

tributiva. Sobre el individuo se refiere a la ausencia de discriminación; en este caso la igualdad de acceso a los recursos.

Este principio entra en conflicto cuando dedicamos recursos a personas que no los «aprovechan»: invertimos recursos, incluido tiempo, en el seguimiento de pacientes que no modifican sus hábitos y restamos esa atención a otros que pudieran beneficiarse de esa misma intervención. El principio de justicia también nos exige la eficiencia de nuestras intervenciones sobre el estilo de vida. Cuando en esta cuestión entran en conflicto los principios éticos, se nos plantean decisiones difíciles que exigen un cuidadoso análisis, tal como se explica en el capítulo sobre dilemas éticos en la práctica clínica.

## Bibliografía y comentarios

1. Para la elaboración de este tema se ha consultado, entre otros, el material docente sobre cuestiones éticas en las actividades preventivas de los cursos de formación del PAPPSS, impartidos por los doctores M. Victoria Pico y Rogelio Altisent.
2. Sass HM. La bioética: fundamentos filosóficos y aplicaciones. En: Bioética. Bol Sanit Panam 1990; 108 (5-6): 391.
3. Se hace referencia al nivel de responsabilidad del médico de familia analizado desde los ejes de extensión, profundidad y continuidad de la atención. En: Altisent R. Cuestiones de bioética en atención primaria. Jano 1992; 44: 2309-2332.
4. A este respecto son interesantes el artículo de Fabre J, Allaz AF. Entre nihilisme et fanatisme: l'ethique de la prévention. Schweiz Med Wschr 1990; 120: 1903-1911 y el capítulo: Prevención. En: Skrabanek P, MacCormick J. Sofismas y desatinos en medicina. Barcelona: Doyma, 1992; 114-118.
5. Como decía Irving Zola, «en realidad no importa si [...] se nos garantizan 15 centímetros más de talla, 30 años más de vida o un fármaco que aumente nuestra capacidad y poder; lo que deberíamos preguntarnos es si es importante ser 15 centímetros más alto, en qué condiciones vamos a vivir esos 30 años adicionales y quién va a decidir qué poderes van a ser potenciados o reprimidos». Sobre el principio de no maleficencia también son muy interesantes los comentarios del autor en: Keeney RL. Sounding board: decisions about life-threatening risks. N Engl J Med 1994; 331: 193-196.
6. Modificado de Fabre J, Allaz AF. Entre nihilisme et fanatisme: l'ethique de la prévention. Schweiz Med Wschr 1990; 120: 1903-1911.

## Responsabilidad en la prescripción y relación con la industria farmacéutica

L. Jolín Garijo

### Tipo de relación

Los profesionales de atención primaria (AP) estamos en el centro de una compleja red de relaciones que es preciso conocer para situar este tema en su contexto. Vamos a referirnos a la relación con los pacientes, la sociedad y con la industria farmacéutica (IF).

### La entrevista clínica y el paciente cliente

En AP dominamos y ejercemos un tipo de relación que se fundamenta en la confianza: la entrevista clínica. Una de las peculiaridades de esta relación es que no es comercial; es más, se corrompe si en la intención del facultativo prevalecieran los intereses comerciales sobre el bien de nuestros pacientes. Sin embargo, en el marco de esta relación clínica, se derivan grandes intereses.

Se aprecia de forma progresiva un cambio en esta relación basada en la confianza; el hasta ahora paciente, acostumbrado a las relaciones comerciales de la sociedad de consumo, tiende a transformarse en cliente, que demanda unos servicios, tan gratuitos como potencialmente universales. El facultativo queda como portero y administrador del sistema según su prudente criterio.

### Relación con la sociedad

La sociedad tiene una peculiar relación con el cuerpo médico: delega en los facultativos el cuidado de la salud de la ciudadanía.

Es norma que cuando la sociedad delega en una institución una serie de funciones establece unos mecanismos de control; p. ej., el poder político ejercido por el Gobierno es controlado por el Parlamento. Sin embargo, por la peculiar función de los médicos, la sociedad no establece mecanismos de control y en cierta manera extiende a favor de estos profesionales un cheque en blanco.

Este cheque en blanco se puede considerar desde dos perspectivas: una por la cual la sociedad renuncia a controlar si cada facultativo cumple

bien su misión (aspecto muy difícil de objetivar), y la otra perspectiva es la de un cheque en blanco para distribuir unos recursos públicos sin prácticamente control (principio de libre prescripción en el sistema público).

¿Cómo compensar la confianza que la sociedad deposita en el cuerpo médico? Mediante el ejercicio de unos principios éticos: criterios de buena práctica profesional, preocupación por una adecuada formación continuada, sobriedad en el gasto, preservar y fomentar la dignidad de los pacientes...

Sin embargo, paradójicamente, el sistema no premia a los profesionales que ejercen estos principios éticos, sino que tiende a penalizarlos: negarse a prescribir una medicación inadecuada suele generar conflictos; negarse a remitir a un paciente que demanda una consulta especialidad hasta no valorar el cuadro también genera conflictos; intentar racionalizar la plurimedición de un anciano o retirarle los medicamentos superfluos exige los mejores esfuerzos del profesional; obviar la medicación anteriormente prescrita por un especialista, que con fundamento no consideramos oportuna en un momento dado, puede llegar a ser una audaz aventura.

### Relación con la industria farmacéutica

La industria farmacéutica (IF) sigue un régimen de mercado en una economía como la nuestra. Ésa es su forma de servir a la sociedad; ofrece unos productos a cambio de un precio y si no obtiene beneficios no subsiste. La relación de la IF con los facultativos de AP es tan peculiar como una relación comercial en la cual el cliente no paga, quedando la valoración del producto al libre arbitrio del profesional médico y, por lo tanto, al de sus principios éticos.

Desde el punto de vista ideológico, es como un sistema capitalista (IF) que incide sobre un sistema socialista (sanidad pública) y el punto de intersección es el facultativo.

### Conclusión

Por lo tanto, tenemos al facultativo que trabaja sobre una relación no comercial (relación médico-paciente), de la que se derivan grandes intereses. Sobre esta relación intentan in-

fluir de forma creciente la sociedad, la IF y el nuevo paciente-cliente. Ante tanta presión, el facultativo sólo cuenta con una peculiar protección: sus principios éticos.

Sería interesante abordar este nuevo perfil de profesional que demanda la sociedad: clínico, educador, administrador, epidemiólogo, orientador... y casi un santo.

### Información-promoción-consumo

Por definición, según nuestra normativa legal, el tipo de relación de la IF con el facultativo de AP es meramente informativa («información: conocimiento o mensaje que puede utilizarse para mejorar o posibilitar la intervención»)<sup>1</sup>.

Sin embargo, la realidad tiende progresivamente a configurar esta relación como «promoción»: empujar el producto hacia el consumidor a fin de incrementar la demanda.

Por lo tanto, implícitamente, esta relación tiene una finalidad: aumentar el consumo de medicamentos.

Hemos visto que la relación de la IF con el facultativo de AP es «informativa»<sup>2</sup>. Aceptaremos que las características de esta información se adecuan fielmente a la normativa vigente y cumple los criterios de calidad exigidos<sup>3</sup>. Pero, ¿por qué tiende a ser promoción?

En primer lugar, por la cantidad de información que se nos ofrece: ¿cuántos visitantes médicos recibimos al mes?; en la mayor parte de los centros de salud son más de 30. ¿Cuántos productos se nos recuerdan mensuales?; más de 100. ¿Qué volumen de documentación se nos entrega?

En segundo lugar, por la repetición frecuente y periódica del mensaje informativo con la técnica del anuncio. En tercer lugar, por el bajo interés para el facultativo de AP de esa información: ¿cuántas moléculas nuevas de alto o medio interés terapéutico se nos presentan cada año?<sup>4</sup>. Visto el problema desde otro punto de vista: ¿qué información sobre medicamentos demandamos los profesionales de AP?, ¿hacen falta más y mejores antibióticos en AP?<sup>5</sup>, ¿qué aportan los nuevos AINE?<sup>6</sup>, ¿nos interesan las tan fecundas y prolíficas generaciones de nuevos IECA?<sup>7</sup>...

En cuarto lugar, por las técnicas de marketing que orientan la información al consumo (p. ej., la formación

continuada que ofrece la IF tiende a ser, salvo honrosas excepciones, de medicamentos).

Ante tanta información: ¿estamos capacitados los facultativos de AP para discernir objetivamente lo más adecuado para nuestros pacientes o nuestras decisiones terapéuticas se basan en hechos subjetivos como consecuencia de una excelente labor de marketing?

Podríamos deslizarnos progresivamente a través de la información, llegando a ser objetos de promoción, para aumentar el consumo. Se precisa una solución; la mejor, de acuerdo entre todas las partes; la peor: medidas unilaterales impuestas.

### Principio de autonomía

En el apartado anterior se valora negativamente una excesiva promoción de medicamentos, pues se aduce que aumenta el consumo: ¿pero, por qué? La justificación de la necesidad y la importancia del medicamento es evidente. Además son un bien que se puede consumir (*cf.*: anuncios televisivos de medicamentos).

De acuerdo, pero también son un bien especial; tanto, que la sociedad lo denomina con un nombre específico: medicamento, y regula su dispensación en establecimientos especiales (farmacias) y habitualmente requiere ser prescrito por un profesional.

Uno de los principios de la bioética es velar por la autonomía. El facultativo de AP debe procurar esa autonomía y, como excepción, limitarla con la medicación para evitar su pérdida o deterioro. Por lo tanto, la medicación debe seguir un criterio restrictivo. Medicalizar a los pacientes sin una prudente justificación es limitarles su autonomía.

Desde el punto de vista comunitario, es interesante observar el creciente miedo a las patologías. En el ámbito de la salud es fácil generar temores sobre factores de riesgo o sobre posibles patologías y la sociedad siempre agradece que se le ofrezcan soluciones ante estos reales o hipotéticos males; el medicamento siempre es solución sencilla y convincente. Es preocupante la tendencia progresiva a medicalizar toda prevención. Estamos generando una sociedad cada vez menos autónoma y más dependiente de la medicina, y este campo es fácilmente manipulable por intereses parciales.

### Principio de justicia

La relación del médico de AP con la IF desde la óptica de la justicia es compleja. Se puede aclarar al abordar una distinción clásica en el concepto de justicia: la justicia conmutativa, que regula la relación entre individuos, y la distributiva, que regula la relación de la comunidad para con los individuos.

Aparentemente, la relación del facultativo de AP con la IF corresponde a la justicia conmutativa (conmutar: dar algo a cambio de otra cosa).

El médico de AP da su tiempo y su atención a los visitantes y recibe a cambio «información» farmacológica. El problema se complica si el facultativo considera que esa relación no es justa, pues su tiempo y atención valen más que esa «información» y «exige» más a cambio.

¿Qué puede solicitar?, ¿qué es éticamente aceptable? Resulta interesante el decálogo recogido por Felices adaptado de las normas del Council on Ethical and Judicial Affairs: American Medical Association<sup>8</sup>, pero el sistema sanitario de Estados Unidos difiere sustancialmente del nuestro: allí sigue un régimen capitalista y aquí la sanidad pública está socializada.

Cuando un funcionario público recibe una prebenda personal por una determinada decisión en el ejercicio de su cargo, el juicio ético de la sociedad es muy duro. ¿Somos los facultativos del sistema público una excepción? En parte sí; precisamos una costosa formación continuada específica, que no se contempla en nuestros honorarios, por lo que está asumido que debemos buscar fuentes de financiación alternativas, y así está recogido en la legislación<sup>9</sup>.

Sería un progreso ético evitar que en la relación de la IF con los facultativos dentro del sistema público la concesión de prebendas (becas, financiaciones, viajes...) sea a título personal; al fin y al cabo siempre subyace implícitamente el «doy para que me des». La solución ideal sería que el mismo sistema público financiara esta formación; como paso intermedio, una alternativa sería que cualquier forma de financiación no sea a la persona sino a la institución; en nuestro caso, el centro de salud.

Pero la relación del facultativo de AP con la IF no se reduce a un problema de justicia conmutativa. Interviene la justicia distributiva. Los médicos

distribuimos un bien común: unos medicamentos financiados por la sociedad. La exigencia específica de la justicia distributiva es imparcialidad y la parcialidad su específica corrupción.

Resulta muy difícil normativizar esa imparcialidad. En la práctica, se puede recurrir a pautas secuenciales: el primer criterio sería optar por el bien del paciente, en segundo lugar por el bien de la sociedad y en último lugar por el bien para el profesional. Aunque este análisis ético es bastante más complejo y requeriría dedicar más espacio en otro momento.

### Uso racional del medicamento

La noción y necesidad del uso racional del medicamento (URM) va calando progresivamente en los facultativos de AP.

Sin embargo, siempre es prudente pararnos y pensar: ¿por qué hay que usar racionalmente el medicamento? La respuesta parece evidente: el medicamento no es un «bien de consumo» y su utilización debe responder a criterios científicos racionales. Pero el URM no es un fin sino un medio para intentar conseguir la finalidad que nos demanda la sociedad, de intentar preservar la salud de los ciudadanos.

¿Qué nos demanda la sociedad en el cotidiano ejercicio de la profesión?: intentar resolver los problemas de salud por los cuales acuden nuestros pacientes. ¿Cuáles son estos problemas?, o más explícitamente, ¿son racionales los problemas que nos plantean?, ¿las patologías y demandas que atendemos son solucionables desde una óptica científico-racional? Muchas veces sí, y como tales están recogidos en los tratados de medicina. Pero es amplia la experiencia de los profesionales de AP en patologías menores, indefinidas y subjetivas. Al fin y al cabo, atendemos a personas, no a enfermedades.

Parece ser que es inevitable el movimiento pendular: podemos pasar del extremo de una prescripción alegre e irracional al opuesto de un manejo de los fármacos estrecho y racionado. Contamos con instrumentos para medir la calidad de un médico prescriptor y a ello nos podemos dedicar con empeño, buscando índices cada vez más sensibles y específicos, pero podemos caer en la falacia de tomar un medio como fin.

La solución prudente está en el *medio virtus*. En la paciente labor de la educación sanitaria, en el diálogo, en el convencer más que en el vencer, en el conceder sin ceder.

Descendamos a una experiencia profesional concreta: los preparados tópicos de AINE, medicamento cuya utilidad terapéutica reconocida es baja. Son frecuentes los pacientes que acuden por contracturas, tendinitis, contusiones... leves y autolimitadas. El tratamiento, previo diagnóstico correcto, es no medicamentoso: reposo, tratamiento postural, calor local... Al ser cuadros leves, se considera poco racional la prescripción de AINE sistémicos o miorrelajantes o analgésicos. Se podrán pautar AINE tópicos de bajo coste recomendando una revisión a los pocos días. Ya sea por el efecto masaje, por el efecto rubefactor sobre la zona afectada, por placebo o simplemente por la propia evolución autolimitada del proceso, la mayoría de las veces se resuelve satisfactoriamente el problema del paciente.

Las alternativas a este tratamiento serían: o despachar al paciente sin un medicamento (en el fondo éste ha acudido al médico a que le recetemos algo para su dolencia, por lo que sale defraudado y es posible que acuda a otro facultativo) o pautarle medicamentos de utilidad terapéutica alta, inadecuados para patologías menores, más caros y con posibles efectos secundarios.

En el fondo es el encuentro entre la racionalidad del paciente y la racionalidad del prescriptor: el acuerdo puede solucionar el problema.

Por otra parte, el uso adecuado de la prescripción de medicamentos descansa en la racionalidad de unos principios científicos, que en teoría nos demuestran la indicación de un fármaco. Sin embargo, cada vez que avanzamos más en este enfoque científico positivista también crece la confusión.

Por ejemplo, un problema tan investigado como el tratamiento farmacológico de la HTA moderada: las opciones de grupos de medicamentos son múltiples. Acudimos a la ciencia positiva y consultamos estudios de eficacia, de eficiencia, de coste-efectividad, coste-beneficio, coste-utilidad, análisis CH, DAP<sup>10</sup>, y como respuesta nos encontramos confusos entre una avalancha de datos y cifras.

¿Puede la ética solucionarnos automáticamente este problema? Pensa-

mos que no, pues la ética no aporta recetas, pero sí genera un impulso en el ámbito de los valores; de la prudencia, de la sobriedad, del trabajo bien hecho, de la calidad, de ver personas con dignidad en lugar de patologías con precio.

La perversa herencia del positivismo es considerar sólo los hechos y desdeñar los valores.

### Bibliografía

1. Castillo Pérez P. Promoción y publicidad farmacéutica: quo vadis? *Med Clin (Barc)* 1992; 99: 305-309.
2. Oliva Fanlo B. Ética en la prescripción del médico de atención primaria: fuentes de información y relación con la industria farmacéutica. II Encuentro Nacional de Bioética en Atención Primaria. Zaragoza, 29-30 de marzo de 1996.
3. Ministerio de Sanidad y Consumo. Ley del Medicamento. BOE 22 de diciembre de 1990, n.º 306. Real Decreto 1.416/1994.
4. Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista. Valoración de nuevos medicamentos. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1994.
5. Dirección General de Aseguramiento y Planificación Sanitaria. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Ministerio de Sanidad y Consumo. Informe sobre resistencia microbiana: ¿qué hacer? *Med Clin (Barc)* 1995; 106: 267-279.
6. Romera Baures M, Madrudejos Mora R. ¿Qué aportan los nuevos AINE? *Aten Primaria* 1993; 12: 48-51.
7. Agustí A. Los inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina. Formación Continuada en AP 1995; 2 (3): 164-171.
8. Felices F. Una propuesta de decálogo deontológico. *Med Clin (Barc)* 1992; 98: 789-799.
9. Real Decreto 1416/1994.
10. Córdoba García R. Gasto farmacéutico y eficiencia en la prescripción. II Encuentro Nacional de Bioética en Atención Primaria. Zaragoza, 29-30 de marzo de 1996.

### Formación en ética clínica para médicos de atención primaria

M.N. Martín Espíldora

A lo largo de este documento se han tratado diversos problemas éticos que pueden presentarse al médico de atención primaria. Para considerarlos como tales, es necesario poseer:

— Sensibilidad suficiente para captarlos.