

Asistencia sanitaria y lobby farmacéutico: relaciones peligrosas

Healthcare and pharmaceutical lobby: dangerous relations

Carlos Fernández Oropesa^a

^aÁrea de Gestión Sanitaria Nordeste de Granada, España

Resumen

Este artículo explora las complejas y a menudo problemáticas relaciones entre el sistema sanitario y el lobby farmacéutico, con especial atención a las dinámicas en atención primaria. Se analiza cómo las multinacionales farmacéuticas ejercen su influencia mediante actividades de lobbismo lo que, a nivel profesional, compromete la transparencia y la independencia en la toma de decisiones clínicas. En los sistemas de salud, estas prácticas incluyen la fijación de precios elevados, la prolongación de patentes y el uso de estrategias de marketing que pueden distorsionar la atención médica, impactando tanto en la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud (SNS) como en la calidad de la atención que reciben los pacientes. Asimismo, el texto destaca el papel fundamental de la Atención Primaria (AP) como un pilar clave para contrarrestar estas influencias. La AP, con su enfoque centrado en el paciente y la medicina basada en la evidencia, puede actuar como un freno frente a los intereses comerciales. En este contexto, se subraya la importancia de una comunicación transparente y responsable para garantizar que las decisiones médicas sigan priorizando la salud pública. Finalmente, en el artículo insta a implementar reformas que promuevan la transparencia y salvaguarden la integridad del sistema de salud.

Palabras clave: Atención Primaria de Salud; Comunicación; Responsabilidad Social; Ética Médica; Industria Farmacéutica; Salud Pública.

Abstract

This article explores the complex and often problematic relationships between the healthcare system and the pharmaceutical lobby, with a particular focus on the dynamics in primary care. It analyses how pharmaceutical multinationals exert their influence through lobbying activities, which, at a professional level, compromise transparency and independence in clinical decision-making. In healthcare systems, these practices include setting high prices, extending patents and using marketing strategies that can distort medical care, impacting both the sustainability of the National Health System (NHS) and the quality of care received by patients. Furthermore, the text highlights the fundamental role of Primary Care (PC) as a key pillar to counteract these influences. PC, with its patient-centred approach and evidence-based medicine, can act as a brake on commercial interests. In this context, the importance of transparent and responsible communication is underlined to ensure that medical decisions continue to prioritise public health. Finally, the article calls for reforms to promote transparency and safeguard the integrity of the health system.

Keywords: Primary Health Care; Communication; Social Responsibility; Medical Ethics; Drug Industry; Public Health.

Introducción

Martín (2024) publicó un artículo cuyo objetivo ha sido exponer las prácticas ocultas de las multinacionales farmacéuticas en España. El estudio aborda específicamente cómo estas empresas utilizan pagos a los profesionales sanitarios para influir en sus decisiones y promover sus propios intereses dentro del Sistema Nacional de Salud (SNS). Con su extensa investigación, el autor buscaba revelar las redes de intereses y conflictos que estas prácticas generan, subrayando la falta de transparencia y las implicaciones negativas para la ética y la eficacia del sistema sanitario.

El tema, por conocido, no deja de ser polémico, sobre todo a la luz de las conclusiones del artículo citado, que indican que las relaciones entre la industria farmacéutica y los profesionales sanitarios están marcadas por prácticas que pueden comprometer la independencia y la objetividad de estos últimos. Por consiguiente, es urgente implementar reformas que promuevan la transparencia y prioricen la salud pública sobre los intereses comerciales, para evitar que los réditos corporativos dominen el proceso de toma de decisiones en el ámbito sanitario.

La situación anterior no parece exclusiva de nuestro país, habida cuenta del gran volumen de evidencia publicada al respecto. En las últimas décadas, la relación entre los sistemas sanitarios y los laboratorios farmacéuticos ha sido objeto de múltiples análisis, críticas y debates (Civio, 2017; Sayed et al., 2024).

Como es sabido, la industria farmacéutica juega un papel fundamental en el desarrollo de medicamentos que salvan y mejoran vidas, la reciente pandemia de COVID-19 ha sido un buen ejemplo de ello. Sin embargo, existe una creciente preocupación por la influencia que ejerce en los sistemas de salud, con posibles implicaciones de índole ética y práctica, fruto de una inadecuada relación entre el lobby farmacéutico y las instituciones sanitarias, organizaciones académicas, sociedades científicas y los propios profesionales, a la luz de los datos que revelan las ingentes cantidades de dinero invertidas en estas prácticas (Statista, 2024).

En el contexto asistencial español, la atención primaria (AP) es un pilar esencial para garantizar que la salud pública se mantenga centrada en el interés del paciente, antes que en los intereses comerciales. Una AP fuerte, con sus atributos conservados, puede desempeñar un papel crucial en la mitigación de los riesgos asociados a la influencia del lobby farmacéutico.

Este artículo examina la relación entre la asistencia sanitaria y el lobby farmacéutico, con un doble enfoque: por un lado, identificando los riesgos inherentes y las consecuencias de dicha relación y, por otro, explorando cómo una AP robusta junto con una comunicación efectiva, puede actuar como un contrapeso necesario.

Actividades del lobby farmacéutico y sus consecuencias

El término "lobby" o más acertadamente en español, grupo de presión, se define como un conjunto de personas que, en beneficio de sus propios intereses, influye en una organización, esfera o actividad social (Real Academia Española, 2024). En el ámbito sanitario, el lobbismo farmacéutico se refiere a las actividades realizadas por la industria farmacéutica y sus representantes para influir en las políticas de salud, la legislación y las decisiones de los profesionales sanitarios a cualquier nivel (Van de Vrande, Subramanian, Lévesque & Klopff, 2024). Esta influencia se ejerce de múltiples maneras, desde la financiación de estudios clínicos y la promoción de medicamentos específicos, hasta la formación de médicos y la presión sobre los legisladores para aprobar regulaciones favorables (Chimonas, Mamoor, Bach & Korenstein, 2021). Como se puede observar en la Figura 1, la industria de productos médicos no solo tiene numerosos vínculos directos con todas las partes clave del ecosistema de atención médica y con algunas actividades, sino también vínculos indirectos en todo el ecosistema de la salud.

En España, como en muchos otros países, la industria farmacéutica invierte considerables recursos en actividades de lobbismo. Estas actividades pueden incluir la organización de congresos médicos, la financiación de publicaciones científicas y la participación en comités de evaluación de tecnologías sanitarias (Martín, 2024). Si bien, estas acciones no son ilegales, sí plantean cuestiones sobre la posible distorsión de la práctica clínica y la política sanitaria, en favor de los intereses comerciales, con el consiguiente impacto en los costes, la sostenibilidad del sistema sanitario público y los potenciales daños asociados a los pacientes.

En el contexto español, la atención primaria es un pilar esencial para garantizar que la salud pública se mantenga centrada en el interés del paciente, antes que en los intereses comerciales

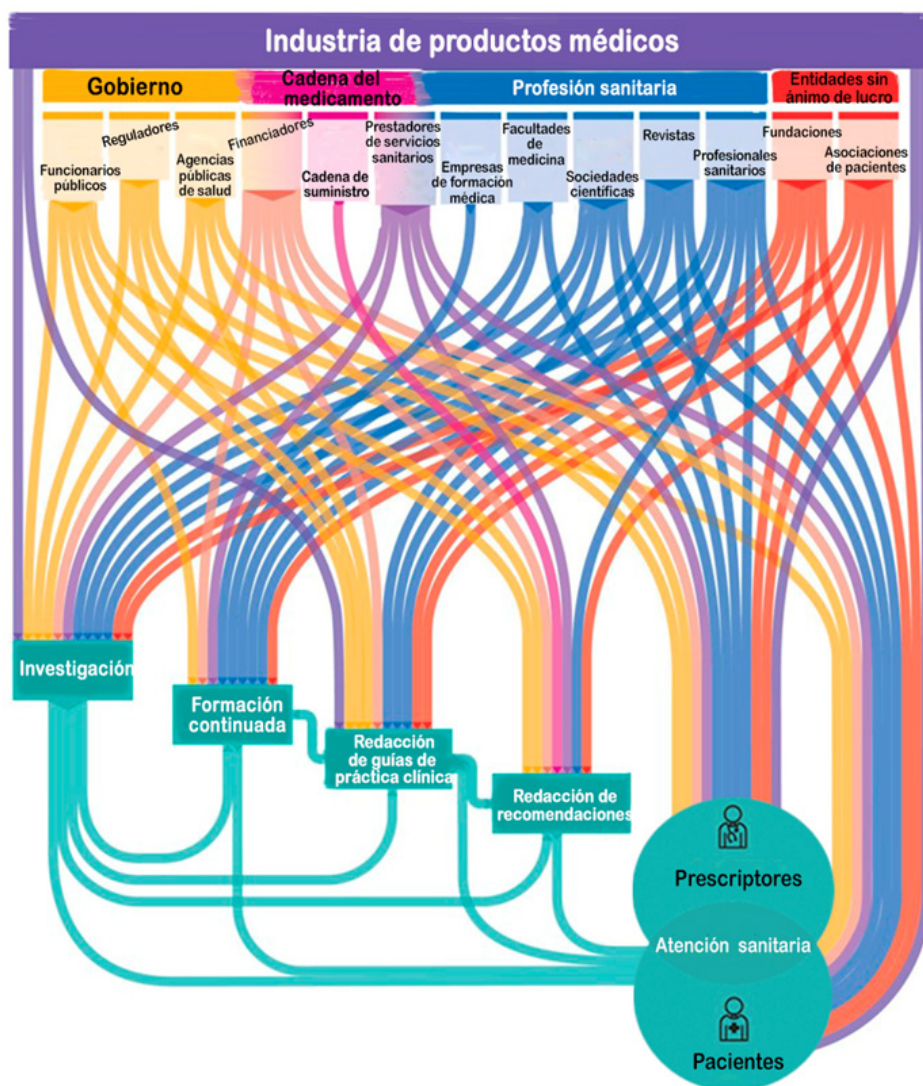


Figura 1. Ecosistema de la atención médica. Representación de la compleja red de vínculos asociados con las industrias farmacéutica, de dispositivos médicos y de biotecnología en las actividades y partes clave del ecosistema de atención médica.

Traducida y adaptada a partir de: Chimonas, S., Mamoor, M., Zimbalist, S. A., Barrow, B., Bach, P. B., & Korenstein, D. (2021). Mapping conflict of interests: scoping review. *BMJ*, 375.

A continuación, y sin ánimo de ser exhaustivos, vamos a repasar brevemente algunas de las prácticas más comunes:

1.- Fijación de precios elevados, lo que puede afectar a la accesibilidad a los nuevos tratamientos: la industria farmacéutica justifica unos precios iniciales altos argumentando el alto coste de la investigación y desarrollo (I+D) de los nuevos medicamentos, de tal manera que, cuando salen al mercado su precio suele ser superior a las alternativas existentes, aprovechando el período de exclusividad de la patente que impide la competencia de los genéricos (DiMasi, Grabowski & Hansen, 2016; Kesselheim, Avorn & Sarpatwari, 2016). Todo lo anterior parece coherente en un mercado libre y con medicamentos considerados innovadores, porque aportan mejoras sustanciales en términos de seguridad, eficacia o adecuación. No obstante, hay controversia por la falta de transparencia de los costes en I+D o cuando dichas mejoras son cuestionables, como ocurre con los nuevos tratamientos oncológicos (Brinkhuis, Goettsch, Mantel-Teeuwisse & Bloem, 2024).

2.- Prolongación del proceso de exclusividad: muy relacionado con el punto anterior, la fijación de precios en medicamentos de especial relevancia para la industria farmacéutica, puede asociarse a prácticas para la prolongación del proceso de exclusividad ligado a la patente, mediante pequeñas modificaciones en la formulación del medicamento, como sucede con los isómeros, sales y profármacos (Kapczynski, Park & Sampat, 2012), o

mediante nuevas indicaciones terapéuticas o métodos de administración que permiten obtener nuevas patentes. Este proceso, conocido como “evergreening” retrasa la entrada de los genéricos a un precio más contenido y busca, en definitiva, maximizar los beneficios económicos (Hemphill & Sampat, 2012).

Otras acciones muy extendidas son el blindaje de un producto con múltiples patentes, como ha ocurrido recientemente con los análogos del receptor del GLP-1 (Alhiary, Kesselheim, Gabriele, Beall, Tu & Feldman, 2023), los interminables y caros litigios por las patentes (Thomas, 2010) o el pago por demora (Hemphill, 2006), que consisten en acuerdos para pagar a las compañías de genéricos para que retrasen la introducción de sus versiones más económicas en el mercado.

En definitiva, el alto coste de los medicamentos de reciente comercialización (independientemente de su valor terapéutico), mantenido en el tiempo con estas prácticas, puede exacerbar las desigualdades en el acceso a tratamientos, especialmente en los países con menos recursos para invertir en sanidad. Así mismo, los pacientes más vulnerables pueden verse privados de opciones terapéuticas accesibles y efectivas (Tenni et al., 2022; Gøtzsche, 2018).

3.- Estrategias de marketing: realizando una promoción directa de sus productos a los prescriptores para que prioricen su uso, incluso si existen mejores opciones avaladas por la evidencia científica (Mora, 2003), alternativas similares más económicas o si la indicación no está autorizada en la ficha técnica (uso off label) (Rusz, 2021). Para estos fines, el lobby farmacéutico tiene múltiples herramientas, como la visita médica, el patrocinio de actividades formativas u otro tipo de encuentros profesionales (Wazana, 2000; Fugh-Berman, 2021), los incentivos económicos directos (pagos por consultorías, participación en estudios patrocinados, conferencias) (Martín, 2024), la elaboración de directrices de tratamiento como consensos y guías (Lenzer, 2013), o el patrocinio de estudios (Gazendam, Slawaska-Eng, Nucci, Bhatt & Ghert, 2023).

Todas estas prácticas y actividades realizadas por la industria farmacéutica y sus representantes pueden acarrear las siguientes consecuencias:

- Prescripción de baja calidad (Aaron et al., 2021).
- Fragmentación de la atención, al centrarse el discurso en un medicamento o enfermedad concretos y no en el abordaje holístico del paciente.
- Manipulación de la demanda y expansión injustificada de los diagnósticos, por la proliferación de enfermedades “inventadas” para la ocasión (Moynihan, Heath & Henry, 2002) y de trastornos o procesos que se ponen de moda (Lexchin, 2006).
- Y, lo que estimamos más importante: el control de la narrativa con campañas de sensibilización y estrategias de marketing, con efectos directos en los pacientes (allí donde está permitido), y su influencia en los medios de comunicación y en la opinión pública (Angell, 2004).

Como consecuencia de todo lo anterior, se puede originar una práctica profesional distorsionada por los conflictos de interés que pueden sesgar la toma de decisiones clínicas, en detrimento del paciente.

El rol de la atención primaria en la mitigación de los riesgos

La AP es el primer punto de contacto de los pacientes con su sistema de salud y la Organización Mundial de la Salud la define como “un enfoque de la salud que incluye a toda la sociedad y que tiene por objeto garantizar el mayor nivel posible de salud y bienestar y su distribución equitativa mediante la atención centrada en las necesidades de las personas tan pronto como sea posible a lo largo del proceso continuo que va desde la promoción de la salud y la prevención de enfermedades hasta el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos, y tan próximo como sea posible del entorno cotidiano de las personas” (World Health Organization, 2018). Su enfoque holístico y centrado en el paciente, son propiedades que tienen la capacidad de convertirla en un bastión contra una influencia excesiva de la industria farmacéutica.

Una AP fuerte puede ayudar a mitigar los riesgos asociados al lobby farmacéutico de las siguientes maneras:

1. Medicina basada en evidencias. De la propia definición de este término puede inferirse que, como el resto de los profesionales sanitarios, los que desempeñan su labor en AP tienen la responsabilidad de basar sus decisiones en la mejor evidencia científica disponible (Sackett, Rosenberg, Muir, Haynes & Richardson, 1996). Al mantenerse informados y críticos respecto a la información proporcionada por la industria farmacéutica, pueden garantizar que las decisiones clínicas se centren en la eficacia y seguridad de los tratamientos, en lugar de los intereses comerciales (Spielmans & Parry, 2010).

2. Prescripción prudente. Muy relacionado con el punto anterior. Los prescriptores que desarrollan su labor en AP están en una posición privilegiada para implementar los principios de la prescripción prudente descritos por Schiff (2011). Estos principios instan a los médicos a (1) pensar más allá de los medicamentos; (2) practicar una prescripción más estratégica; (3) mantener una mayor vigilancia con respecto a los efectos adversos; (4) ejercer cautela y escepticismo con respecto a los nuevos medicamentos; (5) trabajar con los pacientes en una agenda; y (6) considerar los impactos más amplios y a largo plazo de los tratamientos. Todo lo anterior está orientado a proteger a los pacientes de tratamientos innecesarios en aras de una mayor seguridad y mejor calidad asistencial y, además, contribuye a la sostenibilidad del sistema sanitario.

3. Comunicación transparente con los pacientes. La comunicación abierta y transparente con los pacientes es esencial en un contexto de toma de decisiones compartidas, que incluye tres elementos fundamentales: 1/ un intercambio de información (personal y médica) entre el paciente y el sanitario que lo atiende, 2/ la deliberación sobre las distintas opciones, y 3/ llegar a una decisión consensuada. En este proceso interactivo, el profesional sanitario aporta sus conocimientos, así como información acerca de los riesgos y beneficios de la intervención en cuestión, mientras que el paciente lo hace sobre sus valores, preferencias, preocupaciones y su experiencia con el problema de salud (INFAC, 2014).

4. Colaboración interdisciplinaria. La AP debe trabajar en estrecha colaboración con otros especialistas y profesionales de la salud para garantizar un enfoque integrado y coordinado en el manejo de las enfermedades (Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, CGCOF, 2015). Esta colaboración puede ser efectiva para evitar la fragmentación de la atención a la que antes aludíamos y asegurar que las decisiones terapéuticas se tomen en el mejor interés del paciente. En el estudio realizado por el CGCOF, sobre cómo avanzar en el establecimiento de modelos de cooperación, se identificaron numerosas propuestas alrededor de cuatro grandes áreas (Figura 2): generar confianza entre los profesionales, mejorar la comunicación con herramientas compartidas, impulsar proyectos conjuntos y, todo ello, utilizando las nuevas tecnologías de la información.

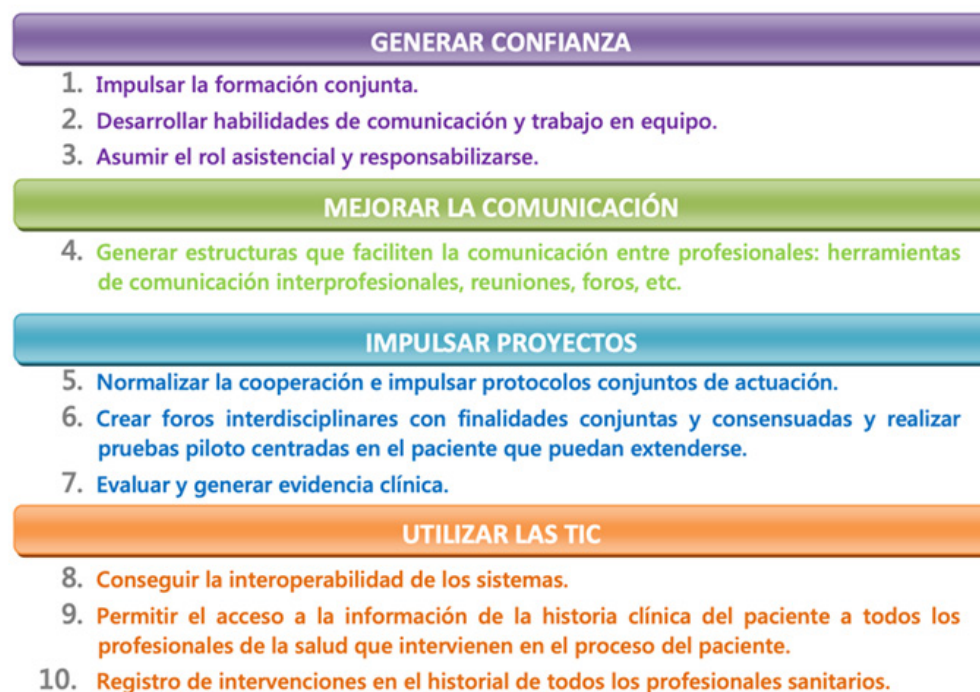


Figura 2. Propuestas para una cooperación efectiva entre profesionales sanitarios: 10 factores clave de éxito.

Fuente: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos (2015). Colaboración entre profesionales sanitarios, clave en la Sanidad del futuro.

Importancia de la comunicación en atención primaria

La comunicación es un aspecto fundamental para que la AP pueda contrarrestar efectivamente la influencia del lobby farmacéutico. Algunas recomendaciones para aprovechar mejor el poder de la comunicación en el primer nivel asistencial son las siguientes:

1. Transparencia en la relación con la industria farmacéutica. La transparencia es esencial para gestionar los posibles conflictos de interés. Los médicos deberían evitar la relación directa con la industria farmacéutica, así como recibir cualquier tipo de pago o financiación. En cualquier caso, siempre deberían comunicar abiertamente cualquier relación financiera o profesional que mantengan con la industria farmacéutica. Esto no solo protege la integridad de la relación médico-paciente, sino que también fortalece la confianza de los usuarios en el sistema de salud (Altisent, Delgado y Astier, 2019).

2. Comunicación directa con los pacientes. En la relación médico-paciente, una comunicación clara, honesta y centrada en el paciente es crucial para garantizar que las decisiones terapéuticas se tomen en el mejor interés del paciente. Los profesionales de AP tienen la oportunidad de proporcionar de forma empática, información equilibrada y basada en evidencia a pacientes y familiares sobre las opciones de tratamiento disponibles. Esto, aunque va más allá de los aspectos puramente técnicos si se quiere establecer una relación colaborativa (INFAC, 2014; Padilla, Medina & Jaramillo, 2014) incluye explicar de manera comprensible los beneficios y riesgos de cada tratamiento. Al fomentar un entorno de confianza, los pacientes se sienten más capacitados para participar activamente en la toma de decisiones sobre su salud, lo que es fundamental para una atención centrada en la persona, lejos de la presión ejercida por la industria farmacéutica.

3. Formación continua. La comunicación es un elemento clave en la formación continua de los profesionales, fomentando el intercambio de conocimientos y experiencias lejos de la influencia de la industria farmacéutica. Para este fin, se pueden organizar foros y cursos donde se promueva una discusión abierta y crítica sobre los nuevos tratamientos y las evidencias que los avalan. Esto, que es esencial para garantizar una práctica médica informada y ética, debe ser un objetivo irrenunciable de las sociedades científicas y las administraciones sanitarias (Zamarriego, 2006).

4. Comunicación con profesionales de otros niveles asistenciales. La comunicación se erige como un vehículo que posibilita el establecimiento de vínculos profesionales, el desarrollo de confianza y respeto mutuo, y el reconocimiento de la labor profesional, facilitando la colaboración interdisciplinar (Fuentes, 2019). Por ejemplo, los médicos de familia deben colaborar estrechamente con otros profesionales de la salud para compartir información y tomar decisiones terapéuticas basadas en el consenso y en el mejor interés del paciente. La colaboración interdisciplinaria, que se ve favorecida por una comunicación clara y precisa, ayuda a evitar la fragmentación de la atención y favorece, además, la seguridad del paciente.

Si bien que la industria farmacéutica desempeña un papel crucial en la cadena del medicamento, su influencia en el sistema de salud debe ser cuidadosamente gestionada

Conclusiones

La relación entre la asistencia sanitaria y el lobby farmacéutico es compleja y presenta muchos desafíos. Si bien es cierto que la industria farmacéutica desempeña un papel crucial en la cadena del medicamento, su influencia en el sistema de salud debe ser cuidadosamente gestionada para evitar que éste se desvíe de su objetivo principal: la mejora de la salud pública.

Una AP fuerte, con los medios suficientes y centrada en el paciente, es esencial para contrarrestar una influencia excesiva del lobby farmacéutico. Los profesionales sanitarios de AP, apoyados por la evidencia clínica, realizando una prescripción responsable y ejerciendo una comunicación efectiva, pueden actuar como un contrapeso para garantizar que los intereses del paciente continúen siendo la prioridad en todas las decisiones de salud.

En última instancia, el éxito en la mitigación de los riesgos asociados al lobby farmacéutico dependerá de la colaboración entre todos los actores del sistema de salud, incluidos legisladores, reguladores, gestores, profesionales sanitarios y la propia industria farmacéutica. Solo a través de un esfuerzo conjunto, y con una comunicación clara y transparente, se podrá garantizar un sistema de salud equitativo, eficaz y centrado en el paciente.

Referencias bibliográfica

- Alhiary, R., Kesselheim, A. S., Gabriele, S., Beall, R. F., Tu, S. S., & Feldman, W. B. (2023). Patents and regulatory exclusivities on GLP-1 receptor agonists. *JAMA*, 330(7), 650-657. doi:10.1001/jama.2023.13872
- Altisent, R., Delgado-Marroquín, M. T., & Astier-Peña, M. P. (2019). Conflictos de interés en la profesión médica. *Atención Primaria*, 51(8), 506-511. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2019.05.004>
- Angell, M., & Angell, M. (2005). The truth about the drug companies: How they deceive us and what to do about it (p. 9). New York: Random House Trade Paperbacks. <https://www.bmj.com/content/bmj/329/7470/Reviews.full.pdf>
- Brinkhuis, F., Goettsch, W. G., Mantel-Teeuwisse, A. K., & Bloem, L. T. (2024). High cost oncology drugs without proof of added benefit are burdening health systems. *BMJ*, 384. <https://doi.org/10.1136/bmj.q511>
- Chimonas, S., Mamoor, M., Zimbalist, S. A., Barrow, B., Bach, P. B., & Korenstein, D. (2021). Mapping conflict of interests: scoping review. *BMJ*, 375. <https://doi.org/10.1136/bmj-2021-066576>
- Civio. (23 octubre 2017). English and Swiss doctors are more transparent than German and Spanish ones [Internet]. Madrid: Fundación Ciudadana Civio. [citado 26 agosto 2024]. <https://civio.es/medicamentalia/2017/10/23/english-and-swiss-doctors-more-transparent-than-german-and-spanish-ones/>
- Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. (2015). Colaboración entre profesionales sanitarios, clave en la Sanidad del futuro. Recuperado de: <https://www.farmaceticos.com/wp-content/uploads/2021/02/XIX-CNF-Informe-Colaboracion-entre-Profesionales-Sanitarios.pdf>
- DiMasi, J. A., Grabowski, H. G., & Hansen, R. W. (2016). Innovation in the pharmaceutical industry: new estimates of R&D costs. *Journal of health economics*, 47, 20-33. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2016.01.012>
- Fuentes-Colmenero, A. L. (2019). Características de la comunicación entre profesionales de enfermería y medicina para la seguridad del paciente. *Revista Española de Comunicación en Salud*, 10(2), 160-170. <https://doi.org/10.20318/recs.2019.4326>
- Fugh-Berman, A. (2021). Industry-funded medical education is always promotion—an essay by Adriane Fugh-Berman. *BMJ*, 373. <https://doi.org/10.1136/bmj.n1273>
- Gazendam, A. M., Slawaska-Eng, D., Nucci, N., Bhatt, O., & Ghert, M. (2022). The impact of industry funding on randomized controlled trials of biologic therapies. *Medicines*, 9(3), 18. <https://doi.org/10.3390/medicines9030018>
- Gøtzsche, P. C. (2018). Patients not patents: drug research and development as a public enterprise. *European Journal of Clinical Investigation*, 48(2). <https://doi.org/10.1111%2Feci.12875>
- Hemphill, C. S. (2006). Paying for delay: Pharmaceutical patent settlement as a regulatory design problem. *NYUL Rev.*, 81, 1553.
- Hemphill, C. S., & Sampat, B. N. (2012). Evergreening, patent challenges, and effective market life in pharmaceuticals. *Journal of health economics*, 31(2), 327-339. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2012.01.004>
- Kapczynski, A., Park, C., & Sampat, B. (2012). Polymorphs and prodrugs and salts (oh my!): an empirical analysis of “secondary” pharmaceutical patents. *PLoS one*, 7(12), e49470. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0049470>
- Kesselheim, A. S., Avorn, J., & Sarpatwari, A. (2016). The high cost of prescription drugs in the United States: origins and prospects for reform. *JAMA*. 2016;316(8):858-871. doi:10.1001/jama.2016.11237
- Lenzer, J. (2013). Why we can't trust clinical guidelines. *BMJ*, 346. <https://doi.org/10.1136/bmj.f3830>
- Lexchin, J. (2006). Bigger and better: how Pfizer redefined erectile dysfunction. *PLoS medicine*, 3(4), e132. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0030132>
- Martín Fernández-Gallardo, AM. (6 junio 2024). La red oscura que las multinacionales farmacéuticas ocultan tras los pagos a profesionales sanitarios: Sus líderes de opinión en el SNS y su red de intereses al descubierto [Internet]. Asociación Acceso Justo al Medicamento, Revista n.º 30. [citado 26 agosto 2024]. Recuperado de: <https://accesojustomedicamento.org/la-red-oscura-que-las-multinacionales-farmaceticas-ocultan-tras-los->

pagos-a-profesionales-sanitarios-sus-lideres-de-opinion-en-el-sns-y-su-red-de-intereses-al-descubierto/

- Mitchell, A. P., Trivedi, N. U., Gennarelli, R. L., Chimonas, S., Tabatabai, S. M., Goldberg, J., ... & Korenstein, D. (2021). Are financial payments from the pharmaceutical industry associated with physician prescribing? A systematic review. *Annals of internal medicine*, 174(3), 353-361. <https://doi.org/10.7326/M20-5665>
- Mora, R. M. (2003). La regulación de la visita médica: necesaria pero no suficiente. *Atención primaria*, 32(10), 562-563. [https://doi.org/10.1016%2FS0212-6567\(03\)79332-9](https://doi.org/10.1016%2FS0212-6567(03)79332-9)
- Moynihan, R., CG, P., Heath, I., & Henry, D. (2002). Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering Commentary: Medicalisation of risk factors. *BMJ*, 324(7342), 886-891. <https://doi.org/10.1136/bmj.324.7342.886>
- Padilla, E. M., Medina, P. S., & Jaramillo, A. R. (2014). Influencia de la comunicación del profesional de la salud en la calidad de la atención a largo plazo. *Revista de Calidad Asistencial*, 29(3), 135-142. <https://doi.org/10.1016/j.cali.2013.11.007>
- Participación del paciente en la toma de decisiones. Infac [Internet] 2014 [citado 2024 Ago 29]; 22(3). Disponible en: https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime_infac_2014a/es_def/adjuntos/INFAC_Vol_22_n_3_Decisiones_compartidas.pdf
- Real Academia Española. Diccionario de la lengua española [Internet]. 23.^a ed. Madrid: RAE; ©2024 [citado 26 agosto 2024]. Disponible en: <https://dle.rae.es/lobby>
- Rusz, C. M., Ősz, B. E., Jîtcă, G., Miklos, A., Bătrînu, M. G., & Imre, S. (2021). Off-label medication: from a simple concept to complex practical aspects. *International journal of environmental research and public health*, 18(19), 10447. <https://doi.org/10.3390/ijerph181910447>
- Sackett, D. L., Rosenberg, W. M., Gray, J. M., Haynes, R. B., & Richardson, W. S. (1996). Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ*, 312(7023), 71-72. <https://doi.org/10.1136/bmj.312.7023.71>
- Sayed, A., Ross, J. S., Mandrola, J., Lehmann, L. S., & Foy, A. J. (2024). Industry payments to US physicians by specialty and product type. *JAMA*, 331(15):1325-1327. doi:10.1001/jama.2024.1989
- Schiff, G. D., Galanter, W. L., Duhig, J., Lodolce, A. E., Koronkowski, M. J., & Lambert, B. L. (2011). Principles of conservative prescribing. *Archives of internal medicine*, 171(16), 1433-1440. doi:10.1001/archinternmed.2011.256
- Spielmans, G. I., & Parry, P. I. (2010). From evidence-based medicine to marketing-based medicine: evidence from internal industry documents. *Journal of Bioethical Inquiry*, 7, 13-29. <https://doi.org/10.1007/s11673-010-9208-8>
- Statista. Top lobbying industries in the U.S. [Internet]. 2024 [citado 2024 Ago 26]. Disponible en: <https://www.statista.com/statistics/257364/top-lobbying-industries-in-the-us/>
- Tenni, B., Moir, H. V., Townsend, B., Kilic, B., Farrell, A. M., Keegel, T., & Gleeson, D. (2022). What is the impact of intellectual property rules on access to medicines? A systematic review. *Globalization and health*, 18(1), 40. <https://doi.org/10.1186/s12992-022-00826-4>
- Thomas, J. R. (2010). *Pharmaceutical Patent Litigation Settlements: Implications for Competition and Innovation*. Georgetown Law Faculty Publications and Other Works. 574. <https://scholarship.law.georgetown.edu/facpub/574>
- Van De Vrande, V., Subramanian, A. M., Lévesque, M., & Klopff, P. (2024). The interdependent influence of lobbying and intellectual capital on new drug development. *Research Policy*, 53(2):104938. <https://doi.org/10.1016/j.respol.2023.104938>
- Wazana, A. (2000). Physicians and the pharmaceutical industry: is a gift ever just a gift?. *Jama*, 283(3), 373-380. doi:10.1001/jama.283.3.373
- World Health Organization. (2018). A vision for primary health care in the 21st century: towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals (No. WHO/HIS/SDS/2018.15). World Health Organization.

<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-SDS-2018.15>

Zamarriego, J., Cabero, L., Usandizaga, R., Abel, F., Cabrillo, E., del Carmen Cuadrado, M., ... & Lozano, B. (2006). La relación entre el médico y las industrias farmacéutica y de productos de tecnología sanitaria. Visión ética (I). *Progresos de Obstetricia y Ginecología*, 49(9), 512-522. <https://acortar.link/mKv7WF>