

# Notas sobre la Industria Farmacéutica: la visita médica y su interacción con los médicos, especialmente con los Gineco-Obstetras

## Notes about the Pharmaceutical Industry: medical sales call and the interaction with doctors, especially Obstetricians and Gynecologists

LUIS F MORENO GUARACHE\*

### Resumen

Presentamos una información general sobre la industria farmacéutica, comenzando con un breve bosquejo histórico. Se comentan aspectos sobre productos y ventas y la interacción de estas empresas y sus intermediarios con los médicos, especialmente con gineco-obstetras, así como las recomendaciones de las sociedades científicas para esta relación. Se concluye que este contacto proporciona beneficios mutuos y que debe reglamentarse con un código de ética por ambas partes.

**Palabras clave:** Industria farmacéutica, Medicamentos, Drogas, Genéricos, Ventas, Visitador Médico, Código, ACOG, Interacción.

### Abstract

In this article, we provide general information about the pharmaceutical industry, beginning with a brief historical view. We touch aspects related with products and sales and the interaction between these organizations and their sales representatives with medical societies and physicians, especially with ob-gyns. We point out key recommendations of scientific societies to rule such interactions. We conclude that this relationship provides benefits to both parties and that a code is needed, which establishes specific aspects of the partnership, including but not limited to ethics.

**Key words:** Pharmaceutical Industry, Medicines, Drugs, Generics, Sales, Pharmaceutical Representatives, Code, ACOG, Interaction.

### Introducción

**Aspectos históricos.** La promoción de medicamentos es tan antigua como la humanidad. En Venezuela, en los años precolombinos, la medicina era ejercida por *piaches*, que a la vez hacían el papel de curanderos, adivinos, hechiceros y sacerdotes. Con una población de 500.000 indígenas, sus males más frecuentes eran las «calenturas», diarrea, ictericia, úlceras, buba y otras dermatosis (Angulo Arvelo, 1979). López Ramírez (1945) describe «*algunos datos sobre la menstruación, la preñez, el aborto y el parto entre los indígenas venezolanos*». Uno de los primeros medicamentos utilizados en el Caribe fue el tabaco,

originario de Cuba y aclimatado por los indios aravaques, 2000 años antes de Cristo. Esta droga era considerada milagrosa y era utilizada también como alucinógeno y en ceremonias religiosas. Los waraos venezolanos relacionaron al tabaco con el origen del mundo (Esteba de Sagrera, 2006).

Se ignora si con Cristóbal Colon vino algún médico a nuestras tierras; se sabe que en el año 1499, con Alonso de Ojeda, llegaron el cirujano Maestre Alonso y el boticario Maestre Bernal, que son los primeros europeos que ejercen la medicina y la farmacia en el país. Con el descubrimiento comienza la segunda etapa de la medicina en Venezuela, que se

\* Ex Presidente de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Venezuela. Profesor Honorario de Obstetricia y Ginecología de la Universidad de Oriente, Venezuela. Posgraduado en Mercadeo de la Universidad Central de Venezuela y de la Universidad Metropolitana, en Caracas. Colegio Médico de Mérida, Venezuela. Email: [menounit@yahoo.com](mailto:menounit@yahoo.com)

prolonga hasta la fundación de los estudios médicos por el Dr. Campins y Ballester en el año 1763. Antes de esa fecha ejercieron en el país varios médicos extranjeros (Angulo Arvelo, 1979).

Para 1793, el Arancel para Obstetricia dice: Vigésimo: Por la Operación Cesárea 4 pesos. Parteras: para ayudar partos fáciles, 2 pesos; un día y una noche 3 pesos. Once años después, el Arzobispo de Caracas por Real Cédula del Rey Carlos IV ordena al Clero que ellos pueden practicar la Operación Cesárea a toda madre muerta con el fin de bautizar al niño, vivo o muerto. En 1826 el Congreso de Colombia dictó una ley organizadora para las Universidades Centrales que decía en su Artículo 90. Obstetricia: *En esta clase se enseñará el arte de partear en toda su extensión; su catedrático será el mismo de Cirugía en el segundo año de su bienio.* El Dr. José María Vargas funda la Cátedra de Obstetricia en la Universidad de Caracas en 1832 y el 29 de enero de 1838, la *Facultad Médica* expide el primer título de partera a la curazoleña María Inés Sews (Calcaño y Aurrecoechea, 1952).

La *Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Venezuela* comenzó el 24 de febrero de 1940 con 26 médicos «parteros» y la *Federación Médica Venezolana* fue fundada en el año 1945 por el Dr. Rojas Contreras. Los primeros estudios organizados de posgrado en Obstetricia y Ginecología comienzan en la Maternidad «Concepción Palacios», de Caracas, a mediados de la década de 1960 (Advanced Medical Technology Association, 2003) y ya para la década de 2000, las principales capitales de estados venezolanos cuentan con su posgrado. El posgrado de Obstetricia y Ginecología en Cumaná graduó sus primeros estudiantes en el año 1981 con una aplicación en Salud Pública Materno Infantil (Moreno Guarache, 2002).

Las farmacias más antiguas datan de la Edad Media. La primera de ellas abrió sus puertas en Bagdad en el año 754, regentada por farmacéuticos árabes y de allí siguieron otras en el mundo islámico medieval. En los años 1800's muchas de esas farmacias pioneras establecidas en Estados Unidos de América (EUA) y en Europa se convirtieron en compañías farmacéuticas (Hadzovic, 1997).

En el *Protomedicato*, institución creada por el imperio español el 14 de mayo de 1777, comienzan a interesarse por los estudios de farmacia en Venezuela. En ese momento se menciona la visita a «boticas» y como era el examen de conocimientos para darle la licencia a sus practicantes. En 1827 el *Protomedicato* cambia a la *Facultad Médica*, creada por el Libertador Simón Bolívar con el primer rector universitario, Dr. José María Vargas. Ellos otorgaban reválida y daban títulos a los boticarios extranjeros pero no otorgaban

títulos a los boticarios nacionales. En su *pensum* tenían como asignatura «Materia Médica y Farmacia». La Universidad Central de Venezuela comenzó en 1874 las clases sobre «Historia Natural», obligatorio para los estudiantes que querían cursar Farmacia. Este momento debe destacarse, pues es parte integral del primer programa de estudios de Farmacia en nuestro país, dictado con una duración de 3 años (Escuela de Farmacia UCV, 2009).

En los registros de la Federación Médica Venezolana actualmente tenemos 63.000 médicos en todo el país, sin incluir un grupo de médicos cubanos que laboran por convenios gubernamentales. Se conocen alrededor de 170 firmas establecidas en Venezuela como Laboratorios Farmacéuticos. De estas instituciones, las principales se fundaron a mediados del siglo XX (Vademécum, 2009).

Las compañías farmacéuticas fueron creadas en varios países, en su mayoría antes de la segunda guerra mundial. Las primeras fueron: Allen & Hambury y Wellcome en Londres, Merck en Alemania y Parke Davis, Warner Lambert y Smith Kline en EUA (fundadas por farmacéuticos). Después se inauguraron Zeneca en el Reino Unido, Rhone-Poulenc y Roussell en Francia, Bayer y Hoechst en Alemania, Ciba Geigy y Sandoz en Suiza (estas últimas fusionadas para formar Novartis), Janssen en Suiza y Squibb en EUA (La Industria Farmacéutica, 2009).

El descubrimiento de la insulina, por Grant Banting en Toronto en el año 1921 (Insulina, 2009) y de la penicilina, por Fleming en 1928 (Penicilina, 2009) motivaron a la industria para la fabricación y distribución en masa de muchos productos.

Durante finales de los años 40's y los 50's se desarrollaron drogas muy importantes que se mercadearon en los años 60's, como la cortisona descubierta en el año 1949 por Kendall y col. (Cortisona, 2009); la clorpromazina por Laborit y su aplicación clínica por Delay en 1952 (Bitácora Médica, 2007); las benzodiazepinas por Steimbach en 1955 (Benzodiazepinas, 2009); los anticonceptivos orales, por Rock y Pincus en 1956 (Anticonceptivos orales, 2009); y el haloperidol por Janssen en 1958 (Bitácora Médica, 2007).

Entre los laboratorios médicos más importantes en el país, más relacionados con la Salud Femenina, tenemos que Schering de Venezuela SA abre sus puertas en el año 1931 y en Abril de 2007 se une a Laboratorios Bayer formando el consorcio Bayer-Schering-Farma (Laboratorios Schering, 2009). Laboratorios Wyeth, comienza en EUA en el año 1860 y en Venezuela abre sus puertas en 1951 representada por Distribuidora Ponce & Benzo. En 1923 se fundó Organon en Holanda y llega a Venezuela en los años

60. Esta empresa se une a Schering-Plough en marzo de 2007 (Laboratorios Organon, 2009).

Formalmente, el primer *Representante de Ventas de la Industria Farmacéutica* (RVIF) comenzó en EUA en el año 1850 para la Tilden Company como el «*de-tail man*». Después siguieron representantes de Parke Davis (1867), Reed & Carrick (1867), Lily (1880), Merrel (1880), Wyeth (1890), Squibb (1904) y Abbott (1905) (Petersen, 1951). Para el año 2005 se estimaban 90.000 RVIF en EUA, con un aumento desde 1 RVIF para 12 médicos hasta llegar a 1 para 5 en los últimos 10 años y actualmente cuentan con 100.000 RVIF para atender a 830.000 prescriptores (Ebisch, 2005). Una compañía media en EUA podría tener una fuerza de ventas de 1.000 RVIF. Las compañías más grandes, líderes en su campo, pueden llegar a decenas de miles (Pharmaceutical Marketing, 2009).

### Conociendo la industria

Actualmente existen en EUA más de 200 laboratorios farmacéuticos mayores, considerándose como un grupo de empresas de las más rentables y también empleadora de más personal como inductores del consumo de productos que cualquier otra compañía. El mercadeo y distribución de productos farmacéuticos es regulado por el *Federal Prescription Drug Marketing Act of 1987*.

En el año 2003 los laboratorios norteamericanos gastaron \$2,1 billones en mercadeo para los médicos, un incremento de 20% comparado con el año anterior (Kelly, 2005). La cantidad para la promoción directa al *paciente consumidor* pasó de \$ 166 millones en 1993 a \$4.2 billones en el año 2005 y actualmente el presupuesto es el 40% del gasto total de promoción farmacéutica (Donohue J, 2006). En 2002 las compañías asignaron \$ 11.5 billones en muestras médicas para los médicos (Kumar y Zaugg, 2003). La investigación biomédica es privada en un 60% y de estos estudios el 70% es financiado por la industria farmacéutica y el 60% de la Educación Médica Continua se programa con sus fondos (Studdert, Mello y Brennan, 2004).

En la composición de la Industria Farmacéutica en Ventas el «*market share*» para el año 2003 reporta que prácticamente la mitad de las ventas mundiales se hacen en Norte América y Canadá, con 49%, seguido de la Comunidad Económica Europea 25%, y el resto de Europa 3%, Japón 11%, África, Asia y Australia 8% y Latinoamérica 4%. En los años siguientes se nota un incremento mayor en las ventas en los países europeos (El Mercado Farmacéutico Mundial, 2009).

La Farmacopea de los EUA (United States Pharmacopeia, USP) se estableció en el año 1820, probablemente inspirada por la British Pharmacopeia. Un grupo de sociedades médicas norteamericanas se reunieron para crear esa primera edición. Su propósito fue identificar y estandarizar la mayoría de drogas de origen botánico en uso para ese entonces (The United States Pharmacopeia, 2009).

Para comienzos del siglo XX, la American Medical Association (AMA) reconoció dos tipos de drogas: El primer grupo constituido por drogas «*éticas*». Para esa época, de los medicamentos señalados por la USP como éticos, solo unos pocos son considerados ahora como efectivos, como la digital, la morfina, la quinina, la antitoxina diftérica, la aspirina y el éter (Temin, 1980). El segundo grupo correspondía a «*registros personales*», con ingredientes desconocidos (ejm: *Lydia E. Pinkham's compuesto vegetal*, *Hamlin's Wizard Oil*, *Warner's cura segura para la diabetes*); los ingredientes de muchos de esos tónicos, ungüentos y jarabes eran agua más algunas sustancias aditivas como el alcohol y el opio (Young, 1961).

La industria promovía esas dos clases en forma diferente. Los avisos publicitarios de los medicamentos registrados por particulares ocupaban muchas páginas en los diarios de aquella época. La promoción publicitaba beneficios exagerados y rara vez puntualizaba sobre sus ingredientes y riesgos. De hecho, un aviso de *Lydia E. Pinkham's Compuesto Vegetal* aseveraba: «*la cura de todas las peores quejas de la mujer, todos los trastornos ováricos, inflamaciones y úlceras, agotamiento y malposiciones, debilidad de la columna vertebral y sus adaptaciones*» (Young, 1961).

Actualmente, según Orduño (2004), los productos farmacéuticos se agrupan en tres (3) categorías:

1. Productos de prescripción médica. Se llaman «*éticos*» y necesitan receta médica como condición para su venta y tienen dos (2) subgrupos, a) los productos de «*marcas comerciales*» o patentados; y b) los «*genéricos*», que corresponden al subgrupo anterior después de haberse vencido el período de sus patentes y cuya denominación corresponde casi siempre al principio activo.

2. Productos publicitarios. La integran todos aquellos medicamentos que por su composición pueden ser utilizados sin receta médica, sin la prescripción del médico que fije el diagnóstico y seguimiento del tratamiento. Deben reunir las garantías de eficacia, seguridad y calidad. Pueden ser publicitados por los medios de comunicación mediante autorización y control sanitario.

3. Productos OTC, de las siglas en inglés «Over The Counter» que se traduce como «Sobre El Mostrador», corresponden a la «parafarmacia», pañales, línea blanca, etc. (Muchos de nosotros reunimos los grupos 2 y 3 como productos OTC).

### Desarrollo de un producto

Desarrollar un medicamento es muy costoso. De todos los compuestos investigados para uso humano sólo muy pocos llegan a tener la aprobación gubernamental. Cada año se aprueban más o menos 25 nuevas drogas, después de grandes inversiones en estudios preclínicos y clínicos y de un seguimiento de seguridad. Un estudio realizado por Bain & Company reveló que el costo de descubrir, desarrollar y lanzar al mercado un nuevo producto costaba en un período de cinco años cerca de \$1,7 billones en el año 2003 (Bain & Company Press Release, 2003).

En EUA los nuevos productos deben ser aprobados por la FDA como medicamento seguro y efectivo. Generalmente el laboratorio prepara un archivo para la presentación de la droga propuesta con suficiente información preclínica para sustentar los estudios futuros. Después que este dossier es aprobado vienen los estudios de:

Fase I, con pruebas de toxicidad que miden la seguridad y eficacia.

Fase II, con la farmacocinética, la dosificación y efectividad en humanos, y

Fase III, que incluye los estudios clínicos seguridad y de eficacia en una población dada.

Fase IV, algunas veces, después que se aprueba el producto, se completa una fase final para el estudio de seguridad en poblaciones más grandes; incluye los efectos colaterales tardíos (Modificado de Aguilar, 2009).

### El visitador médico y su interacción con los médicos

Los laboratorios farmacéuticos en su cadena de comercialización, para llegar con sus productos al consumidor final necesitan un intermediario, y este personaje es el médico que prescribe. La industria utiliza un promotor para entrelazar sus intereses con los hábitos de preferencia de los galenos. El Representante responde a los intereses de su Corporación y a los accionistas de la empresa y el médico a los intereses de sus pacientes. Ese promotor es el RVIF o Visitador Médico (VM).

Salvador Thompson define a el VM o RVIF como un profesional que trabaja en una compañía farma-

céutica para promocionar determinados productos farmacéuticos mediante un contacto directo con los profesionales facultados para prescribir; por lo que posee conocimientos técnico-científicos relacionados con esos productos, maneja técnicas de venta adaptadas al rubro farmacéutico y tiene cualidades necesarias para brindar servicios acordes a las exigencias del segmento que atiende (Thomson, 2005).

El mismo autor define la *Visita Médica* es un conjunto ordenado de actividades que el VM o RVIF realiza para informar, persuadir o recordar al profesional de la salud facultado para prescribir, acerca de las características, ventajas y beneficios de los productos farmacéuticos que promociona, asumiendo la responsabilidad de proporcionar información técnica –científica para su valoración.

Como se lee, el RVIF y el Gineco-Obstetra están muy relacionados y están en una escena que debe proporcionar al eje *Industria -> RVIF -> Médico -> Paciente*, una relación de *ganar - ganar*.

Una manera de evaluar el medicamento es recordando la palabra STEP: (S)Seguridad, (T)Tolerancia, (E)Efectividad y (P)Precio.

La ventaja fundamental que recibimos de la Industria y de sus Representantes es proporcionar para nosotros, los médicos, una información actualizada y veraz sobre los agentes terapéuticos y esa información es exteriorizada principalmente en la *visita médica*, con el apoyo de literatura médica ética, con muestras médicas y con las actividades de promoción. Otras ventajas residen en el aprovechamiento del personal especializado para organizar programas científicos y el patrocinio de eventos: congresos, reuniones, talleres, simposio, etc. También hay interacción en la edición y distribución de libros científicos y publicación de investigaciones originales, casi siempre producto de estudios clínicos de su patrocinio.

Las estrategias de interacción comienzan desde que los prescriptores son estudiantes, preclínicos y clínicos. Poco se conoce de esa primera relación, pero está claro que esas influencias son importantes. Creo que en el programa de estudios médicos debe cumplirse un temario sobre el descubrimiento y desarrollo de las drogas, desde sus inicios, estudios clínicos, evaluación preclínica y clínica, fases de la investigación farmacológica, registro y ubicación terapéutica, evaluación de la literatura promocional de la industria y conocer de sus profesores las relaciones más apropiadas con los RVIF y su empresa.

La industria tiene estrategias distintas a medida que los prescriptores tienen más años de experiencia y de especialización: internos, residentes, especialistas jóvenes y mayores. En una encuesta dirigida

a 3000 médicos, Campbell (2007) encontró que 78% de ellos recibió muestras médicas, el 83% invitaciones a restaurantes, 35% pagos para asistir a programas de Educación Médica Continua y 28% pagos por consultoría o por integrar un panel de expertos (Campbell y col., 2007).

Hay evidencia que los regalos que la industria brinda a los médicos pueden influir en las actitudes de estos galenos hacia la prescripción de los productos de ese laboratorio. Investigaciones muy extensas como la de Wazana en el año 2000, revisando 538 publicaciones, han llegado a la conclusión que la relación *médico-industria* podía afectar el comportamiento para recetar y que esta relación debería estar reglamentadas por programas educativos y políticas académicas y gubernamentales. Varias organizaciones han establecido reglas y códigos para las relaciones entre ellos.

La American Medical Student Association lanzó la campaña «Pharm Free Campaign» en el año 2002 para aconsejar la «prescripción basada en evidencias» y evitar las promociones y pagos de los laboratorios (American Medical Student Association, 2006). Varias universidades han llegado a tomar la iniciativa de prohibir regalos, comidas y eventos pagados por la industria (Stanford University School of Medicine, 2006). Otras organizaciones han publicado sus planteamientos y la *Pharmaceutical Research and Manufactures of America (PhRMA)* estableció en 2002 su guía para sus relaciones con los médicos, para la conducción de las investigaciones científicas (clinical trials) y para la comunicación de sus resultados (Pharmaceutical Research and Manufacturers of América, 2002). La *Oficina del Inspector General del Gobierno Federal (OIG Compliance Program, Guidance, 2003)* y la *Advanced Medical Technology Association* en el año 2004 avalaron las recomendaciones de PhRMA.

Las compañías están diseñando constantemente proyectos que puedan influenciar sobre los hábitos de prescripción de medicamentos por parte de los médicos. Existen varios aspectos determinantes que pueden inculcar un comportamiento determinado, entre ellos: la influencia que se obtiene por investigación propia, por la influencia directa de los colegas líderes, la obtenida del contacto directo con los RVIF, la influencia desde los mismos pacientes y la de las compañías de seguros, que seleccionan las enfermedades y medicamentos que ellos pagan. Además, tenemos sitios en Internet que ayudan a desencadenar motivos de preferencia y compra por parte de los médicos. La industria se ayuda con la asistencia de compañías especializadas en el análisis del mercado médico y farmacéutico.

Los médicos obtienen información buscando en revistas médicas especializadas, en sitios de Internet, en *vademécums* y en todo tipo de literatura científica.

Una influencia importante es obtenida de los líderes médicos en su campo, en conferencias y demás reuniones médicas y de los colegas del entorno, muchos de ellos importantes prescriptores que la industria identifica para contar con su apoyo en las actividades de promoción.

La industria puede llegar con facilidad a promocionar un producto al gremio médico utilizando las revistas especializadas (*La Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, órgano de la *Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, comenzó en enero de 1941, fundada por el Dr. Leopoldo Aguerrevere). En EUA un aviso único anunciado en cuatro revistas líderes (journals) costaba en el año 2007 aproximadamente \$25.000 y es leído por casi todos los médicos de esa especialidad del país. El mismo aviso es más costoso en periódicos y llega a menos personas del target (Greene, 2007).

Un RVIF trata de visitar un número asignado de médicos en un ciclo de pocas semanas. Las estrategias de coordinación empleadas por la gerencia de mercadeo calculan y seleccionan el número de representantes y su estructura, la optimización de este grupo, su efectividad y la segmentación de los médicos.

A medida que pasan los años, el médico ha ido ocupando más de su tiempo en muchas actividades, profesionales médicas y fuera de la medicina. Tenemos médicos que son «hombres de negocios» y así están limitando el tiempo para las visitas del RVIF. El médico de ahora puede ser accionista de empresas relacionadas con la salud o distintas; utiliza tiempo en el llenado de informes médicos y administrativos, planillas de seguros y de impuestos, llamadas telefónicas, consultas dentro de la clínica y además muchos de ellos tienen consultorios médicos compartidos con otros colegas que utilizan horarios distintos y estrictos. El 30% de los médicos del Reino Unido ya no reciben más a los representantes y en el 80% las visitas realizadas duraban menos de tres minutos (citado por Ebisch, 2005).

La industria identifica a los médicos para ellos «más importantes». Utilizan investigaciones sobre el número total de prescripciones y nuevas prescripciones que cada médico escribe. Mientras más récipes escriban, la industria es más «agresiva» con ellos.

Son consideraciones importantes para la «segmentación» de los médicos: la rentabilidad de una receta, que el médico sea accesible de abordar en la

Visita Médica, la tendencia del médico a usar sus productos, la facilidad para usar nuevos productos en lugar de los viejos tratamientos, la tendencia del médico a usar una amplia gama de medicinas y la influencia que pueda tener sobre sus colegas. Para los RVIF es más fácil introducir o «posicionar» un *nuevo producto* a un médico especialista joven, que *maneja pocos pacientes con muchos medicamentos*, que a un especialista de larga trayectoria, que *trata muchos pacientes con pocas medicinas y medicamentos muy seleccionados*.

Muchos colegas se asombran por la facilidad con que la industria conoce los hábitos de prescripción. Con una computadora de bolsillo y con instrucciones clave el RVIF puede conocer los cambios de prescripción para un medicamento semana por semana, comparar los datos con las drogas de la competencia, utilizar su indicación por diagnóstico, especialidad y tipos de consultorio médico y entonces analizar toda esa información para su estrategia de ventas (Greene, 2007).

En sus inicios el RVIF utilizaba las farmacias para recolectar información sobre los médicos con más prescripciones. En el año 1950 un farmacéutico, Raymond Gosselin, inspirado en las encuestas Gallup y utilizando las tarjetas perforadas de IBM creó y publicó como tesis de grado la primera auditoría sistemática y reproducible de las prescripciones. Fundó una compañía para mercaderarlo, la «Auditoria Nacional de Prescripciones» (*National Prescription Audit., NPA*). En 1953 la base de datos era de 6.000 prescripciones y pasó a 225.000 a final de la década. Esta fue la empresa líder de información hasta el año 1970, que fue vendida a *Intercontinental Marketing Services (IMS)*, empresa actualmente líder con actividades en más de 100 países. La IMS fue fundada en 1954 y colecciona información de más de 29.000 fuentes incluyendo fabricantes, distribuidores, puntos de venta, farmacias, hospitales, proveedores de salud y otros datos (IMS History, 2009).

La NPA ayudó a conocer la información en los «puntos de venta» (consultorios médicos) pero no se tenía información de las clínicas y hospitales puntos clave para la toma de decisiones de la industria. Se quería conocer como la droga estaba siendo usada. Para subsanar este punto, en 1956 *Lea Associates* creó el *Nacional Disease and Therapeutic Index (NDTI)* documentado por galenos que estuvieron de acuerdo con usar sus historias y casos clínicos en períodos de dos días (Morris Piersol M, 2007). Mientras el NPA informaba sobre las prescripciones que llegaban a las farmacias, el NDTI permitió a los laboratorios entrecruzar datos de venta a un diagnóstico específico y los cambios en los esquemas terapéuticos.

## Las Sociedades Médicas y sus planteamientos

Hasta noviembre del año 2008 yo no he sido capaz de conseguir, provenientes de las instituciones de salud, de las Universidades, de las Sociedades Médicas venezolanas, ni de los Colegios de Médicos, publicaciones originales con códigos o estatutos que reglamenten las relaciones entre la Industria Farmacéutica y sus dependientes o intermediarios (RVIF) con los Estudiantes de Medicina, de Nutrición, de Enfermería, de Farmacia y los graduados de estas especialidades.

El *Colegio Americano de Médicos (American Collage of Physicians)*, en 1990, estableció su posición en cuatro planteamientos (American Collage of Physicians, 1990):

1. Los regalos, la hospitalidad y subsidios ofrecidos a los médicos por la industria farmacéutica no deberían ser aceptados, si ello podría influenciar o parecer a otros que influencia la objetividad del juicio clínico.

2. Los organizadores de programas de Educación Médica Continua que acepten financiamiento de la industria farmacéutica deben desarrollar y cumplir políticas explícitas para mantener un control total sobre el contenido del programa.

3. Las sociedades científicas deberían desarrollar y promulgar guías de conducta para desanimar las donaciones, los regalos, festejos y hospitalidad excesiva en las reuniones científicas por parte de la industria farmacéutica.

4. Los médicos que participen en estudios clínicos para la industria farmacéutica deberían conducir sus actividades de acuerdo con preceptos básicos de metodologías científicas aprobadas.

Recientemente, en el año 2008, el *Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (American Collage of Obstetricians and Gynecologists, ACOG)* publicó la actualización de sus recomendaciones con la industria, desglosándolas en cinco grupos (ACOG, 2008):

1. *Promoción de productos a médicos independientes por medio de publicidad. Comunicaciones personales y distribución de muestras médicas.* Recomendación principal: Tener la obligación de buscar las fuentes de información más exactas, actualizadas, basadas en evidencia acerca de los nuevos productos que ellos piensan recetar.

2. *Donaciones. Agasajos. Viajes. Servicios y Oportunidades de Inversión.* Recomendación principal: Que cada médico o grupo debe considerar cuidadosamente los riesgos de conflictos éticos y las opiniones

adversas de la comunidad antes de aceptar los donativos.

3. *Financiamiento de Actividades Educativas. Premios y Desarrollo de Contratos.* Recomendación principal: Acogerse a la guía de la *American Medical Association (AMA, 2006)* y del *Accreditation Council for Continuing Medical Education* en 2004, adaptados por el Comité de Ética de ACOG.

4. *Financiamiento de la Industria para la Investigación.* Recomendación Principal: Los estudios deben ser conducidos de acuerdo con las guías o estatutos federales para la protección humana (*Protection of Human Subjects, 2006*). Es aconsejable la aprobación de un Comité de Revisores Institucionales, del Hospital o de una Universidad.

5. *Comité de Conferencistas. Servicios de Consultoría. Trabajos por Encargo.*

Recomendación principal:

Los especialistas deberían reconocer que pueden ser influenciados por los financistas.

Deben asegurarse que la información de su presentación es veraz, balanceada y libre de influencias comerciales.

Puede recibirse un honorario razonable.

La elaboración de informes pagados por la industria debe ser rechazada.

## Nuevos horizontes

Desde finales de los 70's la industria consideró muy importante el mercadeo directo al consumidor, y así, los pacientes comenzaron a solicitar medicamentos que habían oído en la radio o visto en la TV. La FDA aprobó esta estrategia de venta desde 1980 en la «*FDA Guidance for Industry on consumer-directed broadcast advertisements*» y las empresas lo considera ahora una prioridad.

Este tipo de mercadeo se ha popularizado y extendido en Venezuela. Ejemplo son la gran cantidad de piezas publicitarias en los medios venezolanos; hay muchos líderes de opinión, como Pedro Penzini Fleury y Carlos Fraga en radio y María Laura García y Diana Carolina Ruiz en TV. En más de 30 países industrializados está prohibido este mercadeo al paciente y en Nueva Zelanda están en vías de prohibirlo.

El Internet está siendo aprovechado para complementar el negocio. La demanda de suplementos nutricionales y las llamadas medicinas alternativas han creado nuevas oportunidades y competencias. Un nuevo modelo es la venta directa de productos por parte de los médicos a los pacientes en sus consulto-

rios, práctica que está reglamentándose por parte de las sociedades científicas (ACOG, 2007).

## Conclusiones

La industria se está preparando para nuevos desarrollos, pero está estudiando mejor la inversión en la investigación de cierto tipo de elementos que de acuerdo al mercado no son rentables o que son más difíciles de aprobar, de acuerdo al segmento donde va dirigido; esto está sucediendo con los antibióticos y las drogas indicadas durante el embarazo. Los costos van en aumento progresivo y es común la fusión de muchas compañías para formar emporios más fuertes y poderosos.

Se necesita más información sobre la industria farmacéutica venezolana, para conocer mejor las fortalezas y futuro de nuestras compañías y para planificar la mejor manera de interactuar con ellas, con el médico individual y sus organizaciones.

La inversión en el negocio y la competencia ha necesitado que la fuerza de ventas (RVIF) se especialice y estudie nuevas alternativas de comunicación con los médicos. Esta interacción es muy importante y beneficia a ambos grupos. Si el RVIF se acoge a sus códigos de ética los resultados serán siempre prometedores y creo que nosotros, los médicos, deberíamos considerar a este personaje como un compañero en nuestro trabajo diario y un integrante importante del equipo de salud.

## Aclaratoria

El autor fue integrante del Board de Directores de Laboratorios Wyeth al final de la década de los 80's y comienzos de los 90's pero actualmente no pertenece a ninguna empresa de la industria farmacéutica y no existen conflictos de intereses con él por esta publicación.

## Agradecimientos

Al Dr. José Antonio Sáenz Astort, del Cuerpo de Directores de Laboratorios Roemmers, por la revisión del manuscrito.

## Referencias bibliográficas

- Accreditation Council for Graduate Medical Education. 2004. ACCME standards for commercial support. Standards to ensure the independence of CME activities. Chicago IL: ACCME.
- ACOG. Commercial Enterprises in Medical Practice. 2007. Committee Opinión No. 359; Obstetrics & Gynecology. 109: 243-245.

- ACOG. Relationships with the Industry. 2008. Committee Opinion 401. *Obstetrics & Gynecology*; 111(3): 799-804.
- Advanced Medical Technology Association. 2003. Code of ethics on interactions with healthcare professionals. Washington DC. AdvaMed.
- Aguilar A. La investigación clínica. 2009. Fases de Investigación. Lectura 21821. <http://www.bibalex.org/Supercourse/ppt.htm>
- American College of Physicians. 1990. Physicians and the pharmaceutical industry. *Ann Int Med* 112(8): 624-626.
- American Medical Association. 2006. Clarification of opinion 8061 «Gifts to physician from industry». En: Code of medical ethics of the American Medical Association: current opinions with annotations. Ed. Chicago IL: AMA; pp. 216-224.
- American Medical Association. 2006. Gifts to physician from industry. En: Code of medical ethics of the American Medical Association: current opinions with annotations. Ed. Chicago IL: AMA; pp. 212-216.
- American Medical Student Association. 2006. National Pharm Free Day. Reston VA AMSA.
- Angulo-Arvelo LA. 1979. Resumen cronológico de la Historia de la Medicina en Venezuela. Ed OBE, UCV, Caracas 2ª Ed; Cap 1:17.
- Anticonceptivos orales. 2009. Datos Históricos. <http://www.encolombia.com/anticonceptivos-datos-historicos.htm>
- Bain & Company press release. 2003. Has the Pharmaceutical Blockbuster Model Gone Bust?, December 8.
- Benzodiazepinas. 2009. <http://rubenbrizuela.es.tripod.com/benzodiazepinas.htm>
- Bitácora Médica. La Psicosis. 2007. <http://bitacoramedica.com/weblog/2007/04/la-psicosis/>
- Calcaño J y Aurrecoechea JM. 1952. Recopilación Bibliográfica Nacional. Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Venezuela. Tipografía ABC, Caracas; p. 7.
- Campbell EG, Gruen RI, Mountford J et al. 2007. A national survey of physician – industry relationships. *N Engl J Med*. 356: 1742-1750.
- Cortisona. 2009. <http://perso.wanadoo.es/frs88/tpn/desc/cortison.htm>
- Donohue J. 2006. A history of drug advertising: The evolving roles of consumers and consumers protection. *The Milbank Quarterly*. 84:659-699.
- Ebisch R. March 2005. Prescription for change. Information management is designed to cure an industry's chronic condition. *Teradata magazine*.
- El Mercado Farmacéutico Mundial. Una Breve Mirada. 2009. <http://www.docstoc.com/docs/3245677/LA-INDUSTRIA-EL-MERCADO-FARMAC%3%89UTICO-MUNDIAL-UNA-BREVE-MIRADA-FARMAC%3%89UTICA>
- Escuela de Farmacia «Dr José María Bianco», Facultad de Farmacia. 2009. <http://web.ucv.ve/Farmacia/historia/>
- Esteba de Sagrera J. 2006. El tabaco. Droga mágica, medicamento y veneno. *OFFARM* 25(9): 98-104.
- Gosselin R. 1950. Massachusetts Prescription Survey (master's thesis). Boston: Massachusetts College of Pharmacy.
- Greene JA. 2007. *Pharmaceutical Marketing Research and the Prescribing Physician*. *Ann Int Med* 146(10): 742-748.
- Hadzovic S. 1997. Pharmacy and the great contribution of Arab-Islamic science to its development. *Medicinski Arhiv* 51(1-2):47-50.
- Insulina. 2009; <http://es.wikipedia.org/wiki/Insulina>
- Intercontinental Marketing Services, IMS. History. 2009. <http://www.fundinguniverse.com/company-histories/IMS-Health-Inc-Company-History.html>
- Kelly E. 2005. Pharmaceutical Sales and Marketing Challenging Times in Changing Market. *Drugs & Market Development*. 16(5):954-957.
- Kumar P, Zaugg AM. 2003. IMS review: Steady but not stellar. *MM&M*. 50-53
- La Industria Farmacéutica. 2009. [http://es.wikipedia.org/wiki/Industria\\_farmac%C3%A9utica](http://es.wikipedia.org/wiki/Industria_farmac%C3%A9utica)
- Laboratorios Organon, Venezuela. 2009. [www.organon.com.ve/about/facts/history/index.asp](http://www.organon.com.ve/about/facts/history/index.asp)
- Laboratorios Schering, Venezuela. 2009; [www.schering.com.ve](http://www.schering.com.ve)
- López Ramírez T. 1945. Algunos datos sobre la menstruación, la preñez, el aborto y el parto entre los indígenas venezolanos. *Acta Venez*. 1(1) Jul-Sept.
- Moreno Guarache LF. 2002. Palabras del Dr Luis Fernando Moreno Guarache en el acto de entrega de placa como Profesor Honorario de la Universidad de Oriente. Curso de Posgrado en Obstetricia y Ginecología. *Rev Obstet Ginecol Venez* 62: 225-228.
- Morris Piersol M. Medical director of the National Disease and Therapeutic Index. In: Dowling H, Filmore H. Filmore Dowling papers. 1908-1979. Located at: Modern Manuscripts Collection, History of Medicine Division, National Library of Medicine, Bethesda, MD; MS C 372; Box 11, Folder «Physicians-Drug Lists». (citado por Greene).
- OIG compliance program guidance for pharmaceutical manufacturers. 2003. Department of Health and Human Services. Office of Inspector General. *Fed Regist* 68: 23731-23743.
- Orduño Pereira FA. 2004. Manual del Visitador Médico. Ed Diaz de Santos. España. 104.
- PDR Vademécum. 2009. [http://www.pdrvademecum.com/pantalla\\_paises.asp](http://www.pdrvademecum.com/pantalla_paises.asp)
- Penicilina. 2009. <http://es.wikipedia.org/wiki/Penicilina>
- Petersen AF. 1951. *J AM Pharm Ass*. 12:212.
- Pharmaceutical Marketing. 2009. [http://en.wikipedia.org/wiki/Pharmaceutical\\_marketing](http://en.wikipedia.org/wiki/Pharmaceutical_marketing)

- Pharmaceutical Research and Manufacturers of America. 2002. Principles on conduct on clinical trials and communication of clinical trial results. Washington DC. PhRMA.
- Pharmaceutical Research and Manufacturers of America. 2002. Code of interactions with healthcare professionals. Washington DC PhRMA.
- Protection of human subjects. 2006; 42 C.F.R. /46.
- Stanford University School of Medicine. 2006. Policy and guidelines for interactions between the SUSM and Clinics and Lucile Packard Children`s Hospital with the pharmaceutical, biotech, medical devices and hospital and research equipment and supplies industries. Stanford CA. SUSM.
- Studdert DM, Mello MM, Brennan TA. 2004. Financial conflicts of interest in physicians` relationship with the pharmaceutical industry – self regulation in the shadow of federal prosecution. N Eng J Med 351:1891-1900.
- Temin P. 1980. Taking your Medicine: Drug regulation in the United States. Cambridge, Mass. Harvard University Press.
- The United States Pharmacopeia. 2009. <http://antiquecannabisbook.com/Appendix/AppendixC.htm>
- Thompson S. 2005. Manual del Visitador Médico para mercados de alta competencia. [www.promofar.com](http://www.promofar.com)
- Wazana A. 2000. Physicians and the pharmaceutical industry. Is a gift ever just a gift? JAMA. 283: 373-380.
- Young JH. 1961. The toadstool millionaires: A social history of patent medicines in America Before Federal Regulation. Princeton, NJ. Princeton University Press.