

Sumario

ÉTICA DE LA PRESCRIPCIÓN

■ INTRODUCIENDO EL TEMA: PRUDENCIA Y DELIBERACIÓN

■ VUELOS ESPACIALES Y FARMACOTERAPÉUTICA: A CADA CUAL SU RESPONSABILIDAD

■ LAS CARTAS DE NAVEGACIÓN

a) Macro y mesoética: Políticas fundamentales para promover el uso racional de medicamentos (OMS 2002).

b) Microética: Prescripción razonada de medicamentos (PRM 2000).

■ CONCLUSIÓN: ¿HACIA LA MADUREZ ÉTICA EN LA PRESCRIPCIÓN?

■ PARA LEER SOBRE ESTOS TEMAS

ÉTICA DE LA PRESCRIPCIÓN

MABEL MARIJUÁN ANGULO

Profesora de Bioética, UPV/EHU

1. Introduciendo el tema: prudencia y deliberación

El desarrollo del ensayo clínico ha revolucionado el conocimiento sobre los fármacos. Ha permitido disponer de fármacos eficaces y seguros que han servido para incrementar la esperanza y la calidad de vida de muchas personas. Hemos desarrollado un saber basado en el método científico. Saber que nos coloca en un punto de partida general y útil. Saber que nos procura un poder (verbo y sustantivo) para intentar tratar a cada paciente correctamente. De lo general a lo particular, de la patología a la clínica, de la farmacología a la prescripción. Hemos aquí, teniendo que tomar decisiones particulares, en cada caso y preguntándonos sobre la ética de la prescripción, que no sobre la ciencia de la farmacoterapia.

Pues hablemos de ello, de la ética de la prescripción. Situemos ambas cosas, ética y prescripción, en el terreno del saber práctico: cómo prescribir mejor, qué problemas nos genera, si puede o debe hacerse de otra manera y los argumentos sobre ello. Tal como nos enseñaron nuestros antepasados griegos, el saber práctico, las decisiones prácticas, no tienen carácter universal sino particular. Utilizamos para prescribir bien en cada caso datos, razones y percepciones. Argumentos que nos guían hacia la mejor decisión pero que no nos dan certeza, sólo probabilidad. Porque la realidad es siempre más rica que todo lo que cada uno puede pensar sobre ella. Por eso en las decisiones prácticas no podemos nunca tener en cuenta todos los factores que habrían de considerarse para que una decisión fuera completamente certera. Sin embargo, esa imposibilidad no debe hacernos olvidar que a la hora de la decisión, de la prescripción particular, hay argumentos basados en el conocimiento científico y la autoevaluación al lado de otros asentados en la experiencia personal, la costumbre, la codicia, la empatía, la desidia, o la emoción y habrá que ponderarlos en su justa medida, con prudencia.

Aristóteles nos mostró la prudencia (*phronesis*) como una virtud intelectual, es decir, relacionada con el conocimiento y la razón. La prudencia sería según él, la disposición que permite deliberar correctamente acerca de lo que es bueno o malo para el ser humano. No bueno y malo en sí mismo sino dentro del mundo. No en general, sino en cada situación. **Prudencia es, por tanto, saber tomar decisiones en condiciones de incertidumbre.** La incertidumbre no está reñida con la razonabilidad. Y la prudencia consiste precisamente en esto, en el manejo razonable de la incertidumbre. Es claro que las perspectivas nunca serán todas, pero también lo es que cuanto más enriquezcamos el análisis, más fácil es que decidamos bien. De lo que se deduce que en este tipo de razonamientos, es fundamental aceptar que el otro puede tener razón, y por tanto que yo no tengo toda la razón ni la puedo tener, lo que hace necesario la escucha de los argumentos del otro. Escucha quien cree que puede aprender algo, por tanto, el que no cree que lo sabe todo.

"El otro", para el médico que ha de hacer la prescripción, es el paciente, pero también el investigador, el que elabora las fichas técnicas, el legislador, el que publica, el que gestiona los recursos, el compañero que prescribe en casos similares y, cómo no, la industria y sus visitadores. Y tiene que escucharles porque, como médico, ha asumido la responsabilidad de la prescripción. Tiene que prescribir: "hacerse cargo" y "responder de lo prescrito". Y aunque son éstos, sin duda, los mejores tiempos para la farmacología y la farmacoterapéutica, el médico prescriptor, abrumado, necesita hablar sobre la ética de la prescripción, sobre cómo prescribir bien y no mal. Y al hacerlo señala todos los puntos que percibe problemáticos, sus posibles causas y quizás hasta las soluciones. Propone deliberar con prudencia. No negaremos que para ser un buen prescriptor, siguiendo los

cánones clásicos, es preciso aplicarse no sólo en la prudencia sino también en la justicia, la fortaleza y la templanza. Pero dejamos al lector la reflexión sobre estas otras virtudes.

2. Vuelos espaciales y farmacoterapéutica: a cada cual su responsabilidad

La farmacoterapéutica, es decir, el desarrollo y utilización de especialidades farmacéuticas, es una tarea de alta complejidad y una actividad social necesaria. Dentro de ella está la "prescripción de un medicamento" que es un acto clínico. Para que la prescripción pueda hacerse han debido darse dos complejos procesos previos: uno, de desarrollo del medicamento que permita que esté disponible para su uso y otro, de acceso a la asistencia sanitaria y estudio diagnóstico del paciente. En la relación clínica prescribir supone unos mínimos: indicar el medicamento, inscribir en una receta el nombre, informar y recabar la autorización del paciente e instruirle en su modo de empleo. Una vez que éste comienza a tomar el medicamento se ponen en marcha otros procesos: adhesión al tratamiento, evaluación de la efectividad y farmacovigilancia. Si todo se desarrolla conforme a lo probable el paciente evolucionará favorablemente. En caso contrario el proceso se vuelve a comenzar tras un acto clínico de "suspensión del tratamiento prescrito".

Consideramos la farmacoterapéutica una actividad social necesaria, que contiene un bien interno: *"Mejorar la atención sanitaria mediante el uso racional de los medicamentos"* (OMS 1988). De ella también obtienen bienes externos sus participantes.

Es preciso distinguir aquí entre **bienes internos** y **bienes externos**, para mejor comprensión del razonamiento. Los **bienes internos** de una actividad social son los que consideramos vinculados a la existencia misma de la actividad, las metas que le confieren sentido y la legitiman socialmente (por ejemplo, el bien interno de la actividad agrícola es la producción de vegetales sanos y nutritivos para servir de alimento a personas y animales). Hablamos de actividades necesarias para la supervivencia y la continuidad de cada sociedad en particular y de la vida humana en general como son también la actividad agrícola, médica, judicial, docente, etc. Una característica general de los bienes internos es que son producidos casi exclusivamente por la actividad social que los tiene encomendados y si dicha actividad social no proporciona el bien adecuadamente nadie lo puede hacer en su lugar y la sociedad entera se ve perjudicada. Es decir: sin una buena práctica de la investigación, de la producción y de la prescripción de los medicamentos es poco probable que mejore la atención sanitaria mediante el uso racional de los medicamentos.

Los **bienes externos** son los que una persona, empresa o institución obtiene por el servicio que presta a la sociedad. No son bienes específicos de una actividad en particular sino que pueden obtenerse en el desempeño de muchas actividades. Toda persona tiene derecho a obtener los bienes externos que normalmente lleva aparejado el ejercicio de dicha profesión o actividad: dinero, fama, prestigio, poder e influencia social, etc. *Lo que legitima socialmente la actividad es la producción de los bienes internos, y no la obtención de los bienes externos.* Pero para cerrar el argumento hay que añadir que esto no debe ser excusa para proporcionar

menos bienes externos a las personas que llevan a cabo sus tareas con la debida profesionalidad y diligencia.

Hay dos potentes organizaciones en nuestra sociedad, integradas por muchísimas personas, que comparten el bien interno definido por la OMS respecto a la farmacoterapéutica: la organización sanitaria y la industria farmacéutica. Sus tareas y competencias son diferentes pero no pueden ser contradictorias. Lo cual no obvia que sean a menudo conflictivas. Es como en la aeronáutica, la producción alimenticia, la construcción de obras públicas, los trasplantes, etc. Cada parte desarrolla un aspecto imprescindible del trabajo, con medios adecuados, legítimos y controlados en la consecución de un fin, un bien interno que hay que recordar continuamente: que el avión transporte, el alimento alimente, el puente comunique o pueda seguir viviendo un ser humano. Admitiendo también la existencia de fines o bienes externos (el dinero, la fama o ver crecer a los nietos), suele denominarse **"conflicto de intereses" a aquellas circunstancias en las que los bienes externos guían la toma de decisiones afectando negativamente o incluso impidiendo la consecución del bien interno** ("la disminución de los costes pudo ser el origen de la falta de seguridad en el accidente del transbordador Columbia").

La distinción entre los bienes internos y los externos permite entender el **fenómeno de la corrupción**: el corrupto es aquel que deja de lado la consecución de los bienes internos de la actividad social en la que ingresó y se dedica casi exclusivamente a procurarse bienes externos. Como ha escrito Adela Cortina, *"la corrupción de las distintas actividades e instituciones se produce cuando aquellos que participan en ellas dejan de buscar los bienes que les son internos y por los que cobran su sentido, y las realizan exclusivamente por los bienes externos que por medio de ellas pueden conseguirse: las ventajas económicas, las ventajas sociales, el poder. Con lo cual esa actividad y quienes en ella cooperan acaban perdiendo su legitimidad social y, con ella, toda credibilidad"*.

Se trata pues del reparto de responsabilidades en la consecución del bien interno, y del equilibrio entre éste y los bienes externos. Respecto al reparto de responsabilidades insistiremos en su actualidad e inevitabilidad: el médico no es un titán, no puede saberlo todo y controlarlo todo como Atlas, que tuvo que sostener el mundo sobre su cabeza. El médico tiene una tarea más sencilla. La investigación, la fabricación, la gestión, la información general son responsabilidad de otros que han de facilitar medicamentos eficaces, seguros, con información suficiente y que deben gestionar los recursos y priorizar en orden a cumplir el fin común. Es una tarea compartida con reparto de responsabilidades. A partir de ahí el clínico prescribirá y asumirá "la parte del león" que le corresponde, enriqueciendo a su vez a los demás con su trabajo. El correcto diagnóstico, el ajuste de la prescripción, la elección entre alternativas, la farmacovigilancia, la comunicación y ayuda al paciente y la supervisión de su evolución son sus tareas específicas.

Los criterios de adecuación al fin principal, al bien interno, rigen en cada nivel. Para el médico prescriptor son sus cartas de navegación: eficacia, eficiencia, seguridad, confianza y adecuación. Dicho a "la manera bioética": no dañar y hacer bien la propia tarea, no generar discriminación o mar-

ginación siendo justos, respetar a las personas y tener en cuenta sus necesidades. El médico ha de saber que, como el capitán de barco o el astronauta, tiene que servirse de lo que otros descubrieron, probaron, fabricaron, financiaron, etc. para hacer su tarea. De él y del paciente se requerirá cumplir con corrección, justicia y bondad con su parte. De todas esas responsabilidades hablaremos en el siguiente apartado.

3. Las cartas de navegación

Llegar a una correcta prescripción supone haber encontrado unas rutas adecuadas. La OMS estableció unas coordenadas razonables al definir el "uso racional de medicamentos": "*Los pacientes recibirán la medicación adecuada a sus necesidades clínicas, en las dosis correspondientes a sus requisitos individuales durante un periodo de tiempo adecuado y al menor coste posible para ellos y para la comunidad*" (OMS 1985). Esta definición no indica cómo dar cada paso pero establece un marco formal de actuación; cada norma y cada práctica pueden ser contrastadas con ese marco general.

Es sencillo mostrar las consecuencias del incumplimiento de sus contenidos: (1) respecto a las necesidades clínicas: alto índice de morbimortalidad infantil por falta de antibióticos o mayor resistencia antimicrobiana por su uso abusivo, (2) respecto a las dosis: reacciones adversas por dosis excesivas, falta de efectividad por dosis infraterapéuticas o dispendio de recursos económicos por los mismos motivos, y así otros ejemplos. Más complicado es determinar cómo hacer propuestas y acciones derivadas de ellas que sean correctas y buenas. Podemos intentar ese viaje dentro de los límites de la cartografía de la OMS. Los territorios de la macro, meso y microética quedarían atravesados por dos guías: las políticas fundamentales para promover el uso racional de medicamentos (OMS 2002) y la prescripción razonada de medicamentos (PRM 2000).

La **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, su dotación de personal cualificado e indefectiblemente la financiación de todo ello. Estas herramientas permiten trabajar en el **nivel mesoético**: el de la administración (también poder ejecutivo), las organizaciones e instituciones sanitarias públicas y privadas y en la industria, implicadas en el desarrollo y utilización de los fármacos. Para hacer su parte desarrollan reglamentos, procedimientos de investigación y de uso, publicaciones, formación, sistemas de evaluación y control, protocolos, guías clínicas, etc. Es decir, hacen efectivas las políticas de uso racional de medicamentos. Y por último, nos acercamos al círculo menor, el de la **microética** que contiene la concreta relación asistencial. Es el nivel casuístico y contextual en el cual las decisiones serán tanto más correctas y buenas cuanto más coherentemente funcionen los dos niveles anteriores. Aquí el prescriptor habrá de aportar una *prescripción razonada* basada en conocimientos, experiencia y actitudes: buenas prácticas y respeto por la autonomía de los pacientes. Habrá que añadir además, que toda sociedad democrática dispone de un poder judicial que puede actuar como

garante del cumplimiento de las normas generadas para el uso racional de medicamentos. Así queda dibujado un mapa que "lupa en mano" intentaremos describir para mejor orientación de navegantes.

a) **Macro y mesoética: Políticas fundamentales para promover el uso racional de medicamentos (OMS 2002).**

La OMS señala **12 intervenciones** fundamentales para promover un **uso más racional de los medicamentos** en los diferentes países. En nuestro país muchas de ellas ya se han puesto en marcha. Al presentarlas aquí les daremos un orden que responda a la lógica de los dos niveles macro y mesoético.

- I. *Legislación*: la regulación con leyes y normas de las actividades de todas las partes implicadas en el uso de medicamentos es imprescindible para asegurar su uso racional. Para que las reglas tengan efecto deben ser aplicadas, y la autoridad reguladora debe contar con fondos suficientes y con el apoyo del poder judicial.
- II. *Financiación*: los gobiernos son responsables de invertir los fondos necesarios para asegurar que los establecimientos públicos sanitarios dispongan de un número suficiente de profesionales con la preparación adecuada, y medicamentos esenciales suficientes a precios asequibles para toda la población, con provisiones especiales para los más desfavorecidos. También es necesario invertir en programas de formación, supervisión y salarios adecuados para el personal sanitario.
- III. *Agencias nacionales interdisciplinarias*: una autoridad nacional reguladora es una agencia que desarrolla y aplica la mayor parte de la legislación y el reglamento relativo a los productos farmacéuticos y además coordina las políticas y las estrategias nacionales, tanto en los sectores público como privado.
- IV. *Comisiones de farmacia*: son comisiones creadas para asegurar el uso seguro y eficaz de los medicamentos en el área bajo su jurisdicción. Están bien establecidas en países industrializados como un método eficaz de promover un uso más racional y rentable de los medicamentos.
- V. *Lista de medicamentos esenciales*: los medicamentos esenciales son aquellos que satisfacen las necesidades de atención sanitaria prioritaria de la población. La utilización de una lista de medicamentos esenciales (LME) facilita la gestión de los medicamentos en todos los aspectos: el aprovisionamiento, el almacenaje y la distribución son más fáciles, y la prescripción y la dispensación resultan más fáciles para los profesionales, puesto que no hace falta que conozcan un sinnúmero de productos.
- VI. *Educación sanitaria de la población sobre medicamentos*: sin conocimientos suficientes sobre los riesgos y ventajas de los medicamentos, y cuándo y cómo utilizarlos, la gente no obtendrá los resultados clínicos esperados y podrá sufrir efectos adversos. Esta afirmación resulta aplicable a los medicamentos recetados o no.

- VII. *Rechazo de incentivos con efectos negativos*: los incentivos financieros pueden determinar de manera decisiva el uso racional o irracional de los medicamentos. Por ejemplo, los prescriptores que reciben dinero u otros regalos de la industria farmacéutica recetan más medicamentos, y más caros, que los que no los reciben, por lo que deberán evitarse esas prácticas.
- VIII. *Elaboración de directrices clínicas*: las directrices clínicas consisten en afirmaciones desarrolladas sistemáticamente para ayudar a los prescriptores a tomar decisiones sobre los tratamientos más apropiados a las condiciones clínicas más específicas.
- IX. *Cursos de farmacoterapéutica basados en problemas concretos en los estudios universitarios*: la calidad de la formación básica sobre farmacoterapia que reciben los estudiantes de Medicina y otras Ciencias de la Salud puede influir enormemente en la prescripción futura.
- X. *Formación médica continua*: la formación médica continua (FMC) es un requisito para el desempeño de la profesión en muchos países industrializados. Tien- de a ser más eficaz si está basada en problemas con- cretos, está dirigida a problemas concretos, incluye asociaciones profesionales, universidades y ministe- rios de salud, y se realiza en persona.
- XI. *Información independiente*: a menudo, la única infor- mación que reciben los médicos sobre ciertos medi- camentos procede de la industria farmacéutica, por lo que puede carecer de imparcialidad. Resulta, por tanto, esencial proporcionar información independien- te. Los centros de información sobre medicamentos y los boletines sobre medicamentos (p.e. INFAC) son dos formas útiles de diseminar esta información.
- XII. *Evaluación del uso de medicamentos*: la supervisión es fundamental para garantizar la buena calidad de la asistencia sanitaria. Cuando la supervisión se lleva a cabo de manera constructiva, educativa y en per- sona, es más eficaz y es aceptada más fácilmente por los prescriptores que la simple inspección segui- da de sanciones. Algunas formas eficaces de super- visión son la evaluación de la prescripción y las con- siguientes opiniones o comentarios, revisión por colegas y procesos de grupo.
- Hay un último elemento que completaría este entramado de organizaciones (agencias nacionales y comisiones de farmacia), normativas (sobre registro de medicamentos, límites de la promoción, etc.) financiación y procedimien- tos (LME, FMC, directrices clínicas, información indepen- diente, evaluación, etc.). Se trata del sistema de farma- covigilancia.
- XIII. *Farmacovigilancia*: las normas jurídicas que la regu- lan se basan en las directivas europeas en la materia. Las Unidades de Farmacovigilancia son las encarga- das de recoger, elaborar y difundir la información obtenida a partir, sobre todo, de la tarjeta amarilla. Estas tarjetas constituyen un sistema de notificación voluntaria de reacciones adversas de medicamentos y su cumplimentación depende del clínico que hace la prescripción y el tratamiento.

b) **Microética: Prescripción razonada de medicamentos (PRM 2000).**

Se ha establecido un recorrido de **4 escalones** para la prescripción razonada. Son escalones construidos sobre las políticas para el uso racional de medicamentos ya expuestas. El procedimiento o metodología que ha de apli- car el médico se denomina "**prescripción razonada de medicamentos**". Su aplicación habitual le confiere un "correcto hábito prescriptor" (**cuadro 1**). Es evidente que las políticas y las prescripciones coexisten, que varían en el tiempo y que se modifican entre ellas tanto positiva como negativamente. Mantener un razonamiento crítico y no estratégico en este entramado es una ardua tarea ética. Despejemos la ruta para intentarlo.

1º Escalón. Hacerse con un vademécum propio de fár- macos eficaces: **eficacia y efectividad**.

El clínico ha de dotarse con un arsenal de fármacos comercializados que sean eficaces en la patología que va a encontrar en su ámbito de actuación médica. La prác- tica del profesional sanitario debe estar basada en la evi- dencia científica, no en la subjetividad de sus opiniones o experiencias personales sino en la objetividad de los datos, según los criterios de eficacia y seguridad compa- radas, efectividad comparada y eficiencia comparada. Las guías de práctica clínica son una herramienta primor- dial ya que seleccionan medicamentos para las patológi- as más prevalentes, basándose en la evidencia científica. La eficacia es la medida del resultado respecto a los obje- tivos alcanzado por el fármaco, en condiciones controla- das de ensayo. El Ensayo Clínico Controlado Aleatorizado es el "patrón de oro" de medición de eficacia. Sólo cuan- do aplicamos ese fármaco eficaz a la realidad de nuestro paciente podremos conocer su efectividad que es la medi- da del efecto logrado con ese fármaco, en nuestra prác- tica clínica. Necesitamos por tanto un fármaco eficaz para intentar ser efectivos en el tratamiento de cada paciente.

2º Escalón. Seleccionar los fármacos con **mejor perfil de seguridad**: prevención de yatrogenia y farmacovigilancia. La seguridad también es una condición imprescindible para la autorización de especialidades farmacéuticas. Se trata de asegurar que no se produzcan efectos tóxicos o indeseables desproporcionados al beneficio que procuran los fármacos, en condiciones normales de utilización. La seguridad, por lo tanto, hace referencia a la ausencia de reacciones adversas de los medicamentos, que pueden definirse como "cualquier respuesta a un medicamento que sea nociva y no intencionada, y que tenga lugar a dosis que se apliquen normalmente en el ser humano para la profilaxis, el diagnóstico o el tratamiento de enfermeda- des, o para la restauración, corrección o modificación de funciones fisiológicas". Sin embargo aquí, tanto los efectos adversos de baja frecuencia como los producidos por inte- racciones medicamentosas o efectos de los politratamien- tos, son "caballo de batalla" para lograr una buena pres- cripción. Hay dos pautas recomendables en este tema: la actitud expectante (o que "en medicina es mejor estar a la penúltima") y la actitud farmacovigilante (notificar toda reacción adversa a fin de aumentar el conocimiento sobre seguridad).

3er Escalón. Elección de la alternativa de menor coste: balances resultados/recursos y farmacoconomía.

Eficiencia.

Procurar reducir los costes del tratamiento es una variable de justicia, favorable al bien común y que por tanto se añade al bien particular que puede hacerse con cada prescripción efectiva. La eficiencia no es el coste sino la medida del efecto alcanzado por el fármaco en función de los recursos empleados. En general los médicos pueden tener una noción del precio de los medicamentos que recetan, es decir de los de su particular vademécum de posibles prescripciones. Sin embargo, es imposible conocer la totalidad de precios de los fármacos comercializados (hay unas 9500 especialidades farmacéuticas) y muy difícil establecer la relación resultado/coste. Por ello son de ayuda las herramientas tipo guías farmacoterapéuticas, guías de práctica clínica, aplicaciones informáticas, etc., que incorporan criterios de eficiencia a la prescripción, y los análisis fármaco-económicos.

4º Escalón. Presentación y adecuación a cada paciente: **información y toma de decisión.**

La aceptación por parte del paciente del plan terapéutico concreto supone llegar a un acuerdo razonable entre el médico y su paciente sobre la alternativa terapéutica más adecuada. Es exigible que el médico proponga al paciente sólo alternativas terapéuticas cuya relación beneficio-riesgo no sea desfavorable o dicho de otra forma: no debe someterse a riesgo a un paciente salvo que el beneficio esperable sea superior.

La formación del médico en comunicación clínica es imprescindible para poder recorrer este paso hacia una correcta prescripción.

Y habiendo llegado al final, todavía nos podemos preguntar **¿cómo saber si hemos hecho una mala prescripción?**

Pues cuando concurren alguna o todas las características siguientes: contraindicación, ineficiencia, falta de equidad, ineffectividad o ausencia de admisión por parte del paciente. Y **¿con qué saber si prescribimos correctamente?** Aquí vienen en nuestro auxilio, los "Estudios de utilización cualitativa de medicamentos" utilizando "Indicadores de calidad de prescripción" que tratan de medir la calidad de la prescripción farmacéutica por parte del médico. La fuente de datos es la Base de Datos de Prescripción, obtenida a partir de la facturación de las recetas oficiales del Sistema Nacional de la Salud. Son "indicadores planos", es decir, no se relaciona la indicación médica con la prescripción correspondiente, sino que tan sólo se analiza la prescripción. La "revisión por pares de la prescripción" (XII OMS) no está en marcha en nuestra comunidad, pero es cada vez más utilizada junto con la cooperación con los farmacéuticos en el seguimiento de la evolución e historia del uso de fármacos en los pacientes.

4. Conclusión: ¿hacia la madurez ética en la prescripción?

El médico en su reflexión profesional sobre la prescripción se plantea tener un conocimiento adecuado, un hábito prescriptor y evaluador correctos y unas relaciones asistenciales respetuosas con sus pacientes. Sin duda son necesarios determinados conocimientos, experiencias y actitudes para todo

ello. Todos los sujetos adultos sabemos que lo más difícil de modificar son las actitudes, pero también que los conocimientos y la experiencia pueden modificarlas. En este sentido no es extraño el peso que adquiere la demanda de una buena formación e investigación, de evaluaciones y de publicaciones de calidad. Sin embargo, hablar de actitudes es más difícil. Nos produce pudor y peor aún, angustia. Pero tras este viaje hemos sabido de algunas conclusiones sobre **actitudes imprescindibles para el prescriptor:** (1) el problema relativo al conocimiento sobre fármacos puede estar en adquirir el hábito de consultar, dada su cada vez mayor accesibilidad, la información elaborada en forma de boletines, fichas técnicas y directrices clínicas. (2) La prescripción delegada y la dificultad de seguimiento de los pacientes con politratamiento tiene su base en la forma de relacionarse y establecer cooperación entre profesionales, o sea, entre médicos de atención primaria, especializada y farmacéuticos. (3) La prescripción de complacencia se produce en el contexto real de una comunicación médico-paciente problemática y requiere de la disposición pedagógica del prescriptor y, por último (4) las "tentaciones" de la industria farmacéutica hacen diana en nuestra disponibilidad para "caer" en ellas.

Es difícil, decíamos, hablar sobre actitudes, sobre todo cuando se trata de valores considerados negativos entre nosotros: la pereza, la antipatía, la soberbia o la codicia. Pero también nos apura hablar de valores positivos como la diligencia, la cooperación, la honradez o la empatía. Fiamos entonces de que el conocimiento y la experiencia favorecerán las actitudes positivas y la ley pondrá límite a las "tentaciones" y castigo a los desmanes. Pues hay una mala noticia: respecto a las actitudes no es suficiente. Resulta que también se requiere para cambiarlas de un elemento personal e intransferible: la **propia decisión.** Esa decisión se asienta en nuestra **madurez moral**, es decir en nuestra capacidad de decidir lo que debemos hacer o el más poético "cómo queremos vivir". Y ahora la buena noticia: afortunadamente **nuestro desarrollo moral no finaliza con la mayoría de edad sino con la muerte.** Se trata de un proceso que se alimenta de la reflexión personal y de la deliberación con los demás (con ambas espera contribuir esta publicación). Al fin y al cabo y volviendo al inicio de este texto, la "buena vida" como la "buena prescripción" son saberes prácticos.

5. Para leer sobre estos temas

Prudencia y deliberación

- Comte-Sponville A. Pequeño tratado de las grandes virtudes. Espasa, 1998.
- Gracia D. La deliberación moral: el método de la ética clínica. Med Clin 2001; 117:18-23 .

Responsabilidad, bienes internos y bienes externos

- Cortina A. Hasta un pueblo de demonios. Ética pública y sociedad, Madrid; Taurus; 1998.
- Simón P. La ética de las organizaciones sanitarias. Rev Calidad asistencial 2002; 17 (4): 247-259.
- Martínez Navarro E. Elementos éticos en la misión del ITESM. Ponencia 2002.

<http://www.mty.itesm.mx/rectoria/dda/etica>

Problemas y propuestas

- Quintana Gómez JL, Morell Sixto ME, Rubio Toledano L. Prescripción razonada de medicamentos. FMC 2000; 7: 116-27.
- Martín Moreno S. Ética de la prescripción. Conflictos del médico con el paciente, la entidad gestora y la industria farmacéutica. Med Clin 2001; 116: 299-306.
- Cavedo V, Cunillera R, García JJ, Jolín L, Martín M, Prados S et al. Factores que influyen en la prescripción farmacológica del médico de atención primaria. SemFYC, 1997. <http://www.semfy.com/Nueva/Actividades/Publicaciones/Documentos/Docum009.htm>
- Ara JR. Manejo de los conflictos de interés en la investigación médica. Visión desde la clínica. Investigación Clínica y Bioética nº 8. Sep 2002. ICB Digital. <http://www.icf.uab.es/icbdigital/pdf/articulo/articulo8.pdf>

- OMS. Promoción del uso racional de medicamentos: componentes centrales. 2002 http://www.who.int/medicines/library/edm_general/6pagers/ppm05sp.pdf

Documentos de recomendaciones

- OMS. Criterios éticos para la promoción de medicamentos de la OMS 1988. <http://www.who.int/medicines/espanol/criterios/criterioseticos.pdf>
- Farmaindustria. Código de Buenas Prácticas para la promoción de los medicamentos 2002. http://www.farmaindustria.es/Index_secundaria_nuevos.htm
- OMS. Guía de la buena prescripción. Programa de acción sobre medicamentos esenciales. 1994. <http://www.col.ops-oms.org/medicamentos/usoracional/Guia%20de%20la%20buena%20Prescripcion.pdf>

**CUADRO 1
CANON PRESCRIPTOR****1. BUEN PRESCRIPTOR**

1. Dispone de conocimiento sobre la eficacia de los fármacos.
2. Sobre sus efectos secundarios y adversos, su seguridad.
3. También sobre el coste de los fármacos y tratamientos.
4. Sabe comunicarse con el paciente y asesorarle en la toma de decisiones.
5. Conoce los dispositivos de farmacovigilancia y participa en ellos.
6. Recoge información para evaluación e investigación.

Es decir, tiene que tener conocimientos actualizados sobre los medicamentos, farmacovigilar, colaborar en la investigación y comunicarse correctamente con el paciente.

2. BUENA PRESCRIPCIÓN

1. Seleccionar bien el /los fármacos adecuados al caso, incluyendo los no validados ("estar a la penúltima").
2. Establecer la seguridad máxima para ese caso, minimizando la iatrogenia ("lo que no está indicado está contraindicado").
3. Buscar el menor coste en el tratamiento.
4. Analizar las posibles alternativas válidas en términos particulares.
5. Explicárselo al paciente de forma comprensible, buscando su aprobación y su adhesión al tratamiento.
6. Seguir la evolución del caso con el tratamiento prescrito: farmacovigilancia, y evaluación real de la efectividad y eficiencia y adhesión del paciente (es decir de la Calidad de la prescripción).

Galdera, iradokizun edo parte-hartze lanak nori zuzendu / Para consultas, sugerencias y aportaciones dirigirse a: zure komarkako farmazilaria / el farmacéutico de su comarca o CEVIME/MIEZ - Tel. 945 01 92 66 - E-mail: cevime-san@ej-gv.es

Idazkuntza Batzordea / Consejo de Redacción: José Ramón Agirrezabala, Iñigo Aizpurua, Iciar Alfonso, Izaskun Aranzegi, María Armendáiz, Maitte Callén, Arriñu Ebeberria, Julia Fernández, Susana Fernández, Iñaki García, Juan José Iglesias, Josune Iribar, Jesús Iturralde, Nekane Jaio, Itxasne Lekue, Javier Martínez, Javier Meana, Carmela Mozo, Elena Olloquiegui, Elena Ruiz de Velasco, Rita Sainz de Rozas, Elena Valverde.

ISSN: 1575054-X
D.L.: BI-587-99



Osakidetza
Servicio vasco de salud



OSASUN SAILA
DEPARTAMENTO DE SANIDAD