

Leon Eisenberg

Psiquiatría y derechos humanos: la prioridad es el bien del paciente

Discurso de aceptación del Premio Juan José López Ibor*

Profesor en Medicina Social y Psiquiatría, Emérito
Department of Global Health and Social Medicine
Harvard Medical School

Me siento muy honrado al recibir el Premio Juan José López Ibor de 2008 de la World Psychiatric Association. La Fundación López Ibor ha creado este Premio «en reconocimiento... de las contribuciones científicas que llevan a un mayor conocimiento de las enfermedades psiquiátricas, a la par que se comprometen activamente en labores en pro de la dignidad humana de los pacientes y sus familias». Quisiera creer que estas son las características que describen mi propia carrera. Por ello, el tema central de este discurso será la esencia del ser médico que reside en anteponer el bien del paciente.

La medida en que la medicina se ha alejado de este principio ya queda evidenciada en este único dato alarmante:

«Los pacientes con graves enfermedades mentales mueren 25 años antes que la población general¹.»

Fallecen por abandono psiquiátrico, médico y social. En cualquier caso, el problema se está agravando². El abandono o la negligencia da lugar al no reconocimiento y a la falta de tratamiento de enfermedades cardiovasculares y respiratorias, de diabetes y sus complicaciones, de enfermedades infecciosas inclusive el VIH y de otras enfermedades que afectan a personas mal alojadas, mal alimentadas y a los abandonados^{3,4,5}. El cuidado de las personas con enfermedades mentales graves debería haber sido objetivo central de nuestras carreras profesionales; la defensa de sus derechos debería haber sido nuestro papel como ciudadanos. En lugar de ello, nos hemos enzarzado en debates solipsísticos sobre el cerebro frente a la mente —sobre la psicoterapia frente a los fármacos— sobre los genes frente al entorno. Tan preocupados por nuestras teorías y nosotros mismos, que hemos abandonado a los pacientes más enfermos.

La crítica de la psiquiatría contemporánea que voy a plantear se refiere a la psiquiatría en Estados Unidos porque éste es el país que mejor conozco. La historia difiere en importantes aspectos del devenir de otros países; por ejemplo, el psicoanálisis nunca ha alcanzado la hegemonía en el Reino Unido⁶; sin embargo, en agosto de 2008, nuestros colegas británicos vieron la necesidad de llamar a una movilización conjunta en contra de lo que ellos consideran «la degradación de los aspectos médicos» de los cuidados. Critican a los servicios de salud mental que son «más idóneos para ofrecer un apoyo psicosocial no específico que una evaluación diagnóstica global de base amplia que lleva a tratamientos específicos»⁷. Si vuelvo la mirada a la situación actual, se evidenciará más una convergencia que una divergencia entre la psiquiatría en Estados Unidos y los otros países representados en este Congreso Mundial.

En la primera mitad del siglo XX, la psiquiatría americana estaba prácticamente «descerebrada». ¿Exagero? Las dos primeras ediciones de la American Psychiatric Association (APA), de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Diseases^{8,9} enumeraban la esquizofrenia y los trastornos maniaco-depresivos bajo el epígrafe de «psicosis psicogénicas». En la segunda mitad del siglo XX, la psiquiatría pasó prácticamente a «perder la mente». ¿Exagero? La estadística más reciente del número de psiquiatras que ofrecen psicoterapia durante la atención al paciente se ha reducido de alrededor de la mitad a menos de un tercio sólo en los últimos nueve años¹⁰. La psiquiatría unilateral despoja a los pacientes de su dignidad humana negándoles una atención global¹¹. Ahora, que ha llegado el siglo XXI, nos acecha una amenaza mayor: el riesgo de ser captados por la industria farmacéutica.

«PSIQUIATRÍA DESCEREBRADA»

Cuando empecé mi formación en la década de 1950, el psicoanálisis era la ideología dominante en la psiquiatría académica. ¿Cómo se había llegado a este punto? Los psiquiatras descriptivos tenían poca consideración; en el mejor de los casos, su diagnóstico no era fiable y tenía poca influencia en el tipo de tratamiento. En su mayoría, las incipientes ciencias cerebrales carecían de relevancia para

*Presentado en el Congreso Mundial de Psiquiatría de 2009

Correspondencia:
Leon Eisenberg
Harvard Medical School
651 Huntington Avenue, FXB 711B
Boston, MA 02115-6009 USA
E-Mail: Leon_Eisenberg@HMS.Harvard.edu

la práctica clínica. La farmacopea psiquiátrica se limitaba a hipnóticos y sedantes. Lo que se nos enseñaba estaba basado en opiniones y no en indicios. Dada la novedad y el aire literario de las «explicaciones» psicoanalíticas, la predisposición con la que las aceptaron los pacientes y el hecho de que la mayoría de los pacientes ambulatorios ansiosos y deprimidos mejorara, hizo que todo el mundo creyera en ellas, a excepción de los más escépticos. Era lo que creíamos saber lo que nos nublabla la vista. En el libro de Berthold Brecht, *La vida de Galileo*, el astrónomo advierte a sus estudiantes:

«Una de las principales causas de pobreza en la ciencia es el bien imaginario. El objetivo de la ciencia no es abrir la puerta a una sabiduría infinita, sino establecer los límites de una infinitud de errores¹².»

Sin embargo, la psiquiatría no ha sido, en modo alguno, la única especialidad médica con «bienes imaginarios»; la mayor parte de las recomendaciones terapéuticas en medicina y cirugía se basaron en creencias y no en hechos; no empezaron a introducirse los ensayos controlados aleatorizados (ECA) en la investigación médica hasta finales de la década de 1940^{13,14,15}.

La investigación en psicoterapia era escasa. La que había, sugería mejores resultados entre los pacientes tratados que en los «controles» de la lista de espera, aunque había muchas contradicciones en los «indicios». A pesar de las diferencias en las técnicas que empleaban los terapeutas, los resultados psicoterapéuticos eran considerablemente similares. Incluso más problemático resultaba el hecho de que los terapeutas con experiencia no parecían obtener mejores resultados que los novatos ¡a los que decían enseñar! Jerome Frank (1961)¹⁶ llegó a la conclusión de que estos hallazgos se debían a procesos no específicos comunes a todas las psicoterapias: relación de confianza con el terapeuta; «explicaciones» provisionales del malestar del paciente; animar a encontrar soluciones nuevas a problemas viejos y la recuperación de la moral. Sus hallazgos no fueron bienvenidos y su trabajo fue ignorado. Los jóvenes estudiantes siguieron viendo la terapia psicodinámica a largo plazo como algo intelectualmente fascinante, desconsiderando por completo el hecho de que el coste anual de un psicoanálisis suponía más del 80% del ingreso medio de un trabajador americano medio¹⁷. Los pacientes psiquiátricos más gravemente enfermos fueron abandonados a un sector público con falta de personal y financiación.

INTENTO DE ACEPTAR LOS INDICIOS

En medio de este mundo al revés de la práctica, la APA convocó su segunda Conference on Psychiatric Education¹⁸. Los participantes coincidieron en que el plan de estudios debía incluir mucha más psicofarmacología y un mayor conocimiento de antropología, psicología y sociolo-

gía, quizás incluso de epidemiología. Las necesidades de dotación de personal profesional impedía la prolongación del período de formación. En la sesión plenaria de clausura, me levanté para llamar la atención sobre una supervisión obvia: eran los planes de estudios existentes los que debían acortarse para dar cabida a nuevos temas y nuevas prácticas. Como nadie había propuesto elisiones, sugerí la necesidad de una reducción drástica de las horas dedicadas al psicoanálisis, no sólo porque este tiempo era necesario, sino también porque el psicoanálisis ahoga la curiosidad científica ofreciendo respuestas irrefutables y desviando el camino de la carrera de la investigación y enseñanza a la práctica privada. Los estudiantes adquirirían, con un enorme coste para su propio desarrollo, una «técnica» terapéutica que aseguraba un trabajo cotidiano interesante y un estilo de vida confortable, pero que en su conjunto no se adecuaba a las necesidades públicas¹⁹.

Nunca antes (ni tampoco nunca después) he ejercido un efecto tan electrificante en una audiencia. Antes de poder finalizar mis comentarios, los líderes de la psiquiatría americana ya estaban haciendo cola en los micrófonos para rebatir mis opiniones. Insistían en que el psicoanálisis era «la ciencia base de la psiquiatría». Sabían que el análisis era eficaz; al fin y al cabo, ellos mismos habían completado uno y (evidentemente) yo no. Reclamaban que sus estudiantes trabajaban en el sector público y estaban investigando (sin especificar ni dónde ni el qué). Nadie en la audiencia secundó mi crítica. Cuando se publicó el volumen de la conferencia, mi «opinión disidente» fue relegada a una nota al pie de cinco frases¹⁸. Sin embargo, una década después, cuando se convocó la siguiente Conference on Education of the APA, como el cambio más importante que se había producido en la formación se destacó la «desenfazación en la orientación psicoanalítica»²⁰.

¿CÓMO LLEGAMOS A «PERDER LA MENTE»?

¿Es que puedo atribuirme esta transformación? ¡Ni por un momento!, y no es porque no lo haya intentado. Desde los inicios de mi carrera, he cuestionado los dogmas freudianos en las reuniones profesionales²¹. Introduje los ensayos clínicos aleatorizados en la psiquiatría infantil y recibí el primer premio por un ECA en pediatría del Psychopharmacology Service Branch of the National Institute of Mental Health (NIMH)²². Nuestro grupo de investigación demostró que dos de los fármacos «tranquilizantes» (meprobamato y proclorperazina) eran significativamente peores que el placebo en el tratamiento de niños con trastornos de la conducta, debido a su toxicidad²³. Pasamos a demostrar que la dextroanfetamina²⁴ y el metilfenidato²⁵ eran eficaces en niños con trastornos hiperactivos de la conducta, una patología por la que, entonces, pocos recibían tratamiento, cuando ahora es «epidémica»²⁶. He dado mi opinión sobre la importancia capital de evaluar los resultados de las intervenciones psiquiátricas; las buenas intenciones no garantizan buenos resultados sin una investigación sistemática sobre la eficacia de los programas nuevos²⁷:

«Asistiremos a una sucesión de "revoluciones" en psiquiatría, cada una de las cuales se basará en el redescubrimiento del tratamiento moral, pero ninguna avanzará más allá del punto de partida de sus predecesoras.»

Mi crítica fue inútil. La psicoterapia ha sido expulsada del mercado de la atención médica por dos fuerzas: una, la eficacia de los fármacos psicotrópicos y otra, el control de coste implantado por las organizaciones de mantenimiento de la salud en manos privadas (Health Maintenance Organization, HMO) y las mutuas sanitarias.

El descubrimiento de los fármacos psicoactivos ha cambiado enormemente la práctica clínica. Aclamamos la llegada de los fármacos como una segunda revolución psiquiátrica, de igual importancia que la primera que se produjo cuando Pinel en Francia, Tuke en Inglaterra y Chiarugi en Italia introdujeron el tratamiento moral de los enfermos mentales²⁸. Tan impresionada estaba la mayor parte de los psiquiatras que dieron pleno crédito a los fármacos como para vaciar los abarrotados hospitales estatales de Estados Unidos. De hecho, la instauración de la desinstitutionalización precedió a la introducción de los fármacos en comunidades en donde las políticas de «hospital abierto» y «psiquiatría comunitaria»²⁹ se habían introducido en las postrimerías de la Segunda Guerra Mundial³⁰: los fármacos sólo fueron decisivos en hospitales en los que los pacientes se encontraban en «régimen de depósito»³¹. La «desinstitutionalización» fue dirigida por las fuerzas económicas (desplazamiento del presupuesto estatal al federal), por la «transinstitutionalización» de los pacientes de edad avanzada (de hospitales estatales a residencias) y por pacientes dados de alta a hoteles de transición sin atención de seguimiento³². La práctica psiquiátrica pasó drásticamente de la terapia de la conversación a la farmacoterapia. Las ventas de fármacos de prescripción en medicina aumentaron de 664 millones de US\$ en 1970 a 23.500 millones de dólares en 2006, un incremento de casi 40 veces³³. Los laboratorios farmacéuticos se convirtieron en los principales actores del complejo médico industrial³⁴. Sus inversiones para presionar políticamente al Congreso de Estados Unidos han aumentado vertiginosamente³⁵. El dinero no tiene ideología; va a cualquier político que se ponga a tiro.

PAPEL DE LA PSICOFARMACOLOGÍA

Como los nuevos fármacos parecían ser específicos de diagnóstico, la nueva fiabilidad de los diagnósticos psiquiátricos existentes se convirtió en un tema problemático³⁶. Los estudios sobre las extrañas discrepancias entre los datos de Estados Unidos y el Reino Unido en la prevalencia de esquizofrenia y depresión revelaron que los hallazgos se debieron más a diferencias en la práctica diagnóstica que a diferencias en la prevalencia de las enfermedades³⁷. Una vez estandarizados los criterios, disminuyeron las diferencias. Este tipo de estudios dio ímpetu al desarrollo del Diagnostic and Statistical Manual, DSM III operacionali-

zado de la APA³⁸. Conforme fueron incrementando los costes de la atención psiquiátrica, también incrementaba el mercado de la tercera edición del DSM y las siguientes^{39,40}; las ventas ascendieron de 300.000 copias en 1973 a 1,5 millones de copias y los ingresos de la APA aumentaron de 500.000 dólares a 93 millones de dólares⁴¹. El DSM pasó a ser indispensable en la codificación de servicios de salud mental y para la legitimación de los reembolsos a instituciones y médicos. El DSM es importante para los *Big Pharma*. Como el diagnóstico legitima el tratamiento, las compañías farmacéuticas pretenden criterios diagnósticos inclusivos. Los falsos positivos resultan rentables; ¡los falsos negativos significan pérdida de dinero! ¿Es que los laboratorios farmacéuticos desempeñaron un papel en la creación del DSM-IV? Cosgrove et al.⁴² así lo sugirieron. La mayoría (56%) de los 170 miembros del comité responsable de la revisión de DSM-IV tenía vínculos con la industria, incluyendo todos los miembros del comité para «Trastornos afectivos» y «Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos». El hecho de recibir fondos de compañías farmacéuticas no establece que, de por sí, los conferenciantes con vínculos industriales votaran en función de sus carteras, sin embargo, tampoco pueden cerrarse las puertas a esta posibilidad.

FLORECIMIENTO DE LA NEUROCIENCIA

La psicofarmacología causó otros cambios. Ayudó a devolver el cerebro a la psiquiatría, y ¡bienvenido sea! Floreció la neurociencia. Cuando entré en la Society of Neuroscience en el momento de su fundación en 1969, me convertí en el miembro nº 91; actualmente, ¡hay más de 38.000! Estas cifras representan el crecimiento exponencial de la investigación en neurociencias. Nuestros conocimientos sobre el sistema nervioso central se han ampliado enormemente, pero a un coste nada despreciable. La gran elegancia de las neurociencias ha reforzado la «tautología neurologizante»; es decir, la creencia de que «únicamente son científicos aquellos datos que pueden reducirse a términos de células nerviosas»⁴³. No obstante, lo que los farmacólogos menosprecian con el nombre de «efecto placebo» —sería más acertado hablar de «efecto del médico»— dota a sustancias inertes del poder de aliviar el dolor del cáncer, invierte los síntomas psicóticos e incluso reduce las tasas de recurrencia de oclusión coronaria⁴⁴.

Me refiero a los hallazgos de un ensayo clínico aleatorizado a doble ciego sobre el clofibrato, un fármaco administrado para reducir la mortalidad de la cardiopatía coronaria tras un ataque cardíaco previo⁴⁵. Entre los 1.100 varones en el grupo de estudio con clofibrato, aquellos que tomaron sus comprimidos durante más del 80% del tiempo presentaron una mortalidad significativamente inferior a los cinco años (15%) que aquellos que lo tomaron con menor frecuencia (24,6%). A primera vista, los datos sugieren que el clofibrato es un fármaco muy eficaz cuando se toma según indicación. Sin embargo, entre los 2.800 varones en el grupo de estudio con placebo, aquellos que tomaron su placebo durante el 80% del tiempo

también experimentaron una mortalidad significativamente inferior a los cinco años (15,1 %) en comparación con los que no cumplieron (28,3 %). El fármaco como tal no tuvo efecto en la mortalidad, pero el cumplimiento sí la tuvo, ¡a un valor p con 16 decimales! Los investigadores respondieron lamentando que «estos hallazgos... demuestran las serias dificultades... en evaluar la eficacia en subgrupos determinados por respuestas de pacientes...». ¡Cuán extraordinariamente estrecha es la mira de esta respuesta! Si la reducción de la mortalidad se hubiera asociado al fármaco, ¡las acciones de la compañía se habrían disparado! ¿Por qué no nos tomamos los correlatos de la conducta de cumplimiento en serio? ¿Es que reflejaba cambios en los hábitos de tabaquismo y consumo de alcohol, en la dieta, en el ejercicio, en otras conductas relacionadas con la salud o es que el cumplimiento representaba diferencias genéticas? Nunca lo sabremos: el cumplimiento fue la única conducta medida.

El más potente de los fármacos es inútil si no se toma. Un determinante importante para que se tome un medicamento y se haga en los intervalos concordantes con su farmacocinética es la relación del paciente con el médico⁴⁶. Es probable que el efecto del médico favorezca (o reduzca) el impacto de un medicamento farmacológicamente activo. Los pacientes necesitan que se les escuche y atienda, tener la oportunidad de explicar su historia y tener la posibilidad de revisar sus opciones terapéuticas. Desterrar la «psique» de la psicofarmacoterapia es dar de menos al paciente, tanto como lo es desterrar la «farmacología».

LOS MOTIVOS ECONÓMICOS HACEN SU ENTRADA EN LA ATENCIÓN DE SALUD

La atención de salud ha sido una industria casera, ineficaz, mal dirigida y poco organizada. Ofrecía una oportunidad ideal para inversiones rentables. Los inversores comparaban y creaban mutuas de salud, HMO, cadenas hospitalarias, compañías de equipos médicos, grupos de prácticas y centros diagnósticos basados en tecnología. La medicina se comercializó⁴⁷. Los hospitales psiquiátricos se convirtieron un artículo atractivo. ¿Por qué? Solomon Brothers, una compañía de *brokers* de Wall Street, lo explicaba así a sus clientes en una asesoría de 1984:

«El hospital psiquiátrico es un subsegmento atractivo de la industria hospitalaria. La atención hospitalaria... tiene una incidencia previsible y creciente y es lo *suficientemente compleja para hacer que la labor de control de costes sea complicada* (cursiva añadida)...»

La compañía describía las barreras del control de costes como:

«Imprecisión en el diagnóstico...» «falta de tratamientos estandarizados» e «incapacidad de medir el período de recuperación».

¡Aquellos mismos aspectos de la atención psiquiátrica que más preocupaban (o más deberían haber preocupado) a los psiquiatras eran buenas noticias para los inversores⁴⁸!

Cuando las HMO empezaron a dominar el mercado de la medicina en Estados Unidos, John McKinlay y John Arches⁴⁹ redactaron un artículo profético sobre la «proletarización» del médico norteamericano. Conforme los médicos perdían el control de los «medios de producción» en pro de *managers* corporados del sistema de salud, pasaron a ser los «asalariados», a los que aludía Marx (que, evidentemente, ¡se consideraban mejor pagados!), sometidos al control y a los incentivos establecidos por los propietarios del sistema de salud mercantilizado. Conforme fueron creciendo las HMO, la centralización organizativa se hizo más y más predominante, alejando cada vez más la toma de decisiones de los lugares en donde los médicos atienden a sus pacientes. Los médicos se convirtieron en los ejecutivos de los nuevos sistemas y subieron en la jerarquía, desviada del comportamiento como médicos a una actuación más parecida a la de los directivos de empresa.

INFLUENCIA DE LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA EN LOS MÉDICOS

Los laboratorios farmacéuticos blanden sus enormes recursos financieros para moldear la práctica médica. No nos resulta sorprendente que la investigación patrocinada por la industria favorezca con mayor frecuencia el fármaco del patrocinador que la investigación independientemente patrocinada. Turner et al.⁵⁰ observaron que se habían publicado 37 de los 38 estudios positivos sobre antidepresivos, mientras que 33 de los 36 estudios negativos o no fueron publicados o se publicaron con un cariz tal que parecían positivos. Merck ha retenido sistemáticamente parte de los informes sobre la mortalidad de su fármaco, rofecoxib, al que se atribuye un efecto de ralentización de avance de la enfermedad de Alzheimer⁵¹; Merck ha creado artículos clínicos de *ghost-authored* y *guest-authored* redactados por empleados de la compañía, pero publicados bajo el nombre de académicos⁵². Warner-Lambert^{53,54} pagaron millones de dólares a los «líderes de opinión» para promover el uso fuera de indicación de la gabapentina en el tratamiento de trastorno bipolar en directa violación de las normas de la Food and Drug Administration (FDA). Fueron multados, pero, lamentablemente, la multa fue una minucia en comparación con el incremento en ventas. Los psiquiatras han sido lentos en considerar el coste a largo plazo de los fármacos psicotrópicos. En breve, se publicarán los datos de un estudio longitudinal que demuestra que los pacientes con esquizofrenia pierden tejido cerebral a una tasa superior a la de los controles y que la exposición a fármacos psicotrópicos incrementa esta tasa de pérdida⁵⁵. El plazo para reevaluar la relación de coste/beneficio está más que vencido.

Desde que, en 1985, la FDA abolió la limitación de la publicidad directa al consumidor (*direct-to-consumer* [DTC]), Estados Unidos se ha convertido en uno de los dos únicos países industrializados que lo permite (Nueva Zelanda es el otro). La publicidad DTC ha crecido exponencialmente de 12 millones de dólares en 1989 a 3.450 millones de dólares en 2004⁵⁶. Los pacientes llegan a la consulta del médico con un diagnóstico ya preparado, derivado de lo visto en la televisión y que genera la solicitud de fármacos específicos. ¡Al médico le resulta más sencillo coincidir, que tomarse el tiempo de explicarle por qué no es así! Esto ya lo sabía Kafka que, en su cuento *Médico rural* escribe: «redactar recetas es sencillo, pero llegar a entenderse con la gente resulta complicado»⁵⁷.

La publicidad DTC de los tratamientos de la enfermedad bipolar (EBP) es cada vez más habitual. Las compañías farmacéuticas hacen circular prospectos de «formación del paciente» con listas de síntomas y animan al uso de «diarios del humor» para evidenciar el «riesgo» de EBP. Las compañías subvencionan a grupos legos que presionan para más servicios. En 2003, la Child and Adolescent Bipolar Foundation convocó una reunión para elaborar «directrices de tratamiento». La reunión fue patrocinada por «becas de formación» de Abbott-AstraZeneca, Eli Lilly, Forrest, Janssen, Novartis, y Pfizer⁵⁸. ¿Quién está utilizando a quién? En las convenciones de psiquiatría, los laboratorios farmacéuticos pagan los «simposios satélite» acreditados para la formación médica continuada (FMC) en los que académicos prominentes reciben honorarios considerables por sus conferencias sobre diagnóstico y tratamiento. ¡Una tercera parte de los simposios patrocinados por compañías farmacéuticas en la reunión de la APA en 2003 trataba del trastorno bipolar!⁵⁹ La subvención de sociedades médicas especializadas se ha convertido en algo universal. En respuesta a la encuesta de Grassley, un senador norteamericano, el Director Médico de la APA refirió que «los ingresos farmacéuticos supusieron 14 millones de dólares o el 28% del presupuesto de la APA de 2007...»⁶⁰.

REMUNERACIÓN DIRECTA A MÉDICOS

Sin embargo, las compañías farmacéuticas no se limitan a lo que eufemísticamente denominan FMC. Remuneran directa y descaradamente a los médicos. Los fabricantes de prótesis de cadera y rodilla han llegado a pagar a 51 ortopedas más de 1 millón de dólares, *respectivamente*, para que implantaran sus dispositivos⁶¹. La mayoría de los médicos de Estados Unidos tiene relaciones económicas con la industria que pueden ir desde aceptar comidas, muestras y honorarios modestos a sumas muy elevadas de consultoría o conferencias^{62,63}. En Minnesota, el único estado que exige informes públicos sobre todos los pagos comerciales a médicos, las remuneraciones aumentaron más de seis veces entre 2000 y 2005. Durante ese intervalo, las prescripciones de antipsicóticos a niños aumentaron nueve veces. ¿Causa o coincidencia? Los psiquiatras que recibieron 5.000 dólares o más de los fabri-

cantes de «antipsicóticos atípicos» recetaron tres veces más este tipo de prescripciones que los psiquiatras que habían recibido importes inferiores^{64,65}. ¿Causa o coincidencia? La industria se basa en evidencias cuando computa la rentabilidad, incluso aunque los médicos no lo hagan a la hora de prescribir. La conciencia pública de las influencias de la industria farmacológica en las prácticas de prescripción de los médicos ha hecho disminuir el cumplimiento, cuando los pacientes sospechan que las recomendaciones de los médicos son para el bien del médico y no para su propio bien⁶⁶.

INICIATIVAS PARA LA REFORMA

En la actualidad, se está alzando una clara oposición contra los vínculos económicos entre médicos e industria, representada por las principales eminencias en medicina, las revistas médicas y las organizaciones médicas. Marcia Angell⁶⁷, antigua editora de *New England Journal of Medicine*, destaca que «evidentemente es absurdo» esperar que las compañías de inversores presenten una evaluación no sesgada de sus propios productos. Susan Fletcher⁶⁸, Presidente de una Macy Conference on Continuing Education, documenta la unanimidad de los participantes en la conferencia en cuanto a que la FMC, si ha de estar acreditada, no debe estar patrocinada comercialmente debido al riesgo de que el contenido esté distorsionado. Murad Khan⁶⁹, Catedrático de Psiquiatría en la Universidad Aga Khan en Karachi, recalca con alarma la enorme dadivosidad que prodigan las compañías farmacológicas entre los psiquiatras en países con escasos recursos como Pakistán, para promover fármacos a precios prohibitivos para la amplia mayoría de los pacientes paquistaníes. Alfredo Pisacane⁷⁰ de la Universidad de Nápoles y Arnold Relma⁷¹ de la Universidad de Harvard objetaron contra las subvenciones de la industria para la FMC que debe estar exclusivamente en manos de la profesión. *Nature Neuroscience* ha publicado un editorial sobre la crisis de credibilidad de la psiquiatría infantil debido a las grandes sumas que los investigadores clínicos han recibido de la industria farmacéutica⁷². La American Association of Medical Colleges (AAMC) representa todas las facultades de medicina acreditadas en Estados Unidos y los principales clínicos universitarios. El Consejo de la AAMC⁷³ adoptó de forma no unánime una propuesta de fuerza de trabajo para que los patrocinios de la industria fueran canalizados a través de una oficina central en cada facultad médica más que ofrecida individualmente a los departamentos. La facultad no debe participar en las «plantillas de conferenciantes» de la industria. Las facultades y los hospitales no deben permitir que los representantes accedan a estudiantes de medicina o internos en el campus. El American Medical Association's (AMA) Council on Ethical and Judicial Affairs (CEJA)⁷⁴ planteó una propuesta incluso más estricta. Recomendó que ni los médicos individuales ni las instituciones médicas debían aceptar fondos de compañías farmacéuticas para la formación médica. Las propuestas del CEJA fueron discutidas por el Comité de Referencia de la

AMA; la discusión se vio dominada por la preocupación ante la posibilidad de perder los fondos industriales. Ese Comité volvió a remitir el informe al CEJA para su «posterior revisión». No obstante, en mi opinión, ya es un signo bastante remarcable de estos tiempos que se llegase a permitir la entrada de una declaración tan espléndida a la casa de la AMA.

Insto a que nos unamos en la cruzada para volver a la medicina con sus valores fundamentales. En el primer libro de la *República* de Platón, Sócrates afirma:

«La medicina no considera los intereses de la medicina, sino los intereses del paciente... Ningún médico, en tanto que sea médico, considera su propio bien en lo que practica, sino el bien de su paciente...»

Evidentemente, Sócrates sabía que los médicos debían ser recompensados. Decía que el arte de la medicina se acompañaba del «arte de pagar», pero añadió que la medicina no es «el arte de recibir pagos simplemente porque una persona cobre honorarios cuando se dedica a la curación.»

Contrastemos ese ideal con el objetivo egocéntrico de la atención médica orientada en el beneficio de los inversores propietarios. En las palabras del galardonado con el Nóbel en Economía, el Profesor Milton Friedman de la Universidad de Chicago⁷⁵:

«Existen pocas tendencias que puedan socavar tan profundamente los propios fundamentos de nuestra sociedad libre como el que los directores ejecutivos acepten una responsabilidad social distinta a la de *hacer ganar el máximo dinero posible a sus accionistas.*»

No existen dos objetivos que pudieran ser más opuestos: el bien del paciente; el bien del accionista. Ninguna elección podría ser más clara. Algunos colegas han pasado a referirse con tanta facilidad a «vidas cubiertas», «clientes» y «proveedores» como en mi generación utilizábamos el curioso vocabulario de «pacientes» y «médicos». Las palabras son importantes; las palabras encarnan los valores.

Los médicos son adeptos al arte de la medicina; los pacientes deben ser capaces de confiar en sus médicos. Los proveedores son adeptos al arte de pagar; los clientes harán bien en tener cuidado con los proveedores. El suministro de la atención médica no es un acontecimiento primariamente legal o fiscal; es una transacción moral.

BIBLIOGRAFÍA

1. Parks, J, Svendsen D, Singer P, Foti ME. Morbidity and Mortality in People with Serious Mental Illness. Morbidity and Mortality Weekly Report (October, 2006). www.NASMHPD.org.
2. Saha S, Chant D, McGrath J. A systematic review of mortality in schizophrenia: is the differential mortality gap worsening over time? Arch Gen Psychiatry 2007; 64(10):1123-1131.
3. Brown S, Birtwistle J, Roe L, Thompson C. The unhealthy lifestyle of people with schizophrenia. Psychol Med 1999; 29:697-701.
4. Brown S, Inskip H, Barraclough B. Causes of the excess mortality of schizophrenia. Br J Psychiatry 2000; 177:212-217.
5. Osborn DPJ, Levy G, Nazareth I, Petersen I, Islam A, King H. Relative risk of cardiovascular and cancer mortality in people with severe mental illness from the United Kingdom's General Practice Research Database. Arch Gen Psychiatry 2007; 64:242-249.
6. Lewis A. Letter from Britain. Am J Psychiatry 1953; 110:404-405.
7. Craddock N, Antebi D, Attenburrow M J, Bailey A, Carson A, Cowen P, et al. Wake-up call for British psychiatry. Br J Psychiatry 2008; 193:6-9.
8. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Diseases, First edition. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1952.
9. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Diseases, Second edition. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1968.
10. Mojtabai R, Olfson M. National trends in psychotherapy by office-based psychiatrists. Arch Gen Psychiatry 2008;65:962-970.
11. Eisenberg L. The right to health care: for patients or for profits? Am J Psychiatry 1986a;143:1015-1019.
12. Brecht B. Life of Galileo. En J Willet, R Manheim (Eds.). New York: Arcade Publishing;1940, 1994.
13. Medical Research Council. Streptomycin treatment of tuberculous meningitis. Lancet 1948;1:582-596.
14. Medical Research Council. Streptomycin treatment for pulmonary tuberculosis. Br Med J 1948;11:769-782.
15. Beeson PB. Changes in medical therapy during the past half-century. Medicine 1980;59:79-99.
16. Frank JD. Persuasion and Healing. Baltimore: The Johns Hopkins Press; 1961.
17. Rogow A. The Psychiatrists. New York: Putnam; 1970.
18. Barton W, Malamud W. Training the psychiatrist to meet changing needs. Washington, DC: American Psychiatric Association;1963. p. 8.
19. Eisenberg L. Discussion. En: PH Hoch, J Zubin (Eds). The Future of Psychiatry. New York: Grune and Stratton; 1962a. p. 251-255.
20. Rosenfield AH. Psychiatric Education: Prologue to the 1980s. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1976.
21. Eisenberg L. If not now, when? Am J Orthopsychiatr 1962b; 32:781-93.
22. Conners CK. Clinical Use of Stimulant Drugs in Children: Proceedings of a Symposium held at Key Biscayne, Florida, 5-8 March, 1972. New York: American Elsevier Publishing Co., Inc; 1974.
23. Cytryn L, Gilbert A, Eisenberg L. The effectiveness of tranquilizing drugs plus supportive psychotherapy in treating behavior disorders of children. Am J Orthopsychiatry 1960; 30:113-129.
24. Eisenberg L, Lachman R, Molling P, Lockner A, Mizelle J, Conners K. A psychopharmacologic study in a training school for delinquent boys. Am J Orthopsychiatry 1963; 33:431-447.
25. Eisenberg L. The role of drugs in treating psychiatric disorders in children. Children 1964;11:167-173.
26. Eisenberg L. When «ADHD» was «the Brain-Damaged Child». J Child Adolesc Psychopharmacol 2007;17(3):279-283.

27. Eisenberg L. The need for evaluation. *Am J Psychiatry* 1968; 124:1700-1701.
28. Eisenberg L. Psychiatric intervention. *Scientific American* 1973; 229:116-127.
29. Jones M. *The Therapeutic Community*. New York: Basic Books; 1952.
30. Shepherd M, Goodman N, Watt DC. The application of hospital statistics in the evaluation of pharmacotherapy in a psychiatric population. *Comprehens Psychiatry* 1961; 2:11-19.
31. Odegaard O. Patterns of discharge from Norwegian psychiatric hospitals before and after the introduction of psychotropic drugs. *Am J Psychiatry* 1964;120:772-8.
32. Grob GN. *The Mad Among Us*. Cambridge, MA: Harvard University Press; 1994.
33. Catlin A, Cowan C, Hartman M, Hartman M, Heffer S, et al. National health spending in 2006: a year of change for prescription drugs. *Health Affairs* 2008;27(1):14-29.
34. Relman A. The new medical-industrial complex. *New Eng J Med* 1980; 303(17):963-970.
35. Mundy A. Drug industry boosts lobbying. *The Wall Street Journal*, 25 June 2008.
36. Klerman, GL. *The Contemporary American Scene: Diagnosis and Classification of Mental Disorders, Alcoholism, and Drug Abuse*. En: N Sartorius, A Jablensky, DA Regier, JD Burke, et al. (Eds). *Sources and Traditions of Classification in Psychiatry*. Bern: Huber; 1990. pp. 93-157.
37. Kramer M. Cross-national study of diagnosis of the mental disorders. *Am J Psychiatry* 1969;125(Suppl.I-II).
38. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Diseases*. Third edition. Washington: American Psychiatric Association; 1980.
39. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fourth edition. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.
40. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fourth Edition Revised. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
41. Pursell B. APA staff (personal communication); 2008.
42. Cosgrove L, Krinsky S, Vijayaraghavan M, Schneider L. Financial Ties between DSM-IV Panel Members and the Pharmaceutical Industry. *Psychother Psychosom* 2006;75:154-160.
43. Meyer A. Conditions for a home of psychology in the medical curriculum. *J Abnorm Psychol* 1912;7:313-325.
44. Eisenberg L. Psychiatry and society: a sociobiological synthesis. *New Eng J Med* 1977; 296:903-910.
45. Coronary Drug Research Project Research Group. Influence of adherence to treatment and response of cholesterol on mortality in the Coronary Drug Project. *New Eng J Med* 1980; 303:1038-1041.
46. Jameson KR. *An Unquiet Mind: A Memoir of Moods and Madness*. New York: Alfred A. Knopf; 1995.
47. Ginzburg E. The monetarization of medical care. *New Eng J Med* 1984;310:1162-1165.
48. Eisenberg L. Mindlessness and brainlessness in psychiatry. *Br J Psychiatry* 1986b;148:497-508.
49. McKinlay JB, Arches J. Towards the proletarianization of physicians. *Internat J Health Serv* 1985;15:161-195.
50. Turner EH, Matthews AM, Linardatos E, Tell RA, Rosenthal R. Selective publication of antidepressant trials and its influence on apparent efficacy. *New Eng J Med* 2008; 358(3): 252-280.
51. Psaty BM, Kronmal RA. Reporting mortality findings in trials of rofecoxib for Alzheimer disease or cognitive impairment. *J Am Med Association* 2008;299(15):1813-1817.
52. Ross JS, Hill KP, Egilman DS, Krumholz HM. Guest authorship and ghostwriting in publications related to rofecoxib. *J Am Med Assoc* 2008;299(15):1800-1812.
53. Harris G. Pfizer to pay \$430 million over promoting drug to doctors. *New York Times*, 14 May, 2004.
54. Melvin CL, Carey TS, Oldham JM. Introduction: Antiepileptic medications for bipolar disorder. *J Psychiatric Practice* 2008; 14(Suppl.1):7-8.
55. Dreifus C. Using imaging to look at changes in the brain: A conversation with Nancy C. Andreasen. *New York Times* (September 16, 2008).
56. Montoya ID, Lee-Dukes G, Shah D. Direct-to-consumer advertising: its effects on stakeholders. *J Allied Health Health* 2008; 37(2),116-120.
57. Kafka F. *A country doctor*. The Basic Franz Kafka. New York: Pocket Books; 1979.
58. Kowatch RA, Fristad M, Birmaher B, Wagner KD, Findling RL, Mellander M, et al. Treatment guidelines for children and adolescents with bipolar disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2005;44:213-235.
59. Healy D, LeNoury J. Pediatric bipolar disorder: An object of study in the creation of an illness. *Internat J Risk Safety Med* 2007;19(4):209-221.
60. Scully JH. Quoted in *Headlines* (a daily news briefing on psychiatry and mental health). 2008. p. 5.
61. Steinbrook R. Disclosure of industry payments to physicians. *New Eng J Med* 2008;359:557-559.
62. Campbell EG, Gruen RL, Mountford J, Miller LG, Cleary PH, Blumenthal D. A national survey of physician-industry relationships. *New Eng J Med* 2007;356:1742-1750.
63. Campbell EG, Weissman JS, Ehringhaus S, et al. Institutional academic-industry relationships. *J Am Med Assoc* 2007; 298:1779-1786.
64. Harris G, Carey B, Roberts J. Psychiatric children and drug industry's role. *New York Times*, 10 May, 2007.
65. Ross JS, Lacker JE, Lurie P, Gross CP, Wolfe S, Krumholz HM. Pharmaceutical company payments to physicians: early experiences with disclosure laws in Vermont and Minnesota. *J Am Med Assoc* 2007; 297(13):1218-1223.
66. Goff SL, Mazor KM, Meterko BS, Dodd K, Sabin J. Patients' beliefs and preferences regarding doctors' medication recommendations. *J Gen Intern Med* 2008; 23(3):236-241.
67. Angell M. Industry-sponsored clinical research: a broken system. *J Am Med Assoc* 2008; 300(9):1069-1071.
68. Fletcher SW. Continuing medical education. *Br Med J* 2008; 337:a1023.
69. Khan MM. Murky waters: the pharmaceutical industry and psychiatrists in developing countries. *Psychiatric Bull* 2006; 30:85-88.
70. Pisacane A. Rethinking continuing medical education. *Br Med J* 2008; 337:a973.
71. Relman A. Industry support of medical education. *J Am Med Assoc* 2008; 300:107-113.

-
72. Editorial. Credibility crisis in pediatric psychiatry. *Nature Neuroscience* 2008;11:983.
 73. Association of American Medical Colleges 2008 Industry funding of medical education: report of an AAMC task force. https://services.aamc.org/Publications/index.cfm?fuseaction=Product.display-Form&prd_id=232&cfid=1&cfToken=AB8BBD70-8212-4F9F-8A9A3EB31698232E. Accessibility verified September 13, 2008.
 74. American Medical Association Council on Ethical and Judicial Affairs. Industry support of professional education in medicine. <http://www.AMA-Assn.org/ama1/pub/upload/mm/471/ceja1-2.doc>. Accessibility verified September 13, 2008.
 75. Friedman M. *Capitalism and Freedom*. Chicago: University of Chicago Press; 1982.