

# Ética de la prescripción

Ruíz Ortega P<sup>1</sup>, Lucena León M<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. UGC El Valle. Servicio Andaluz de Salud. Miembro del Comité de Ética Asistencial Jaén Sur

<sup>2</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Federico del Castillo. Servicio Andaluz. de Salud. Miembro del Comité de Ética Asistencial Jaén Sur

Aceptado para publicación el 13-03-2020

## INTRODUCCIÓN

La prescripción de un medicamento es un acto de responsabilidad y de alta complejidad que concierne no sólo al médico que prescribe el medicamento, sino a la administración que por una parte regula todo el proceso, y por otra, asume la financiación en gran medida; a la industria farmacéutica que investiga, produce, promociona y vende el medicamento, y a los pacientes que son los destinatarios finales<sup>1</sup>.

El médico en su reflexión personal sobre la prescripción debe de exigirse tener un conocimiento adecuado, un hábito prescriptor y evaluador correcto, y unas relaciones asistenciales respetuosas con sus pacientes.

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

Una buena prescripción debe perseguir cuatro objetivos<sup>2</sup>:

- Máxima efectividad.
- Mínimos riesgos.

- Respeto y aceptación de la elección del paciente.
- El menor coste posible.

El tema más controvertido es el referente al coste. La medicina tradicional dejó siempre de lado esta consideración, pensando que estas cuestiones eran opuestas al buen ejercicio de la medicina, pero en la actualidad tal afirmación es insostenible.

La responsabilidad en el gasto farmacéutico nos atañe a todos. Es cierto que a veces nos parece que los otros actores, los pacientes, los otros especialistas, la administración o la industria farmacéutica no cumplen con sus deberes, pero esto no es una excusa para librarnos de los nuestros.

Los médicos de atención primaria (AP) asumen esta responsabilidad, pero se sienten frecuentemente presionados, desorientados al ver que la prescripción de otros especialistas no está sujeta al mismo control, suele ser más cara, más innovadora; y desmotivados ante planteamientos de gestión que consideran meramente utilitaristas, pues promueven e incentivan el ahorro y se despreocupan de la calidad de la prescripción.

## LOS PRINCIPIOS DE LA BIOÉTICA<sup>3,6</sup>

El **principio de no maleficencia**: se trata de no hacer daño con la prescripción. Los poderes públicos tienen la obligación de autorizar sólo los medicamentos que satisfagan criterios de seguridad y eficacia, garantizando que no se somete al individuo a riesgos desproporcionados para el beneficio que se pretende. En la práctica el riesgo 0 es imposible; se trata de que la relación riesgo-beneficio no sea desfavorable.

La responsabilidad del médico se asienta en recetar medicamentos de eficacia probada y conocer las contraindicaciones y las interacciones; siempre en estado vigilante como denunciador de reacciones adversas. La actitud prudente ante los nuevos fármacos supone no estar a la última, sino “estar a la penúltima”. Debemos de comprometernos con una cultura de la seguridad, ya que habitualmente los medicamentos nuevos aportan argumentos de eficacia en condiciones de ensayos clínicos, pero aún tienen que demostrar su efectividad en las condiciones de uso habituales.

El **principio de beneficencia** exige perseguir el bienestar del paciente y buscar no sólo la eficacia sino la efectividad, requiere conocimientos técnicos y también una buena dosis de prudencia. Incluso la medicina basada en la evidencia, aunque reduce la incertidumbre, no tiene en cuenta la calidad de vida ni las preferencias del paciente. Tras la información adecuada, deberemos respetar las decisiones tomadas por el paciente con su propia percepción de beneficio.

El **principio de autonomía** supone que nuestros pacientes son capaces para decidir sobre todo aquello que afecte su proyecto vital, y por tanto, pueden aceptar o rechazar el tratamiento que le propongamos. Idealmente, el tratamiento debe establecerse de forma compartida tras un proceso deliberativo entre médico y paciente (después de haber recibido la información adecuada y tenidos en cuenta sus actitudes y valores).

El respeto y preferencia del paciente tiene sus limitaciones: el médico, por complacencia, no puede recetar algo contraindicado pero tampoco algo inútil para el bienestar del paciente. 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<sup>3</sup>. En estas ocasiones un solo “no” no suele bastar.

El **principio de justicia** al hablar de prescripción nos exige realizar una justa distribución de los recursos, siendo esta responsabilidad fundamentalmente de la Administración, que está obligada a orientar la financiación de los medicamentos con criterios de equidad y eficiencia, según las necesidades de la población.

Los gastos en salud limitan otros gastos como la educación, y a su vez, el gasto farmacéutico limita otras partidas presupuestarias dedicadas a mejorar la salud.

La eficiencia y la equidad deben ser complementarias; no basta con perseguir el beneficio de la mayoría. Dicho de otra manera, debemos ser eficientes para ser justos, no simplemente para ahorrar dinero. (Al igual que ocurre cuando se financia un medicamento de escasa eficacia, los profesionales se sienten desorientados cuando se financian medicamentos que no aportan ventaja sobre otros ya contrastados, y además, lo hacen a un precio más elevado).

## ACTITUDES Y COMPROMISOS PROFESIONALES

En nuestras prescripciones influyen múltiples factores: unos dependen de la formación del profesional, otros de la población asistida, de la administración sanitaria o de la industria farmacéutica<sup>6</sup>.

EL PROFESIONAL: tener una buena formación es la primera obligación ética del profesional. Acudir en primera instancia a las fuentes más fiables y de forma sistemática, requiere tiempo, esfuerzo y saber obtener la información; por ello, buscamos la que de alguna manera ya ha sido digerida por otros, como publicaciones, guías de buena práctica, revisiones y protocolos, elaborados por sociedades científicas, expertos...

El problema surge cuando las actualizaciones que recibimos provienen de fuentes con intere-

ses particulares, la industria farmacéutica, las visitas médicas o las sesiones con especialistas, cena incluida.

La autoridad sanitaria tiene que garantizar la calidad de la asistencia, y para ello debe promover en serio la formación de los profesionales; y en el caso de la prescripción, ir más allá de la información sobre el perfil prescriptor o sobre el gasto en farmacia; lo que, a la vez, no puede servir de excusa a los profesionales para eludir la responsabilidad de seguir formándose.

**EL PACIENTE:** qué duda cabe que el comportamiento de los pacientes y sus expectativas influyen en nuestra actitud prescriptora. En muchas ocasiones, agobiados por el tiempo, hemos sustituido la escucha y el diálogo por una receta. La mejora de la adherencia terapéutica es una de las medidas que más podrían impactar en la salud de los pacientes, ya que el incumplimiento de los pacientes crónicos se sitúa en torno al 40%, y entre el 5 y el 20% de las recetas no son retiradas de las farmacias.

Muchos son los factores que influyen en la adherencia del paciente a un tratamiento determinado: la edad, nivel sociocultural, enfermedad grave, síntoma molesto, la posología, el sabor del medicamento... pero interesa más el hecho de que el paciente confíe en el médico. No suele ser suficiente decir que no a una petición de estos.

Algunas de las informaciones que ofrecemos sobre los tratamientos puede ser mejorable, por ejemplo las alternativas. Esto requiere tiempo y no sólo es responsabilidad del médico; la administración debe acabar con la masificación de las consultas, aumentar el tiempo por paciente, y potenciar la formación de los profesionales en el uso racional de medicamentos.

**LA DISTRIBUCIÓN JUSTA DE RECURSOS LIMITADOS:** sin duda son los políticos y los gestores quienes deben establecer las medidas necesarias para adecuar el gasto farmacéutico. El incremento de éste se debe a la universalización de la asistencia, al envejecimiento de la población, o al incremento de las posibilidades terapéuticas, más que a la actitud prescriptora de los médicos. Sin embargo parece lógico que

se nos pida que administremos bien los recursos que se ponen a nuestra disposición<sup>1</sup>.

Los médicos debemos seguir priorizando en base a criterios clínicos, intentando ser efectivos y beneficiar a pacientes, pero tenemos que ser conscientes de que todo tiene un precio y que lograr el mayor beneficio al menor coste es tarea de todos. Es cierto que ser eficiente no siempre disminuye el gasto.

Los medicamentos genéricos son más eficientes porque demostrada la misma calidad, eficacia y seguridad que la molécula original, no tienen los gastos de estudios ni de promoción. Denunciar públicamente las dudas que se plantean sobre los medicamentos genéricos, en cuanto a su eficacia, terminaría con la controversia y daría tranquilidad a los pacientes.

**SOLUCIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS:** los profesionales le deben lealtad a la administración para la que trabajan; los gestores tienen derecho a implantar la limitación del uso de determinados medicamentos y medidas de vigilancia sobre su utilización. La que más conflictos genera es la incentivación económica de los profesionales cuando se logra un ahorro en el gasto en farmacia.

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.

Las compañías farmacéuticas deben proporcionar información científica sobre sus nuevos productos y lo materializan, sobre todo, en la visita médica. Se establecen relaciones cordiales pero se recibe escasa información técnica, se repite insistentemente el mensaje promocional y se oferta o se demanda por parte del médico algún tipo de incentivo que apoye su mensaje.

A pesar de los intentos por parte de las administraciones, de los colegios de médicos y de la industria farmacéutica, se siguen produciendo situaciones que carecen de la transparencia debida y generan dudas entre los profesionales. Es habitual que los médicos entiendan que estas situaciones no influyen en su prescripción. Pero el coste de estos incentivos va a repercutir en el

precio de los medicamentos para recaer finalmente en los pacientes y la sociedad. Aceptar determinados regalos puede ser legal, pero no es ético<sup>4</sup>.

## NIVELES ÉTICOS<sup>5</sup>

**Macroética:** nos remite a la ética del sistema de salud y de las políticas legislativas y ejecutivas, destinadas a promover en toda la sociedad un uso racional del medicamento. Para hacerse efectivas han de tener en cuenta aspectos de justicia, en relación con la promulgación de leyes, el ámbito y acceso de la provisión de servicios, la dotación de personal cualificado, e indefectiblemente, la financiación de todo ello.

**Mesoética:** es el de la administración, las organizaciones e instituciones sanitarias públicas y privadas y la industria implicada en el desarrollo y utilización de los fármacos. Implementan reglamentos, procedimientos de investigación y uso, formación, sistemas de evaluación y control; es decir, hacen las políticas de uso racional del medicamento.

**Microética:** contiene la concreta relación asistencial. Cuanto mejor funcionen los dos niveles anteriores las decisiones serán más correctas. Aquí el profesional ha de aportar una prescripción basada en conocimientos, actitudes, experiencias buenas prácticas y respeto a la autonomía del paciente.

## PRESCRIPCIÓN RACIONAL DE MEDICAMENTOS

OMS (1985): “los pacientes recibirán la medicación adecuada a sus necesidades clínicas, en las dosis correspondientes a sus requisitos individuales durante un período adecuado de tiempo y al menor coste posible para ellos y para la comunidad”.

### 1er ESCALÓN.

**EFICACIA Y EFECTIVIDAD:** la práctica ha de estar basada en la evidencia científica, no en la subjetividad de las opiniones o en la experiencia personal del profesional, sino en la objetividad

de los datos. La eficacia es el resultado alcanzado por el fármaco en condiciones controladas de ensayo y la efectividad la medida del efecto logrado en nuestra práctica clínica<sup>2,5</sup>.

### 2º ESCALÓN:

**PERFIL DE SEGURIDAD:** prevención de iatrogenias y farmacovigilancia. Se trata de que no se produzcan efectos indeseables desproporcionados al beneficio que se obtiene con el uso del fármaco en condiciones normales de utilización. La seguridad hace referencia a la ausencia de reacción adversa de un medicamento. Ser prudentes significa tener una actitud expectante y farmacovigilante<sup>2,5</sup>.

### 3er ESCALÓN:

**EFICIENCIA:** procurar reducir los costes de los medicamentos es una variable de justicia, favorable al bien común y que, por tanto, se añade al bien particular que se hace con cada prescripción efectiva. No es el coste, sino la medida del efecto alcanzado en función de los recursos empleados<sup>2,5</sup>.

### 4º ESCALÓN:

**INFORMACIÓN Y TOMA DE DECISIÓN:** la aceptación por parte del paciente del plan terapéutico supone llegar a un acuerdo razonable entre el médico y su paciente sobre la terapéutica más adecuada<sup>2,5</sup>.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Comité de Bioética de Andalucía. Ética de la prescripción y dispensación de medicamentos en Andalucía. Sevilla: Consejería de Salud y Bienestar Social de la Junta de Andalucía; mayo 2012. Disponible en: [http://si.easp.es/eticaysalud/sites/default/files/cba-ponencia\\_etica\\_prescripcion\\_medicamentos-maqueta2.pdf](http://si.easp.es/eticaysalud/sites/default/files/cba-ponencia_etica_prescripcion_medicamentos-maqueta2.pdf)
2. Carmona de la Morena J. Ética de la prescripción. Rev Clín Med Fam. 2012; 5(3): 149-150. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1699-695X2012000300001](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2012000300001)

3. Comisión Gallega de Bioética. Ética en la prescripción. Santiago de Compostela, 23 de febrero de 2011. Disponible en: [http://www.sergas.es/Docs/Bioetica/Etica\\_na\\_prescripcion.pdf](http://www.sergas.es/Docs/Bioetica/Etica_na_prescripcion.pdf)
4. Galán Herrera S, Delgado Marroquín MT, Altisent Trota R. Análisis de la relación entre el médico de atención primaria y la industria farmacéutica. *Aten Primaria* 2004; 34(5):231-47.
5. Marijuan M. Ética de la prescripción. INFAC. Disponible en: [http://www.osanet.euskadi.net/r85publ01/es/contenidos/informacion/infac/es\\_1223/adjuntos/infac\\_v11n3.pdf](http://www.osanet.euskadi.net/r85publ01/es/contenidos/informacion/infac/es_1223/adjuntos/infac_v11n3.pdf)
6. Moya Bernal A. Ética de la prescripción. *Inf Ter Sist Nac Salud*. 2011;35: 57-63.