no sólo son pacientes, sino también usuarios, clientes que tienen su poder de decisión («*pa' eso pago*»). Si no quiere un genérico, ¿debo imponérselo? Por otro lado, si hablamos de prescripción racional, ¿qué hay del uso racional del medicamento por parte de los pacientes? Realizar educa-

ción para la salud requiere más tiempo en consulta (Plataforma 10 Minutos).

Por último, por lo que respecta a los médicos, siempre nos dijeron que la medicina es ciencia y a la vez arte. Se les olvidó hablarnos de la tercera parte: es un suculeto negocio, que acarrea grandes presiones que no hemos sabido afrontar. La desmotivación de los profesionales requiere otras fórmulas para incentivarlos que no sean las económicas (días de docencia con suplente, rotaciones, cursos, etc.).

En conclusión, no somos paladines de la IF, pero creemos que acotar el problema del gasto farmacéutico sólo a ella y limitar su solución a prohibir la promoción de los fármacos no conseguirá más que dar una dentellada al problema.

S. Machín Hamalainen^a,
M.A. Gómez Medina^b, Z. Quintela
González^a y J. Salgado Ramos^c

^aCentro de Salud. El Espinillo. Área 11 de Madrid. Madrid. España. ^bCentro de Salud. Delicias. Área 11 de Madrid. Madrid. España. ^cCentro de Salud. San Fermín. Área 11 de Madrid. Madrid. España.

1. Grup d'Ètica de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (SCMFic). La ética en la relación con la industria farmacéutica. Encuesta de opinión a médicos de familia en Cataluña. Aten Primaria. 2004;34:6-12.
2. Altisent R. Algo se está moviendo. Aten Primaria. 2004;34:13-4.
3. Sackett DL, Oxman AD. HARLOT plc. HARLOT plc: an amalgamation of the world's two oldest professions. BMJ. 2003;327:1442-5.
4. Fernández Liz E, Rodríguez Cumplido D, Diogene Fadini E. Prescripción inducida a médicos de atención primaria procedente del hospital de referencia, Hospital Universitari Vall d'Hebron. Aten Primaria. 2004;33:118-23.
5. Tornero Estébanez C, Quintana Gallego E, Lull Sala JA, Pérez Castillo I, Sintes Marco M, Soler Company E. Especialidades farmacéuticas genéricas en un hospital comarcal. Impacto de dos estrategias de intervención. An Med Interna. 2004;21:540-2.
6. Bailón Muñoz E, Del Cura González I, Gutiérrez Teira B, Landa Goñi J, López García-Franco A, Blasco Lobo A. El consenso que no pudo ser. Aten Primaria. 2002;30:341-2.

Palabras clave: Industria farmacéutica. Gasto sanitario. Soluciones.