

Ética de la Prescripción

“Haz que mis pacientes tengan confianza en mi arte y que sigan mis consejos y prescripciones” Oración de Maimónides.

Según los datos publicados en el Informe SESPAS 2012 sobre la prescripción farmacéutica en Atención Primaria, el Sistema Nacional de Salud (SNS) español factura más de 950 millones de recetas, estimándose que alrededor de 200 millones de recetas adicionales no llegan a dispensarse¹. Estos datos no incluyen las recetas prescritas por la medicina privada ni las de los pacientes pertenecientes a las Mutualidades de Funcionarios. De acuerdo con estas cifras, España ocupa, después de los Estados Unidos, el segundo lugar en el consumo de fármacos. Esto ha supuesto en 2009 un importe aproximado de unos 14.000 millones de euros, lo que hace una media de 300 euros por habitante y año, con diferencias notables entre los “activos” (80 euros/año) y los “pensionistas” (alrededor de 2.000 euros/año). Alrededor del 6% de la factura fue abonada por los pacientes y el resto por el SNS, y la mayor parte de la prescripción fue generada por el médico de familia, sin que existan datos oficiales sobre qué parte de la misma puede ser inducida o delegada por especialistas hospitalarios. Estas abultadas cifras condicionan que todos los sistemas regionales de salud pongan en el punto de mira al médico de familia para que procure disminuir el gasto que genera con su prescripción.

La Conferencia de Expertos en Uso Racional del Medicamento, reunidos en Nairobi en 1985, definió el Uso Racional del Medicamento como aquel “en el que los pacientes reciben los medicamentos adecuados a sus necesidades clínicas, con las dosis precisas según sus características y durante el tiempo apropiado. Todo ello con el menor coste posible para ellos y para la comunidad”. De acuerdo con esta definición, realizar una prescripción éticamente correcta debe tener en cuenta los extremos contenidos en la misma.

Prescribir no es solo rellenar una receta, es un acto médico realizado por un profesional médico legalmente reconocido que posee los conocimientos técnicos necesarios, tiene habilidades en la escucha y comunicación, y es capaz de reflexionar sobre los valores y actitudes implicadas en dicho acto².

A la hora de prescribir, el médico de familia está influenciado, entre otros, por la administración sanitaria, la industria farmacéutica (IF), el paciente y el especialista hospitalario, que condiciona una parte nada desdeñable de su prescripción. Como veremos más adelante, la relación con los diferentes actores va a generar problemas éticos que el médico de familia debe resolver.

A muchos médicos les resulta incomodo incorporar aspectos económicos a la hora de prescribir y otros ni siquiera se lo plantean, argumentando que ello coartaría su libertad de prescripción. Según la Declaración de la Comisión Central de Deontología de la Organización Médica Colegial (1989), “la libertad de prescripción implica

también tener en cuenta los aspectos económicos de las decisiones médicas. Hay un deber deontológico de prescribir con responsabilidad y moderación a la hora de prevenir, diagnosticar y tratar la enfermedad. El médico no puede olvidar que los recursos con que se pagan sus prescripciones no son suyos, sino del paciente o de las instituciones, públicas o privadas, que las toman a su cargo. El médico está por ello particularmente obligado a prescribir con racionalidad y buen sentido económico, ello excluye la prescripción de precio más elevado cuando su eficacia es idéntica a otros de coste inferior”.

Hay que saber conjugar la libertad de prescripción y los derechos de los pacientes con la responsabilidad de administrar adecuadamente los recursos económicos que la sociedad pone en manos de los médicos y en escenarios como el actual, con una crisis económica que detrae recursos para la atención, optimizar el gasto de farmacia parece una obligación deontológica ineludible. Así, el Código de Deontología Médica (CDM) recoge en el capítulo IV (artículos 23 y 26) las recomendaciones de una prescripción correcta³.

Pero el que tengamos un CDM no garantiza que realicemos una buena prescripción, que debe perseguir cuatro objetivos⁴: máxima efectividad, mínimos riesgos, menor coste posible y respeto a la libertad del paciente. Con la rápida evolución y cambio de las indicaciones terapéuticas existe una necesidad de permanente actualización por parte del profesional para mantener una terapia correcta.

En nuestra prescripción, cuando existen problemas éticos, los principios fundamentales de la bioética nos pueden ayudar a tomar decisiones. La prescripción, en la relación médico-paciente se ve afectada fundamentalmente por los principios de no-maleficencia, beneficencia y autonomía.

El principio de no-maleficencia exige no hacer daño al paciente con nuestra prescripción, el *primum non nocere*, pero llevar esto a la práctica clínica es prácticamente imposible puesto que la mayoría de los tratamientos pueden producir efectos secundarios o un daño potencial. El médico debe prescribir fármacos de eficacia probada y conocer las indicaciones, efectos secundarios e interacciones más comunes o importantes, y debe estar atento a las posibles reacciones adversas. La prescripción de un medicamento nuevo debería ser más conflictiva para el médico que la de un medicamento conocido⁵, porque conlleva un riesgo todavía desconocido para el paciente, porque genera habitualmente un incremento del gasto y porque esta prescripción puede estar inducida por una importante promoción del fabricante; por último y no menos importante, los nuevos medicamentos sólo aportan argumentos de eficacia en condiciones de ensayo clínico y tienen que demostrar su efectividad en condiciones de uso habitual. El médico de Atención Primaria debe ser muy cauto en la incorporación de nuevos medicamentos a su arsenal terapéutico, es más prudente esperar y no ser el primero en prescribirlos.

El principio de beneficencia busca el mayor beneficio para el paciente, por ello estamos obligados a prescribir con indicaciones correctas y basadas, en lo posible, en pruebas científicas. Es obligación del médico de familia mantenerse actualizado en la utilización de los medicamentos, acudiendo a fuentes independientes; en muchas ocasiones la utilización de guías y protocolos puede facilitar esta labor. Es incompatible con una prescripción racional y ética usar como principal fuente de información la proporcionada por la industria farmacéutica. Esto no siempre es fácil por las condiciones de incertidumbre con las que trabajamos en Atención Primaria, por eso, además de los conocimientos técnicos, debemos ser prudentes para manejar de una forma razonable la incertidumbre y poder tomar decisiones en situaciones inciertas.

El principio de autonomía nos obliga respetar la elección de un paciente bien informado sobre las alternativas terapéuticas que se le ofrecen. La situación ideal se produce cuando un paciente acepta un tratamiento después de un proceso deliberativo realizado con su médico. No obstante, el médico no debe realizar prescripciones por complacencia de tratamientos que considere no útiles o inadecuados, y deberá utilizar sus mejores habilidades de comunicación para que el paciente lo entienda y salvaguardar la relación con el paciente. Un simple "no" es insuficiente en este contexto.

El principio de justicia nos obliga a una utilización equitativa de los recursos, en nuestro caso ante terapéuticas equivalentes deberemos utilizar la de menor coste, siempre que sea posible. Las autoridades sanitarias deben financiar los medicamentos con criterios de equidad y eficiencia, de acuerdo con las necesidades sanitarias de la población.

Como vemos, realizar una prescripción correcta no es tarea fácil. Para los médicos de Atención Primaria la prescripción inducida en muchas ocasiones supone un problema ético que tenemos que resolver. Debido a las peculiaridades de nuestro sistema organizativo, gran parte de la prescripción realizada en atención especializada se ve reflejada en la del médico de familia, el problema ético va a surgir cuando el médico de familia no esté de acuerdo con esa prescripción. La prescripción del especialista hospitalario se caracteriza por ser más cara, más innovadora y utilizar menos genéricos⁶. La concordancia entre los principios activos de la guía farmacoterapéutica del hospital y la prescripción a los pacientes ambulatorios es muy pobre, y la información sobre la misma es escasa. Esta prescripción muchas veces es una fuente de conflicto para el médico de Atención Primaria, condicionada por el desacuerdo con la misma que también puede generar tensiones con el paciente. El médico de familia debe asumir la gestión de esta prescripción, ya que forma parte de nuestra actividad evaluar las prescripciones de otros médicos y la repercusión que ésta pueda tener sobre la salud de nuestro paciente. Por tanto, debemos dejar de pensar que es un problema generado por otros.

Por último, no quisiera concluir sin hablar de los pro-

blemas éticos que pueden generarse en la relación del médico con la IF. Las empresas gastan más del 30% de sus ingresos en marketing y administración⁷, desvían una ingente cantidad de dinero a inversión en I+D, por lo que obtienen desgravaciones fiscales y son una de las industrias con mayor margen de beneficios. Se estima que el 75% del incremento del gasto en medicamentos del sistema sanitario público en España es producido por la sustitución de medicamentos conocidos por fármacos nuevos⁸. La IF financia la formación continuada de los médicos, parte de la investigación y es un sector productivo de gran importancia estratégica. La visita médica es utilizada por la industria para promocionar sus productos y para realizar obsequios y atenciones que convierten a los médicos en publicistas indirectos de productos farmacéuticos. Otra fuente de promoción es el patrocinio de actividades de formación (charlas, colaboración en la asistencia a congresos, cursos de formación continuada). En la visita debemos ser conscientes de que la información presentada puede tener sesgos y que no puede ser la única fuente de conocimiento de los medicamentos, y en cuanto a las actividades de formación continuada debemos saber diferenciar lo que es información basada en la evidencia científica de lo que es promoción de un medicamento.

Para finalizar y como resumen de este editorial considero que el médico de familia debe realizar una prescripción eficiente, siendo prudente en la utilización de los nuevos medicamentos, debe ser responsable de toda la medicación del paciente, ser cuidadoso en la relación con la IF y crítico con la información por ella proporcionada, todo para garantizar que la prescripción segura que no incumpla los principios bioéticos de no-maleficencia, justicia y beneficencia, con el máximo respeto a la autonomía del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sanfélix-Gimeno G, Peiró S y Meneu R. La prescripción farmacéutica en atención primaria. Informe SESPAS 2012. *Gac Sanit.* 2012 (Suppl):41-45.
2. Moya Bernal A. Ética de la prescripción. *Inf Ter Sist Nac Salud.* Volumen 35, Nº 2/2011.
3. Código de Deontología Médica. Guía de Ética Médica. Organización Médica Colegial. 2011.
4. Martín Moreno S. Ética de la prescripción. Conflictos del médico con el paciente, la entidad gestora y la industria farmacéutica. *Med Clin (Bar).* 2001;116:299-306.
5. Martín Moreno S. Ética y utilización de nuevos medicamentos. *FMC.* 2005;12(8):519-521.
6. Peiró S, Sanfélix-Gimeno G. La prescripción inducida, un falso problema que esconde las carencias de la gestión de la prescripción. *Rev Esp Cal Asist.* 2010;25(6):315-317.
7. Duce Gracia F. Personal sanitario e industria farmacéutica. *Arch Bronconeumol.* 2005;41(7):357-9.
8. Group 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(1):6-14.

Javier Carmona de la Morena

Médico de Familia, Centro de Salud "Sillería" de Toledo.
Experto en Ética y Deontología Médica