



EDITORIAL

Medicamentos que matan y crimen organizado**Drugs that kill and organized crime**

Carles Llor



Médico de Familia, Universidad Rovira i Virgili, Centro de Atención Primaria Jaume I, Tarragona, España

Disponible en Internet el 18 de febrero de 2014

El título de este editorial hace referencia al último libro escrito por el danés Peter C. Gøtzsche, uno de los libros más impactantes publicados sobre cómo corrompen las compañías farmacéuticas a médicos, academias, sociedades científicas, organizaciones de pacientes, políticos, gobiernos, periodistas y agencias de medicamentos¹. En los últimos años se han publicado muchos libros sobre esta materia, pero quizás si tuviera que elegir alguno, me quedaría con este último, ya que es el más actual, no es largo, está muy bien referenciado, destinado principalmente a profesionales sanitarios y también comenta aspectos que ya se han tratado en libros anteriores²⁻⁵. Además, Gøtzsche conoce muy bien las compañías farmacéuticas desde dentro, ya que pasó sus primeros años trabajando en la industria farmacéutica antes de convertirse en el director del Centro de la Biblioteca Cochrane en los países nórdicos, con sede en Copenhague.

Antes de seguir quiero dejar claro que la industria farmacéutica mundial ha producido algunas de las innovaciones más grandiosas de los últimos 50 años, salvando muchas vidas. Pero eso no la habilita para esconder datos, confundir a los médicos y dañar a los pacientes. El común denominador de todos estos libros es el mismo: los fármacos son testados por los mismos laboratorios que los manufacturan, en ensayos clínicos mal diseñados, sobre una pequeña muestra de pacientes poco representativos y unos análisis utilizando técnicas de análisis de datos poco válidas debido al diseño

del estudio, de manera que se exageran los beneficios de los tratamientos. De modo poco sorprendente, estos ensayos clínicos tienden a producir resultados que favorecen al fabricante. Y sabemos que los estudios patrocinados por la industria son más tendentes a producir resultados positivos que los patrocinados por entidades independientes⁶. Como comenta Goldacre en su *Bad Pharma*, cuando los ensayos arrojan resultados que no satisfacen a las compañías, estas están capacitadas para quitarlos del alcance de médicos y pacientes, de forma que solo tenemos una visión distorsionada de los verdaderos efectos de cualquier fármaco². Las compañías farmacéuticas compran profesionales, líderes de opinión clave, académicos, departamentos universitarios, agencias reguladoras de medicamentos, políticos, periodistas, organizaciones de pacientes, revistas, etc. Gøtzsche repite varias veces en su libro que el uso de fármacos representa la tercera causa de mortalidad después de las enfermedades del corazón y cáncer en los países occidentales y constituye uno de los motivos más frecuentes de consulta al médico de atención primaria¹. El problema es que muy a menudo no consideramos tal posibilidad cuando un paciente acude por un episodio adverso provocado por un medicamento que está tomando.

Hay muchos ejemplos en estos libros de cómo los estudios financiados por las compañías farmacéuticas minimizan o esconden durante mucho tiempo efectos adversos, o no se analizan; además, pueden ocultar que sus bases de datos se hagan públicas (¿se acuerdan del caso oseltamivir?). Es curioso también cómo se venden las revistas científicas de primer nivel para conseguir publicar un artículo, porque

Correo electrónico: carles.llor@urv.cat

esto les reporta muchos ingresos en forma de separatas que comprará luego la industria que lo financia. Tanto Marcia Angell como Richard Smith publicaron, cuando dejaron de ser directores de las revistas *New England Journal of Medicine* y *BMJ*, respectivamente, libros sobre la nefasta influencia del dinero de la industria farmacéutica en la ética de la profesión médica^{3,4}. Lo que resulta inadmisibles, como dice Gøtzsche, es que sea más fácil publicar un artículo si lo financia la industria que si lo intentan publicar investigadores independientes¹. La *Food and Drug Administration* es también fuertemente criticada porque normalmente tarda mucho tiempo para retirar del mercado fármacos con efectos adversos graves. Un mensaje que se repite mucho en estos libros es que cuando las compañías farmacéuticas admiten finalmente que han hecho algo malo, se defienden escudándose en que esto ocurrió en un momento en que las leyes no eran tan estrictas como lo son en la actualidad, pero lo harían otra vez si pudieran hacerlo, y tanto es así que las compañías farmacéuticas ven el pago de multas como un gasto más de la comercialización de un fármaco. Un aspecto que las compañías farmacéuticas nos quieren hacer creer es que los altos precios de los medicamentos nuevos se justifican por el alto coste de la investigación; ya Angell³ desmontó esta coartada en 2004.

Por todo ello, es hora de una revolución, pero de una revolución de verdad. En primer lugar, hay que impulsar una aprobación racional de fármacos, y no tanto fármaco *me too*. Reducir el vademécum de una vez y dejar de aprobar medicamentos que no aportan nada. Aunque es obvio, hay que evitar la intromisión de la industria en estas comisiones^{1,2}. En segundo lugar, hay que disponer de una atención primaria potente, puesto que solo el médico de familia puede ser capaz de detectar los efectos adversos de la medicación de un paciente, ya que solo él conoce todo lo que toma, los especialistas no. En tercer lugar, hay que hacer cumplir que la formación externa sea institucional y nunca más con fondos procedentes de la industria. En Dinamarca, los médicos disponen de dinero (unos 5.000 euros cada 2 años) exclusivamente para actividades de formación y con esto se pagan congresos, cursos, libros, reuniones científicas, etc., y quien no se lo gasta lo pierde. Pues aquí se debería hacer igual. Como dice Laporte, a nadie con sentido común se le ocurriría que un paciente alcohólico tuviera que asistir a un curso de deshabituación financiado por Damm. En cuarto lugar, promover el chivatismo: quien detecte conductas antiéticas en la investigación, en la industria, etc., tiene que denunciar estas prácticas y no esconderlas.

En cuanto a las revistas científicas, si bien es cierto que se ha avanzado algo, obligando a escribir la financiación de los estudios y los conflictos de interés de los autores, además de que muchas veces no se cumple, es claramente insuficiente. Hay que ir más allá: las revistas importantes no deberían publicar nunca más artículos financiados por la industria farmacéutica. Solo deben publicar artículos llevados a cabo por investigadores independientes, financiados por organismos públicos, academias, universidades, gobierno, agencias, etc., ya que estos generalmente responden a preguntas que realmente importan a los pacientes; los financiados por la industria, apenas. Si los ingresos de las impresiones son tan necesarios para la supervivencia económica de estas revistas, que creen revistas satélites solo para trabajos publicados por la industria. Así, un lector sabrá si

puede o no confiar en lo que está leyendo. A la vez que existen ahora bases de datos con el registro de todos los ensayos clínicos que se están realizando, se debería obligar a todos ellos a subir todos los datos crudos online para que cualquier investigador pudiera consultar y efectuar sus cálculos. De esta forma, hay menos posibilidades de manipulación. Otra propuesta, y esta la tomo prestada de Gøtzsche, es poner etiquetas en los fármacos, como en las cajetillas de cigarrillos, advertencias del estilo «Este fármaco puede ser mortal y debe ser evitado si es posible».

Otro aspecto fundamental es revisar con profundidad las relaciones de los médicos con la industria farmacéutica. Este aspecto nos atañe a todos. Hay que definir claramente cuál debe ser el rol de un delegado farmacéutico, cómo deberían ser los congresos (¿acaso necesitamos cada año un congreso nacional, no sé cuántos autonómicos, de no sé cuántas sociedades científicas de atención primaria y a qué precios?), el rol de los expertos y quiénes deberían serlo, quién debe realizar las revisiones de las guías, etc. Y luego, avanzar en el incipiente tema de la desmedicación, desmedicalización y desdiagnosticación. Aunque vaya en contra de la nueva clasificación de la *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) y de la nueva «Guía del tratamiento de la hipercolesterolemia en adultos» de Estados Unidos, donde se propone una nueva era en la prevención de la enfermedad cardiovascular con la reducción del riesgo, sin objetivar ya concentraciones de colesterol como meta, y todo basado en una revisión de la Cochrane Library donde, ojo, todos los ensayos clínicos estaban financiados por la industria farmacéutica⁷. Y curiosamente, el número de efectos adversos con estatinas fue similar al grupo placebo, cuando muchos de estos ensayos clínicos no documentaron efectos adversos y muchas voces discrepan abiertamente sobre estos resultados de seguridad⁸. Naturalmente, ensayos clínicos con pacientes con pocas comorbilidades, aunque luego vamos a tratar pacientes con polifarmacia⁹. O remamos todos en la misma dirección, o vamos a perder. Y no lo olviden, los que más pierden en esta guerra son los pacientes.

Como conclusión, me gustaría subrayar que la industria farmacéutica ha salvado muchas vidas, pero sobre todo en las últimas décadas tenemos muchísimos ejemplos de manipulaciones que han causado muchas muertes también^{1,2}. Les animo a que lean alguno de estos libros. El de Goldacre está ya disponible en castellano en las librerías españolas (*Mala farma*) y el de Gøtzsche lo estará después de verano. Les aseguro que indiferentes no se van a quedar. Algunas partes de estos libros son especialmente duras y estoy seguro que lograrán encolerizarles, y les aseguro que, después de su lectura, la próxima vez que vayan a prescribir un medicamento se lo van pensar más de una vez.

Conflicto de intereses

En la actualidad estoy trabajando en la Universidad de Cardiff con una beca concedida por la *Fundació Jordi Gol i Gurina*. He recibido y estoy recibiendo fondos para realizar estudios de investigación, procedentes de la Comisión Europea (*Sixth & Seventh Programme Frameworks*), Sociedad Catalana de Medicina de Familia e Instituto de Salud Carlos III. No tengo ninguna comisión por ninguno de los libros a que hago referencia en este artículo.

Bibliografía

1. Gøtzsche PC. *Deadly medicines and organized crime. How big pharma has corrupted healthcare*. London: Radcliffe Publishing Ltd; 2013.
2. Goldacre B. *Bad pharma. How medicine is broken, and how we can fix it*. London: Fourth Estate; 2012.
3. Angell M. *The truth about the drug companies: How they deceive us and what to do about it*. New York: Random House; 2004.
4. Smith R. *The Trouble with Medical Journals*. London: Royal Society of Medicine; 2006.
5. Welch HG, Schwartz L, Woloshin S. *Over-diagnosed: Making people sick in the pursuit of health*. Boston: Beacon Press; 2011.
6. Bourgeois FT, Murthy S, Mandl KD. Outcome reporting among drug trials registered in clinicaltrials.gov. *Ann Intern Med*. 2010;153:158–66.
7. Stone NJ, Robinson J, Lichtenstein AH, Bairey Merz CN, Lloyd-Jones DM, Blum CB, et al. 2013 ACC/AHA guideline on the treatment of blood cholesterol to reduce atherosclerotic cardiovascular risk in adults: A report of the American College of Cardiology/American Heart Association task force on practice guidelines. *J Am Coll Cardiol*. 2013 Nov 7, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jacc.2013.11.002>.
8. Statins: benefits and harms for low risk patients. Accessible y audible en: <http://www.bmj.com/podcast/2013/10/25/statins-benefits-and-harms-low-risk-patients> [consultado 7 Feb 2014].
9. Wise J. Polypharmacy: A necessary evil. *BMJ*. 2013;347:f7033.