

Ética de la prescripción

Moya Bernal, Antonio. Médico de familia. Master en Bioética. Área 5 Atención Primaria. Servicio Madrileño de Salud.

RESUMEN

La prescripción de un medicamento es un acto de responsabilidad que compromete no sólo al médico, sino a la Administración, la industria farmacéutica y los pacientes.

En este artículo se propone un marco ético general, con los principios que se deben respetar para lograr una buena prescripción. Además, se incita a los médicos a reflexionar sobre sus hábitos y actitudes en este tema, tomando como punto de partida los compromisos propuestos por el profesionalismo médico que se centran en la relación entre el médico y el resto de los agentes implicados en la prescripción.

PALABRAS CLAVE: Ética. Prescripción.

ABSTRACT

The prescription of a drug is an act of responsibility that compromises not only the physician, but also the Administration, the pharmaceutical industry and the patients.

In this paper, a general ethical framework is proposed, with the principles that must be respected to achieve a good prescription. Furthermore, physicians are encouraged to think about their habits and attitudes towards this subject, taking as starting point the commitments proposed by the medical professionalism that focus on the relation between the physician and the rest of agents involved in the prescription.

KEY WORDS: Ethics. Prescription.

Inf Ter Sist Nac Salud 2011; 35: 57-63.

Introducción

La prescripción es un acto clínico complejo que además de conocimientos técnicos, requiere habilidades de escucha y comunicación y una reflexión sobre los valores que están implícitos en dicho acto y las actitudes con que lo afrontamos.

La receta la rellena y firma el médico que hace la prescripción, pero en esa acción están también presentes, el paciente, con sus circunstancias personales y su capacidad de elección, y de forma implícita, la sociedad y sus gestores con sus normativas y regulaciones y la industria farmacéutica que persigue la consecución de sus objetivos. Muchas veces las valoraciones que hacen unos y otros sobre la prescripción difieren y se generan problemas éticos.

La ética tiene como objetivo contestar a la pregunta de ¿cómo debemos comportarnos? y dar razón de por qué consideramos que unas acciones son mejores que otras. En el tema que nos ocupa tendríamos que preguntarnos: ¿cómo debería prescribir para hacerlo técnica y moralmente bien?

La respuesta no por repetida deja de tener validez. Una buena prescripción debe perseguir cuatro objetivos: la máxima efectividad, los mínimos riesgos, el respeto a la elección del paciente y el menor coste posible⁽¹⁾. Sin em-

bargo, en la práctica clínica resulta difícil cumplir todos estos objetivos a la vez.

El tema más controvertido ha sido siempre la valoración de los costes por parte del médico que prescribe. La medicina tradicional siempre dejó fuera de su ámbito la evaluación de los factores socioeconómicos, incluso llegó a considerar que estas cuestiones eran opuestas al buen ejercicio de la medicina. En la actualidad tal afirmación es insostenible⁽²⁾.

La responsabilidad en el gasto farmacéutico nos atañe a todos. Es cierto que muchas veces nos parece que las otras partes, pacientes, administración o industria farmacéutica no cumplen con sus deberes, pero esto no puede ser excusa para eludir nuestras obligaciones, no sólo ante un paciente concreto, sino también ante la sociedad en su conjunto, asumiendo una ética de la responsabilidad que respete los principios morales pero también la optimización de las consecuencias de nuestras acciones.

La potencial eficiencia de la atención primaria dentro del sistema sanitario⁽³⁾ y el hecho de que el 90% de las prescripciones se realicen en este nivel, pone en el punto de mira de los gestores a los médicos de familia y buscan su implicación en el control del gasto sanitario. De las decisiones racionales, científicas y humanas de éstos depende, en gran parte, el aprovechamiento de los recursos existentes⁽⁴⁾.

Los médicos de atención primaria asumen esta responsabilidad pero se sienten frecuentemente presionados, desorientados al ver que la prescripción de los médicos especialistas no está sujeta al mismo control y desmotivados ante planteamientos de gestión meramente utilitaristas, que promueven e incentivan el ahorro y se despreocupan de la calidad de la prescripción.

La prescripción de medicamentos es una actividad fundamental en el trabajo cotidiano de los médicos, pero no deberíamos olvidar otros elementos, también terapéuticos, como la escucha o el acercamiento al paciente acogiéndole como a una persona que solicita ayuda y no como a una enfermedad para la que prescribimos un remedio.

El profesionalismo médico

Tres importantes corporaciones profesionales intentaron en el año 2002 definir al buen profesional. Consideraron imprescindible reafirmar los principios y valores fundamentales y universales de la profesión médica ante la dificultad de mantener la fidelidad del contrato de la medicina con la sociedad y cumplir a la vez con las responsabilidades hacia los pacientes⁽⁵⁾.

En los estatutos que proponen y que consideran que deberían suscribir todos los profesionales, recogen tres principios, coincidentes con los de la bioética principialista, y diez compromisos que podemos enmarcar en las éticas de la virtud. Tanto los principios de la Bioética como alguno de estos compromisos -con la competencia profesional, con el establecimiento de relaciones adecuadas con el paciente, con la distribución justa de los recursos finitos o con el mantenimiento de una confianza sólida gracias a la solución de los conflictos de interés- nos pueden ayudar a reflexionar sobre la ética de la prescripción y sobre nuestras actitudes en la práctica diaria en este tema.

Los principios de la bioética

Los principios de la bioética pueden servirnos como base de la reflexión y ayudarnos a tomar decisiones cuando surgen problemas éticos. Estos principios nos obligan moralmente, pero no son absolutos. Hay un segundo momento en el análisis ético en el que tendremos que valorar las consecuencias de aplicar los principios. Si éstas resultaran ser peores que las que derivaran de su no aplicación, podría estar justificado hacer una excepción a los principios.

- **El principio de no maleficencia** exige tratar a las personas con igual consideración y respeto en su vida biológica. Se concretaría en “no hacer daño” al paciente con nuestra prescripción.

Para cumplir con este principio los poderes públicos tienen la obligación de autorizar sólo aquellos medicamentos que satisfagan criterios de seguridad y eficacia, garantizando que no se somete a los individuos a riesgos desproporcionados al beneficio que se pretende.

En la práctica clínica sabemos que la mayoría de los medicamentos pueden producir efectos indeseables y que es prácticamente imposible prescribir un fármaco sin correr el riesgo de un daño potencial. Lo que en realidad exige al médico este principio es que proponga al paciente sólo alternativas terapéuticas cuya relación beneficio-riesgo no sea desfavorable⁽⁶⁾.

La presencia en farmacias de medicamentos de dudosa eficacia es responsabilidad de la Administración Sanitaria y sigue sin entenderse su autorización para luego criticar su uso. Por otra parte, no es infrecuente la retirada del mercado de medicamentos que llevan utilizándose años, tras haberse observado efectos adversos no previsibles en el momento de su autorización.

La responsabilidad del médico estará en recetar medicamentos de eficacia probada y conocer las contraindicaciones e interacciones de los fármacos, así como ejercer su papel como vigilante e informador de las reacciones adversas que puedan estar relacionadas con su utilización⁽⁷⁾.

En atención primaria parece deseable mantener una actitud prudente en la utilización de nuevos fármacos, siendo preferible “estar a la penúltima” y practicar el “esperar y ver qué pasa” antes de ser los primeros en recetarlos. Así mismo, se hace necesaria la formación en seguridad clínica de todos los profesionales y la impregnación en una cultura de la seguridad basada en una ética de la seguridad⁽⁸⁾.

- **El principio de beneficencia** exige perseguir el bienestar del paciente intentando encontrar el mejor tratamiento posible para su problema de salud, buscando no sólo la eficacia sino la efectividad. Obliga a los médicos a establecer indicaciones correctas y a basar en pruebas científicas sus prescripciones.

Una vez consideradas la eficacia y seguridad del medicamento, el facultativo debe establecer si la prescripción está o no indicada en un caso concreto. Parece claro que el profesional debe poner los tratamientos indicados y no poner los contraindicados, pero generalmente nos movemos entre estos dos extremos y tenemos que decidir asumiendo limitaciones y conviviendo con la incertidumbre.

La mejor decisión para un paciente individual puede ser incierta y dos médicos diferentes pueden decidir, de forma razonada, cosas distintas. Una decisión “buena” será aquella que reduzca la incertidumbre⁽⁹⁾.

La Medicina Basada en Pruebas puede ayudarnos a disminuirla. Nuestras decisiones deben basarse preferentemente en datos objetivos y pruebas derivadas de observaciones sistemáticas, dejando en un segundo plano las opiniones o experiencias personales, pero no siempre resulta sencillo.

A pesar de su utilidad, la Medicina Basada en Pruebas tiene limitaciones que dificultan su aplicación en la toma de decisiones de la consulta diaria. Muchas veces está basada en información epidemiológica y su valor puede ser relativo cuando hablamos de casos individuales⁽¹⁰⁾.

Además requiere una buena formación del profesional para interpretar los datos que se le ofrecen ya que en

demasiadas ocasiones los promotores de los estudios, de forma mayoritaria la industria farmacéutica, presentan de forma sesgada los resultados que más les convienen y en la forma más adecuada para conseguir su utilización.

Por otra parte, sería deseable profundizar en los resultados de los estudios y llegar a conocer, entre otros, cómo afectan los medicamentos a la salud de los pacientes, a su calidad de vida o a su situación funcional, así como averiguar su nivel de satisfacción con los diversos tratamientos⁽¹¹⁾.

En definitiva, el ejercicio de la beneficencia requiere conocimientos técnicos, pero también una buena dosis de prudencia. Precisamente, ésta consiste en el manejo razonable de la incertidumbre y en saber tomar decisiones en situaciones inciertas.

• **El principio de autonomía** nos obliga a considerar que todas las personas son, por principio y mientras no se demuestre lo contrario, capaces de tomar decisiones en todo aquello que afecte su proyecto vital, y por tanto, que pueden aceptar o rechazar el tratamiento que les proponemos.

En la sociedad actual, los juicios terapéuticos corresponden al médico pero las decisiones prescriptivas corresponden al enfermo⁽¹²⁾. Idealmente, el tratamiento debería establecerse de forma compartida tras un proceso deliberativo entre médico y pacientes, en el que se incorporen las actitudes y valores de éstos.

Para poder elegir, el paciente tendrá que ser informado, sin ningún tipo de manipulación ni coacción y de forma comprensible, de los riesgos y beneficios del tratamiento propuesto y de las alternativas existentes al mismo.

La utilización de placebos, aunque se realice con la mejor intención, no es admisible desde el respeto a la autonomía de los pacientes y puede influir negativamente en el mantenimiento de una buena relación clínica. No existe la beneficencia sin el respeto a la autonomía del paciente.

El respeto a los deseos y preferencias de los pacientes también tiene sus limitaciones. El médico no debe recetar, por complacencia, medicamentos que considere no ya contraindicados sino inútiles para el bienestar del paciente. Además, por razones de justicia, en un sistema público, el paciente puede pedir lo indicado, pero no puede exigir lo no indicado aunque no esté contraindicado⁽¹³⁾.

La información a los pacientes desde el respeto, con transparencia, mostrando empatía y siendo asertivos, disminuirá en gran parte los conflictos que se suscitan ante las exigencias de los pacientes, muchas veces influenciadas por las falsas expectativas creadas en medios de comunicación sobre la prevención y curación de enfermedades.

• **El principio de justicia** nos obliga a tratar a todas las personas con igual consideración y respeto en el orden social, estableciendo la igualdad de oportunidades y evitando la discriminación por cualquier motivo. Al hablar de prescripción, nos exige realizar una justa distribución de los recursos.

La responsabilidad de ejercer justicia recae fundamentalmente en la Administración pública, que estará obligada a orientar la financiación de los medicamentos con criterios de equidad y eficiencia, ajustando la oferta a las necesidades sanitarias de la población.

Los gastos en salud limitan la inversión en educación, obras públicas, etc. y los gastos en medicamentos limitan a su vez otras partidas destinadas a mejorar la salud (personal sanitario, medios diagnósticos, etc.).

Cualquier política que pretenda ser equitativa debe superar un test de eficiencia, pero si se pretende absolutizar la eficiencia quedará dañada la equidad. Ambos criterios deben ser complementarios. No basta con perseguir el beneficio de la mayoría sino que hay que buscar el de todos y cada uno de los ciudadanos, lo que también se denomina “eficiencia moral”⁽¹⁴⁾.

La eficiencia debería estar al servicio de los valores, dicho de otra manera, debemos ser eficientes para ser justos y no simplemente para ahorrar dinero⁽¹⁵⁾.

La autorización de un medicamento no lleva implícita su financiación por el sistema público. Este debería financiar el medicamento más eficiente para un mismo tratamiento y no financiar un medicamento ineficiente salvo que sea necesario para salvaguardar la salud de todos y de cada uno de los ciudadanos.

Al igual que ocurre cuando se financian medicamentos de baja eficacia, los profesionales se sienten desorientados cuando ven que se financian medicamentos que no aportan ninguna ventaja sobre otros ya contrastados y a un mayor precio.

La reflexión desde los compromisos y actitudes

Hablar de ética de la prescripción y de los compromisos de la profesión nos lleva a tener que preguntarnos sobre cuál es nuestra actitud, nuestro talante ético ante este tema, qué hábitos hemos ido adoptando, y transmitiendo, a lo largo de los años y cuáles de éstos estaríamos dispuestos a defender públicamente y cuáles no.

Se hace necesaria una reflexión sobre la práctica cotidiana que nos ayude a cuestionarnos el porqué adoptamos determinados comportamientos en casos concretos, qué motivaciones tenemos o qué valores están presentes en nuestras decisiones prescriptivas⁽¹⁶⁾ y que colabore a evitar que la prescripción sea, como se ha dicho, un reflejo espinal.

Pero no basta con la reflexión. Los cambios de actitudes son siempre difíciles y además de conocimientos y habilidades, requieren tener la voluntad de querer cambiarlas y la decisión personal de hacerlo⁽¹⁷⁾.

En nuestras prescripciones influyen múltiples factores. Unos provienen de aspectos formativos del propio médico y otros dependen de la población asistida, la administración sanitaria o la industria farmacéutica⁽¹⁸⁾. Podemos preguntarnos sobre estas influencias y sobre las relaciones que mantenemos con unos y otros.

El compromiso con la competencia profesional

¿Me preocupó de formarme? ¿Actualizo mis conocimientos en farmacoterapia? ¿Qué fuentes utilizo?

Tener una buena formación es la primera obligación ética de todo profesional. Los conocimientos adquiridos y el interés que tengamos en ponerlos al día influirán de forma fundamental en nuestras prescripciones.

En la formación de las facultades de medicina generalmente se ha dado mucha más importancia al diagnóstico que a la terapéutica y cuestiones como la eficiencia de los tratamientos brillan por su ausencia en el ámbito académico, con lo que los profesionales comienzan a aterrizar en este tema al llegar a la formación postgrado o al comenzar a pasar una consulta.

Solemos iniciar la andadura profesional con el “vademécum” personal de algún colega o del tutor. Poco a poco vamos adaptando el nuestro propio, no siempre basado en pruebas científicas.

El acceso a la información en la era informática se ha facilitado enormemente y disponemos de abundante bibliografía actualizada a golpe de tecla, pero esta información dista habitualmente de ser clara e independiente. Acudir en primera instancia a las fuentes más fiables y de forma sistemática, requiere tiempo, esfuerzo y saber digerir la información, lo que exige tener buena formación en metodología de la investigación y suficiente familiaridad con la materia específica para atreverse a tomar decisiones clínicas⁽¹⁹⁾. Aunque deseable, puede ser poco realista su exigencia.

Por ello, buscamos información, de alguna forma, ya digerida por otros: manuales, guías de buena práctica, publicación de revisiones, protocolos elaborados por colegas de nuestro entorno, consensos de sociedades científicas, prescripciones generadas por especialistas, sesiones preparadas por compañeros, etc.

El verdadero problema, y éste sí debe ser revisado por todos los profesionales, se origina cuando la mayoría de las actualizaciones que recibimos provienen de fuentes con intereses particulares, los de la industria farmacéutica, y a través de reuniones tan poco científicas como las visitas médicas o las sesiones con especialistas con cena incluida.

Las autoridades sanitarias tienen la obligación de garantizar la calidad de la asistencia y para ello deberían promover y facilitar, en serio, el acceso a la formación continuada de sus trabajadores. La difusión de revisiones de instituciones de prestigio, boletines, guías farmacoterapéuticas o artículos de interés podrían llegar por el correo electrónico corporativo a los interesados. El acercamiento de reuniones científicas o de sesiones con especialistas a los centros de salud no debería depender de la buena voluntad de unos pocos. Los farmacéuticos de atención primaria deberían desarrollar su potencial formativo e ir más allá de la información sobre el gasto farmacéutico o el perfil de prescripción.

Sin embargo, la pasividad de las administraciones no puede servir de excusa a los profesionales para eludir la responsabilidad de seguir formándose, actualizar sus conocimientos y mejorar en lo posible sus fuentes de información. La aplicación de los conocimientos en la consulta diaria requerirá otro esfuerzo, pero nos ayudará a modificar algunos hábitos incorrectos.

El compromiso con el establecimiento de relaciones adecuadas con el paciente

¿Qué relación tengo con los pacientes? ¿Qué prejuicios tengo?

Qué duda cabe que el comportamiento y las expectativas de los pacientes influyen en nuestra actitud prescriptora. Quizás un análisis desapasionado de sus deseos y la revisión de algún que otro prejuicio que habitualmente mantenemos nos pueda ayudar a reconducir algunas relaciones con ellos. Por ejemplo, no es infrecuente que comentemos que los pacientes son consumistas y lo único que quieren son recetas que remedien sus males.

En muchas ocasiones, agobiados por las demandas y la falta de tiempo, los médicos hemos ido sustituyendo la escucha y el diálogo por la prescripción de una receta. Con esta acción terminamos la consulta y da la impresión de que los médicos quedamos aliviados y los pacientes contentos. Nos tememos que muy al contrario, esta actuación contribuye al desgaste del profesional y la frustración de los pacientes.

Cabe meditar sobre el porqué la búsqueda de medicinas alternativas va en aumento o sobre el hecho de que, según diversos estudios, la frecuencia de incumplimiento terapéutico se sitúa en torno al 40% de los pacientes que realizan tratamientos crónicos o que entre el 5 y el 20% de las recetas prescritas no lleguen a ser retiradas de las farmacias, convirtiéndose la mejora de la adherencia terapéutica en una de las medidas que más podrían impactar en la salud de los pacientes⁽²⁰⁾.

Los factores que influyen en la adherencia del paciente a un determinado tratamiento son muy variados, desde la edad, sexo o nivel sociocultural del paciente a la gravedad de la enfermedad o la presencia de síntomas más o menos molestos, las expectativas de curación, la posología o el sabor de los fármacos, etc..

Pero lo que nos interesa destacar es la importancia que tiene el hecho de que el paciente confíe en el médico. Esforzarse en mantener relaciones clínicas basadas en la confianza mutua en las que el médico facilite la accesibilidad y la comunicación, garantice la confidencialidad y practique la tolerancia, contribuirá a incrementar la adherencia a los tratamientos y a reconducir más fácilmente aquellas situaciones en las que exista incumplimiento del plan terapéutico.

Algunos aspectos de la información que ofrecemos sobre los tratamientos pueden ser mejorables. Si bien en una encuesta realizada a la población española⁽²¹⁾ la gran mayoría de los encuestados se mostraba satisfecha con

la información recibida, sólo el 2% refirieron haber sido informados alguna vez sobre otras opciones alternativas al tratamiento propuesto.

La Administración debería asumir que la comunicación con el paciente, el acercamiento a sus valores, la toma conjunta de decisiones terapéuticas o la explicación de las dosis de un medicamento y sus posibles efectos secundarios, etc., requieren tiempo, y que el mantenimiento de consultas masificadas, con tiempos por paciente menguantes, influyen de forma negativa en la calidad de la prescripción.

El establecimiento de relaciones adecuadas con el paciente disminuye la incertidumbre en las decisiones y la información mejora la satisfacción de los pacientes con la asistencia recibida. Seguramente unos y otros prefieran este tipo de escenario y lograrlo sea el mejor incentivo.

El compromiso con la distribución justa de los recursos finitos

¿Cuál es mi responsabilidad en el gasto? ¿Utilizo medicamentos genéricos?

Sin duda son políticos y gestores quienes deben establecer las medidas necesarias para adecuar el gasto farmacéutico a los presupuestos que el Estado determine y decir lo que se puede o no financiar.

Ambos tienden a olvidar que el incremento del gasto se debe, entre otros, a la universalización de la asistencia, a factores relacionados con la población asistida (envejecimiento, morbilidad, nivel socioeconómico, etc.) o al incremento de las posibilidades terapéuticas, más que a las actitudes prescriptoras de los médicos.

Sin embargo, parece lógico que se nos pida que administremos bien los recursos que se ponen a nuestra disposición y, de alguna forma, vemos cómo se desplaza la gestión de la eficiencia y la equidad a la mesa de la consulta.

Los médicos debemos seguir priorizando con criterios clínicos, intentando ser efectivos y beneficiando a los pacientes, pero tenemos que ser conscientes de que todo beneficio tiene un precio y que lograr el mayor beneficio al menor coste nos compete a todos.

La eficiencia es una obligación moral para los profesionales. Los recursos que se despilfarran por ineficiencia en la prescripción no podrán utilizarse en beneficio de otros pacientes, que incluso podrían necesitarlos más, rompiéndose la equidad y generando injusticia.

Pero también es cierto, que ser eficiente no significa siempre disminuir el gasto. El medicamento más caro puede ser eficiente si es muy efectivo y la decisión de permitir o no el acceso financiado al mismo no debería trasladarse a los profesionales.

Sería deseable que políticos y gestores explicitaran públicamente la importancia de contener el gasto en farmacia y que los ciudadanos se sensibilizaran con el mismo, pero aunque se cumpliera este deseo, seguramente el médico se sienta en ocasiones sumido en un conflicto de lealtades, ante la sociedad que le reclama una buena

gestión de los recursos y ante el paciente que espera que se vele por su bienestar personal. La voluntad de ser eficientes nos ayudará a resolverlo.

La prescripción de medicamentos genéricos supone una oportunidad para mejorar nuestra eficiencia. Una vez autorizados, presentan la misma calidad, eficacia y seguridad que el medicamento original. La única diferencia relevante con los originales es su menor precio, debido exclusivamente a que no tienen gastos referidos a los estudios preclínicos, clínicos ni de promoción, lo que les convierte en más eficientes⁽²²⁾.

A pesar de que su prescripción ha ido en aumento en los últimos años, este incremento no se ha producido al ritmo deseable y es anecdótico en la atención especializada. Muchos profesionales siguen mostrando una cierta desconfianza hacia los genéricos y hacen conjeturas sobre su utilidad terapéutica⁽²³⁾, seguramente influenciados por la industria farmacéutica. La Administración Sanitaria tiene la responsabilidad de su autorización y si alguien cree tener dudas fundadas sobre la equivalencia terapéutica de los medicamentos genéricos, tendría la obligación moral de denunciarlo públicamente.

Nuevamente, una mejor información sobre los genéricos, la revisión de algunos prejuicios sobre las reticencias de los pacientes ante su prescripción (la mayoría de los pacientes no se opone a la sustitución de un medicamento previo por un genérico⁽²⁴⁾) y la reflexión sobre hábitos difíciles de cambiar, nos podrán ayudar a mejorar nuestra prescripción, haciéndola más justa.

El compromiso con el mantenimiento de una confianza sólida gracias a la solución de los conflictos de interés

¿Qué relación mantengo con la Institución? ¿Qué pienso de los incentivos?

Los profesionales tienen un deber de lealtad hacia la institución para la que trabajan. Los gestores tienen la obligación de optimizar los recursos y el derecho de establecer medidas para lograrlo, desde la limitación del uso de determinados medicamentos a la implantación de sistemas de vigilancia sobre su utilización. Algunas medidas pueden generar problemas éticos al enfrentarse el profesional al conflicto de lealtades ya mencionado.

Entre estas medidas, la que nos sugiere más incógnitas es la incentivación económica a los profesionales cuando se logra un ahorro en el gasto de farmacia.

Si el profesional sanitario, que debe informar al paciente de las alternativas, y al tiempo debe indicarle, recibe una parte directa del dinero no gastado en asignar recursos a sus pacientes, es fácil concluir que, al menos, se ve inmerso en un conflicto de intereses⁽²⁵⁾ entre los del paciente, los de la Institución y los suyos propios.

En el año 2000 el INSALUD estableció un incentivo económico para los médicos que prescribieran un 6% de medicamentos genéricos, con la intención de promover su utilización. Ni se tenía en cuenta la calidad de la pres-

cripción, ni se valoraba la eficiencia. Desde entonces, los diferentes Servicios de Salud Autonómicos han venido incentivando el ahorro en farmacia o la prescripción de genéricos, sin que hayamos avanzado mucho en sus aspectos éticos.

Los incentivos son éticamente asumibles cuando se premia la eficiencia en la buena práctica, al profesional que mejor lo haga y no al que menos prescriba o más ahorre. Si los profesionales son incentivados por ser mejores controladores del gasto, es posible que la relación de confianza con los pacientes se dañe de forma definitiva.

Encontrar un sistema justo de incentivos no es fácil y su desarrollo y aplicación precisa del acuerdo entre todas las partes implicadas. Los gestores deben trabajar su imaginación superando las estrategias de control del gasto farmacéutico mediante indicadores que no aportan casi nada sobre la calidad de la prescripción ni su eficiencia y que transmiten la sensación de que el resultado, el producto salud, ha pasado a un segundo plano⁽²⁶⁾.

Los profesionales deberían hacer autocrítica antes de aceptar este tipo de incentivos, exigir que se valore la calidad de la prescripción y volver a reivindicar otros estímulos como el reconocimiento, las ayudas a la formación o investigación y el respeto a su autonomía.

¿Qué relación mantengo con la industria farmacéutica?

Para llegar a vender un nuevo medicamento en las farmacias, la industria farmacéutica habrá tenido que gastar previamente una gran cantidad de dinero. Lógicamente hará todo lo posible para recuperar lo invertido e intentar obtener los máximos beneficios posibles con su venta. Para lograrlo tendrá que convencer previamente al médico de las ventajas de recetar su producto y para ello tratará de influir en su prescripción de forma directa o indirecta.

La industria farmacéutica patrocina casi toda la investigación clínica que se realiza con medicamentos y su ámbito de influencia abarca a medios de comunicación, asociaciones de pacientes, farmacéuticos, sociedades científicas, líderes de opinión, etc., que a su vez influirán en las expectativas de los pacientes y en la prescripción de los médicos. Pero sobre lo que nos interesa reflexionar aquí es sobre las relaciones directas entre el médico prescriptor y la industria y los conflictos éticos que se generan⁽²⁷⁾.

Las compañías farmacéuticas deben proporcionar información científica sobre sus nuevos productos y lo realizan a través del correo, en sesiones clínicas promocionales y, sobre todo, a través de la visita médica. En ésta se establecen habitualmente relaciones cordiales entre visitador y médico pero se recibe escasa información técnica, los visitadores médicos repiten insistentemente su mensaje promocional y frecuentemente ofertan, o se les demanda por parte del médico, algún tipo de incentivo que apoye su mensaje.

Sabemos que la incentivación directa puede oscilar desde el obsequio de valor insignificante (un bolígrafo, material de despacho, etc.), a regalos relacionados con la

actividad profesional (utensilios de consulta, un libro, la subvención de actividades formativas, la financiación de los gastos de asistencia a congresos, etc.), hasta otros de difícil catalogación como invitaciones a espectáculos, cenas o viajes.

A pesar de los intentos por normativizar los incentivos y el patrocinio de reuniones científicas en la legislación y de las propuestas de autorregulación profesional de los Colegios de Médicos o de Farmaindustria, se siguen produciendo situaciones que carecen de la transparencia debida y tendrían que generar un mar de dudas éticas en los profesionales.

La tradición y el hábito en el ofrecimiento de incentivos por la industria y su aceptación por los profesionales, han llevado a que muchos médicos, incluso los más jóvenes, consideren “normal” que se le subvencionen inscripciones a congresos por 600 euros más gastos de viajes y estancia, o que un porcentaje nada desdeñable de los mismos considere ética la aceptación de un viaje de fin de semana a un lugar bucólico⁽²⁸⁾.

Además parece partirse del convencimiento de que la industria farmacéutica “da duros a pesetas” ya que es bastante común que los profesionales defiendan que la aceptación de este tipo de regalos no influye en su prescripción⁽²⁹⁾.

Nuevamente debemos pararnos a pensar en el conflicto de intereses que se plantea. El coste de estas donaciones repercute en el precio del medicamento y finalmente lo pagan los pacientes y la sociedad. Aceptar determinados regalos nos compromete, puede ser legal, pero no es ético.

Cada profesional debería reflexionar sobre sus actitudes en este tema y sobre dónde está el punto de corte a partir del cual puede caer en una resbaladiza pendiente, antes de esperar a que sean los ciudadanos quienes nos pidan explicaciones. Algunas preguntas como ¿acudiría a este congreso si no me lo pagaran? ¿aprobaría que, en otros ámbitos, un funcionario recibiera este tipo de regalos? ¿me gustaría que mis pacientes conocieran que he aceptado este obsequio? nos pueden ayudar en la reflexión.

La deliberación sobre lo que es o no correcto y deseable en la relación de los médicos y la industria farmacéutica debe seguir abierta. Administración, asociaciones profesionales, sociedades científicas, industria y ciudadanos deben aportar respuestas y llegar a acuerdos.

Conclusiones

La salud y el bienestar de los pacientes es la razón de ser de la profesión médica, pero también tenemos obligaciones con la sociedad. Los medicamentos son una herramienta fundamental para conseguir ese bienestar, pero su prescripción no puede quedar al libre albedrío de cada profesional sino que debe moverse dentro de un marco que contemple la seguridad y eficacia del fármaco,

la propuesta de indicaciones basadas en pruebas científicas que seleccionen la mejor opción para cada caso y en el que se tengan en cuenta la voluntad de los pacientes y los costes del tratamiento. La mejor forma de salvaguardar la libertad de prescripción será su ejercicio racional y responsable.

La Bioética nos puede ayudar a revisar nuestros hábitos y rutinas allanando los cambios que precisen, a darle soluciones a los problemas éticos y a los conflictos de lealtades que nos encontremos y a generar una cultura de diálogo y deliberación entre todos los agentes implicados en la prescripción que facilite el establecimiento entre ellos de relaciones basadas en la confianza y la transparencia.

Bibliografía

1. Martín S. Ética de la prescripción. Conflictos del médico con el paciente, la entidad gestora y la industria farmacéutica. *Med Clin (Barc)* 2001; 116: 299-306.
2. Couceiro A. Los niveles de justicia sanitaria y la distribución de los recursos. *An. Sist. Sanit. Navar.* 2006; 29 (Supl 3): 61-74.
3. Ortún V. La atención primaria, clave de la eficiencia del sistema sanitario. *JANO* 1995; 49: 21-26.
4. Gervás J. Atención Primaria de Salud en Europa: tendencias a principios del siglo XXI. Una reflexión con motivo de los XXV años de la Declaración de Alma Ata. *SEMERGEN* 2004; 30: 245-257.
5. Fundación ABIM, Fundación ACP-ASIM, Federación Europea de Medicina Interna. La profesión médica en el nuevo milenio: estatutos para la regulación de la práctica médica. *Med clin (Barc)* 2002; 136: 243-246.
6. De Abajo FJ. Ética del uso de medicamentos. *SALUD* 2000 1997. 63: 10-16.
7. González JA, Martín E, Ruiz D y col. Ética de la prescripción. Perspectivas desde la atención primaria. *AFT* 2004; 2: 247-257.
8. Borrell-Carrió F. Ética de la seguridad clínica. Contribuciones desde la práctica médica. *Med clin (Barc)* 2007; 129: 176-183.
9. Turabián JL, Pérez B. El proceso por el cual los médicos de familia gestionan la incertidumbre: no todos son cebras y caballos. *Aten Primaria* 2006; 38: 165-167.
10. Garbi MR, Reyes CM, Delfino AV. Ética en la farmacoterapia y corrientes de la medicina contemporánea. En: Garbi MR, Lolas F, Quezada A, ed. *Ética y farmacia. Una perspectiva latinoamericana.* Acta Bioética. Santiago de Chile: Universidad de Chile, OPS/OMS, 2009; 73-104.
11. Soto J. Medicina basada en resultados en salud: la evolución lógica y deseable de la medicina basada en la evidencia (editorial). *Med clin (Barc)* 2007; 128: 254-255.
12. Gracia D. Ética de la calidad de tratamiento (II). *Jano* 1986. 31: 36-38.
13. Alvarez S. Problemas éticos en la prescripción de fármacos de eficacia clínica poco significativa. *Aten Primaria* 2006; 38: 288-292.
14. Gracia D. Ética de la eficiencia. En: Asociación de Bioética Fundamental y Clínica, ed. *La Bioética lugar de encuentro.* Madrid: 1999; 87-98.
15. Conill J. Empresa sanitaria: ¿son compatibles justicia y eficiencia? En: Asociación de Bioética Fundamental y Clínica, ed. *La Bioética, tarea de humanización.* Madrid 2007; 95-106.
16. Loayssa JR, Ruiz R. Comportamiento profesional. Desde los dilemas y principios éticos a las actitudes, los valores y la disposición "virtuosa". *Aten Primaria* 2006; 37: 510-513.
17. Marijuan M. Ética de la prescripción. INFAC. Disponible en http://www.osanet.euskadi.net/r85_public01/es/contenidos/informacion/infac/es_1223/adjuntos/infac_v1n3.pdf
18. Abánades JC, Cabedo V, Cunillera R y col. Factores que influyen en la prescripción farmacológica del médico de atención primaria. *Aten Primaria* 1998; 22:391-398.
19. Altisent R. Problemas éticos en la práctica diaria: De la investigación a la prescripción. En: Asociación de Bioética Fundamental y Clínica, ed. *La Bioética, diálogo verdadero.* Madrid: 2002; 165-172.
20. Orueta R, Toledano P, Gómez-Calcerrada RM. Cumplimiento terapéutico. *SEMERGEN* 2008; 34: 235-243.
21. Badiá X, Magaz S, Gutierrez L y col. Información de medicamentos de prescripción: encuesta a la población general española. *Aten Primaria* 2005; 36: 93-99.
22. Cuesta MT. Medicamentos genéricos: una visión global. *Inf Ter Sist Nac Salud* 2010; 34: 35-40.
23. Ruiz-Rico T, Moreno A, Nacle I. Algunas reflexiones sobre los medicamentos genéricos (carta). *Farm Hosp* 2008; 32: 182-193.
24. Blasco M, Torres C, Medina B y col. Opinión de los usuarios de atención primaria sobre los medicamentos genéricos y el coste de la medicación. *Aten Primaria* 2003; 31: 170-177.
25. Carballo F, Júdez J, De Abajo F y col. Uso racional de recursos. *Med clin (Barc)* 2001; 117: 662-675.
26. Martín V, Cecilia P, Ezquerro J y col. Incentivos para Médicos de Familia de Atención Primaria. Razones para el cambio y propuesta de un nuevo modelo. *Rev Adm Sanit* 2006; 4: 119-153.
27. Altisent R. La relación con la industria farmacéutica: una cuestión ética de alta prevalencia en medicina de familia. *Aten Primaria* 2003; 32: 106-109.
28. Grup d'Ética. Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitaria. La ética en la relación con la industria farmacéutica. *Encuesta de opinión a médicos de familia en Cataluña.* Aten Primaria 2004; 34: 6-14.
29. Galan S, Delgado MT, Altisent R. Análisis de la relación entre el médico de atención primaria y la industria farmacéutica. *Aten Primaria* 2004; 34: 231-237.

Fe de erratas

En el número anterior (volumen 35, nº 1/2011, página 3) en el artículo "Interacciones alimento/medicamento", por error figura como autor Sánchez Méndez JL., cuando en realidad debe figurar como autor Vargas Castrillón E.