

# Un profesional en transformación



### Lluís Triquell

Socio-director y director de la Unidad de Bioindustrias y Farmacia de Antares Consulting

«El visitador debe ser una persona respetada y “esperada” por médicos y farmacéuticos»

En la actualidad, nos enfrentamos a diversas crisis y situaciones que han de estimular la reflexión y provocar cambios para adaptarnos a los nuevos entornos sin banalizarlos. Solo así podremos superar las diferentes crisis o tendencias:

- Crisis económica.
- Crisis del modelo sanitario.
- Necesidad de cambios en el modelo de farmacia comunitaria.
- Confluencia de tecnologías: Diagnóstico-Tratamiento.
- Políticas restrictivas en la introducción y uso de los medicamentos.

Frente a ello, el visitador médico no puede tener el mismo perfil que en los años anteriores, se ha de reinventar para que la clave de su éxito no sea el número de visitadores «en la calle» (*share of voice*), sino su profesionalismo reconocido por los clientes, sean del ámbito que sea.

El visitador médico se ha de transformar en una persona «necesaria», tanto para médicos como para farmacéuticos. Con estos últimos es donde se han de realizar los mayores esfuerzos, dado que hasta ahora y en la mayoría de los casos la relación se limitaba a «sacar pedidos».

De cara al futuro, la relación debe ser detectar necesidades y actuar en consecuencia; por lo tanto, gestionar clientes.

En este sentido, las redes de delegados se han de transformar de forma radical, lo cual conlleva disponer de talento y utilizarlo de forma inteligente. Para ello hemos de tener presentes las funciones que deben realizarse en la actualidad:

1. Planificar las actividades de forma precisa para conseguir la máxima eficiencia comercial. Sin planificación previa, las visitas suelen ser improductivas.
2. Identificar necesidades y proporcionar los recursos para satisfacerlas de forma adecuada y planificada. Aportar el valor que pueda percibir el cliente, ya sea el médico o el farmacéutico.
3. Proporcionar información científica relevante, adecuada a cada interlocutor. El conocimiento preciso de los productos desde el punto de vista científico es clave, pero también lo es de otros aspectos prácticos sobre la forma de comercialización en la farmacia, lo cual puede ayudar o estimular al farmacéutico a recomendarlo de una forma más profesional.
4. Utilizar las herramientas de segmentación y *profiling* para individualizar las acciones y adaptarlas a los segmentos o perfiles identificados.
5. Las funciones que realiza el visitador o delegado deben tener los principios éticos basados en los códigos éticos del sector y de la propia compañía.
6. Debe conseguir la confianza del cliente a largo plazo. Para ello ha de desarrollar nuevas habilidades que le permitan poner en valor el conocimiento que tiene y trasladarlo al cliente específico, el cual lo transforma en oportunidades de negocio o en oportunidades de mejora de la salud de sus clientes o pacientes.

En definitiva, el visitador ha de ser una persona respetada y «esperada» por médicos y farmacéuticos; alguien que cuando se haya ido nos haya dejado conocimiento, en lugar de un regalo que no sirve para nada. ■



## La ética y la visita médica

La deontología y sus códigos han ido haciéndose más necesarios a medida que las profesiones se han ido especializando y sus responsabilidades se han ido haciendo más complejas. La industria farmacéutica nació en boticas de farmacia al observar que se generalizaba la prescripción de determinadas fórmulas magistrales. En aquel entonces no existía el control administrativo del medicamento y las fórmulas magistrales se elaboraban «según arte». Las ventajas y propiedades de estas preparaciones eran anunciadas en los medios de comunicación. Sin embargo, cuando la investigación química comenzó a sintetizar moléculas con más actividad la industria farmacéutica se vio en la necesidad de llegar directamente al médico prescriptor.

En los inicios, esta actividad informativa y comercial la llevaban a cabo representantes de comercio no especializados. Cuando más tarde formaron parte de la plantilla de las empresas, estos representantes recibieron el nombre de «visitadores médicos». No eran licenciados en disciplinas sanitarias, y se aprendían lo que los técnicos de los laboratorios les explicaban. No estaban preparados para aclarar dudas que pudieran formular los médicos, y las transmitían a la central para su respuesta. El visitador era el «responsable» de su zona, y los médicos, en especial en provincias, eran incluso amigos suyos.

En ese momento ya se adivinaba que la deontología tenía que estar presente. Tanto por parte de la industria, que redactaba la información que iba a ser entregada al médico y aleccionaba a sus visitadores, como por parte del visitador, que debía ser fiel y preciso en su transmisión. Sin embargo, era fácil que los incentivos estuvieran por delante de la eficacia y seguridad del medicamento que se promocionaba. El visitador médico se convertía, en estos casos, en puro mediador de la transgresión. La ética estaba ausente. Debemos reconocer, sin embargo, que la gran mayoría de visitadores médicos era una fiel imagen de su empresa: se sentían parte de ella, y defendían las ventajas terapéuticas de su vademécum con la mayor honradez y dedicación.

En las décadas de 1960 y 1980, en los países del norte de Europa ya se informaba de un nuevo medicamento en los centros hospitalarios, convocando a la industria farmacéutica para dar conferencias sobre sus propiedades y ventajas. Allí, obviamente, no acudía el visitador médico en solitario. A partir de estos años, en España la «visita médica» sufrió importantes cambios. Los médicos, farmacéuticos y otros profesionales eran requeridos para desempeñar esta labor informativa. Curiosamente, la gran mayoría de prescriptores ha recibido la formación farmacológica posterior a su licenciatura a través de la industria farmacéutica.

El compromiso ético fue cada vez más necesario, y con ello el conocimiento de las responsabilidades morales ligadas a la legislación. Los códigos de deontología se redactaron con urgencia. El extraordinario avance de la investigación química, la aplicación de la medicina preventiva, el estudio de la genética y la biología molecular y su aplicación a la investigación de moléculas «diana», han permitido avances espectaculares en el tratamiento de enfermedades incurables hasta hace poco.

Hace 20 años, las normas ICH (Conferencia Internacional de Armonización) fueron de obligado cumplimiento para la investigación y desarrollo de nuevos fármacos. Hasta entonces, una cohorte de médicos escogidos intervenían en los ensayos clínicos utilizando parámetros y criterios muy particulares. La ética del laboratorio, del médico que intervenía en el ensayo y del visitador médico que recomendaba al galeno, era el único aval ante las administraciones reguladoras, con la muy probable presencia de importantes sesgos en las conclusiones de eficacia y seguridad. Con las normas ICH los ensayos clínicos deben ser multicéntricos y regulados, desde su inicio, por las Agencias Internacionales de Evaluación. Es razonable pensar que el visitador médico, el informador final muchas veces a pie de consulta médica, no debe desviarse un ápice de lo autorizado. ■



Xavier Prat  
Borrell

Responsable de la  
Comisión de Deontología  
del COF de Barcelona

«El compromiso ético fue cada vez más necesario, y con ello el conocimiento de las responsabilidades morales ligadas a la legislación»