



FARMACOECONOMÍA  
DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

# Condicionantes éticos de la prescripción

M.<sup>a</sup> Nuria Fernández de Cano Martín  
*MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA C.S. DAROCA. ÁREA 4. MADRID*  
*COORDINADORA NACIONAL DEL GRUPO DE TRABAJO FARMACOECONOMÍA*  
*DE SEMERGEN*

«Aplicaré mis tratamientos para bien  
de mis enfermos, según mi capacidad  
y buen juicio»

HIPÓCRATES, AÑO 460 A.C.

Ya Hipócrates, en el año 460 a.C., recoge en su juramento el compromiso del médico para manejar de forma adecuada los tratamientos, siempre para bien del enfermo y en función de la capacidad (formación) y del buen juicio (criterio) del clínico.

En todo acto médico podemos encontrar, al menos, dos ACTORES:

- El paciente: que trae sus problemas o demandas de salud, su necesidad de alivio y comprensión y sus propias características personales (miedos, incertidumbres), sociales, culturales...
- El médico: que tras definir el diagnóstico y especificar el objetivo terapéutico (sintomático, curativo, preventivo...), debe elegir el tratamiento adecuado y dar las instrucciones, informaciones y advertencias necesarias para el correcto uso del mismo (posología, efectos secundarios, RAM...), y finalmente iniciar el tratamiento y supervisararlo.

Todo esto se desarrolla en un entorno en el que influyen: la presión asistencial, la escasez de tiempo, la presión social para prescribir, el envejecimiento poblacional, la cronicidad y comorbilidad, la disponibilidad de múltiples fármacos, el mal uso de la medicación (incumplimiento y falta de adherencia), el sobreconsumo de medicamentos, la falta de coordinación entre niveles, la existencia de limitados recursos...

El médico de Atención Primaria, sabedor de que:

- El medicamento es:
  - La más antigua de las tecnologías sanitarias.
  - Una herramienta imprescindible para el clínico.
  - El recurso más usado por los clínicos.

- Para la mayoría de los pacientes el objetivo final de cualquier consulta médica es obtener una prescripción. Vivimos en una sociedad de bienestar, en la que el medicamento es un bien más de consumo, y como tal tenemos derecho a obtenerlo.
- Existe una cultura en la que «cada síntoma tiene un fármaco» y la «explosión farmacéutica» tras la II Guerra Mundial ha hecho que para cada síntoma y para cada enfermedad (incluso para cada enfermo) dispongamos de múltiples fármacos.
- Toda actuación terapéutica conlleva y genera un gasto, y dicha actuación se realiza en un sistema con recursos limitados.

Es consciente de que «prescribir debe formar parte de un proceso lógico deductivo, basado en una información global y objetiva, para conseguir una prescripción racional o una prescripción de calidad».

Por lo tanto, es necesario conocer realmente la EFICIENCIA de nuestros tratamientos, de forma que se consiga:

- El mayor beneficio para el paciente (EFECTIVIDAD).
- Al menor coste social (JUSTICIA DISTRIBUTIVA) NO BUSCAMOS LO MÁS BARATO, SINO EL MEJOR RECURSO POSIBLE.

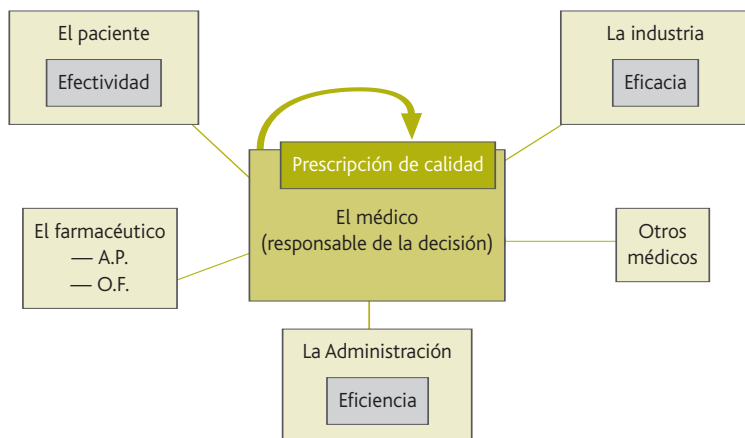
## ¿Qué entendemos por prescripción racional del medicamento?

La OMS, en 1985, define el URM como: «*La prescripción de la medicación adecuada, en las dosis correspondientes a cada necesidad, durante el tiempo necesario y al menor coste posible para el paciente y para la comunidad.*»

Pero en esta PRESCRIPCIÓN RACIONAL no sólo interviene el médico, sino cada uno de los distintos eslabones que componen la «CADENA DEL MEDICAMENTO».

- Cuando el médico (responsable último de la prescripción) se enfrenta a la decisión de prescribir un tratamiento, está influido por distintos actores:

Figura 1. Cadena del medicamento



- La industria. Para quien es importante la EFICACIA, y para ello analiza la utilidad del medicamento en condiciones ideales de uso.
- La administración. Busca la EFICIENCIA (es decir, la adecuación de costes).
- El paciente. Nos pide EFECTIVIDAD (resultados en este paciente concreto; es decir, en condiciones reales).

Y el médico debe conjugar todo esto en una «PRESCRIPCIÓN DE CALIDAD», para lo cual necesita el apoyo y la colaboración de los tres anteriores y también de otros profesionales sanitarios:

- El farmacéutico.
- Otros médicos.

## ¿Qué entendemos por prescripción de calidad?

Es aquella prescripción racional que se consigue cuando:

- Un profesional adecuadamente formado obtiene de la medicación adecuada:

- Los máximos beneficios: EFICACIA.
- Con los mínimos riesgos: SEGURIDAD.
- Y los mínimos costes: COSTE.
- Pero siempre teniendo en cuenta la opinión del paciente: AUTONOMÍA.

Para conseguir esta pretensión de «PRESCRIBIR CON CALIDAD» debe existir una Actitud compartida por todos los elementos que componen la «cadena del medicamento».

## ¿Qué parte de responsabilidad tiene cada uno de estos eslabones en la prescripción de calidad?

### El médico

- Es responsable de disponer de una adecuada formación e información, mediante actividades de formación continuada, asistencia a cursos, seminarios, reuniones científicas, congresos...
- Debe defender su LIBERTAD DE PRESCRIPCIÓN controlando todos los aspectos que pueden influir en ella de forma positiva y/o negativa:
  - Disponibilidad de medicamentos.
  - Existencia de sistemas que garanticen la calidad y la seguridad de los mismos.
  - Sobreconsumo de medicación.
  - Presión para prescribir: social, de la industria o de la propia institución sanitaria a la que pertenezca.
- Tiene que establecer una adecuada relación médico-paciente que le permita conocer la realidad del mismo, no sólo su enfermedad, y ser capaz de informarle y formarle adecuadamente en el manejo de su patología, evitando caer en la complacencia.
- Debe conocer y aplicar los principios éticos de la prescripción que van paralelos a los principios de la bioética.

Figura 2. Principios éticos de la prescripción de calidad



### «Principios éticos de la prescripción»

- Beneficencia o eficacia(teoría)/efectividad(realidad de la consulta diaria).
- No maleficencia o seguridad: capacidad para manejar el riesgo que implica la prescripción: efectos secundarios, interacciones, incumplimiento, polimedicación...
- Justicia distributiva o adecuación de costes, valorando el impacto económico sobre el paciente y la comunidad.
- Autonomía o adecuación: elección del tratamiento más adecuado para cada paciente y cada situación, teniendo en cuenta la opinión del paciente, Mejora de la calidad de vida, consigue una mayor adherencia al tratamiento y un menor incumplimiento.

El principio de BIOÉTICA obliga al médico a hacer todo aquello que sea mejor para su paciente, pero no «a cualquier precio». Hay que valorar el coste real o «coste oportunidad»; es decir, «aquello que dejamos de hacer como consecuencia de tomar una decisión».

El conflicto aparece por el enfrentamiento de dos de los principios básicos: el de «beneficencia», que representa los intereses individuales de cada paciente, y el de «justicia distributiva», que representa los intereses de la sociedad en su conjunto.

## ¿Cuál de ellos debe prevalecer?

Para muchos autores el principio de «justicia distributiva» se encuentra junto con el de «no maleficencia» en un nivel superior a los otros dos. Si aceptamos esta premisa, los problemas éticos pueden mitigarse si pensamos que es posible compatibilizar los principios de beneficencia y de justicia distributiva: «el médico trata a su paciente con los máximos recursos que la sociedad puede dedicarle».

Pero existen otros eslabones dentro de la cadena del medicamento que también tienen un peso en los condicionantes éticos de la prescripción:

### El paciente

Debe participar en el acto de la prescripción:

- Solicitando información y formación sobre su enfermedad y tratamiento.
- Demandando calidad y seguridad a los fármacos utilizados.
- Comprometiéndose con el consumo racional de medicamentos: adherencia, cumplimiento...
- Evitando la acumulación de medicamentos y su consumo indiscriminado sin supervisión de un profesional sanitario.

### La industria

Debe:

- Continuar en su línea innovadora pero orientada fundamentalmente a la investigación de novedades que aporten mejoras significativas.
- Informar adecuadamente, con criterios de evidencia científica, transparencias de las fuentes, ética de la promoción y publicidad de los medicamentos...
- Adecuar la información en cuanto a volumen, presentación de datos, reiteración en la información, y sobre todo, adecuación de

la visita médica a las necesidades y disponibilidad de los profesionales.

- Evitar la presión en la prescripción controlando las técnicas de marketing comercial.
- Continuar colaborando en I+F (mantener las actividades de formación y potenciar los proyectos de investigación en farmacoeconomía en Atención Primaria).
- Adecuar el tamaño de los formatos a la duración real media de los tratamientos (evita el gasto innecesario, el almacenamiento, la automedicación irresponsable y favorece el cumplimiento).
- Adecuar la información del prospecto a los diferentes grupos terapéuticos, pacientes y patologías, de forma comprensible y accesible al paciente, y supongan un complemento a la información del profesional sanitario.

## La Administración

Tiene que mantener y ampliar sus compromisos en:

- Formación e información (permanente, periódica, actualizada, de calidad, ágil y eficaz e independiente de intereses comerciales).
- Actuación sobre las condiciones laborales: presión asistencial, falta de coordinación interniveles, ponderación del envejecimiento poblacional, de la comorbilidad y cronicidad...).
- Garantizar la seguridad, eficacia y calidad de todos los medicamentos a la hora de autorizar nuevos registros.
- Potenciar el uso de fármacos «bioequivalentes»: «GENÉRICOS» con o sin marca, eliminando copias y fármacos que no han demostrado bioequivalencia.
- Evitar propiciar la prescripción por criterios «ECONOMICISTAS».
- Velar por la libre prescripción del médico evitando conflictos por los posibles cambios en la farmacia: tener en cuenta que hay fármacos o circunstancias del paciente que desaconsejan el cambio: intenso metabolismo presistémico, fármacos con escaso margen terapéutico, que precisan ajustes de dosis frecuentes...).

- Elaborar e implementar programas de URM dirigidos a la población.
  - Campañas de educación e información en diversos medios.
  - Consecuencias de la automedicación no responsables.
  - Mejora de los prospectos.
  - Recetas que contengan mayor información al paciente.
  
- Limitar el número de Especialidades Farmacéuticas Homólogas: financiación selectiva y no indiscriminada, basada en la evidencia científica, en la necesidad de los fármacos y en un precio adecuado.

«No se ha demostrado nunca que un número infinito de fármacos dé lugar a mayores beneficios para la salud pública que un número más limitado de productos.

Por el contrario, la existencia de un número elevado de medicamentos puede dar lugar a confusión a todos los niveles de la cadena del medicamento y constituir un despilfarro de recursos humanos y económicos.

LUNDE, 1979

## Los farmacéuticos de oficinas de farmacia

Son agentes de salud con un amplio campo de acción y muy accesibles a la población, por lo que su colaboración es importante a la hora de:

- Controlar y supervisar el consumo de Especialidades Farmacéuticas publicitarias (EFP/OTC) en cuanto a dosis, interacciones, reacciones adversas, enmascaramiento de síntomas...
- Detectar la automedicación no responsable.
- Detectar y/o alertar sobre el cumplimiento/incumplimiento.
- Detectar y/o alertar sobre posibles interacciones: con otros fármacos, sustancias medicinales, productos de herboristería...

- Participar en la educación sanitaria de la población mediante desarrollo de los PROGRAMAS DE ACTUACIÓN FARMACÉUTICA, orientados a un mayor conocimiento de los pacientes del URM fundamentalmente en pacientes crónicos, polimeditados y/o edad avanzada.
- Elaborar modelos de comunicación entre profesionales de farmacia y médicos de Atención Primaria.

## Los farmacéuticos de Atención Primaria

Colaboran con el médico en:

- Desarrollo de estrategias de URM para implementarlas en los EAPs.
- Integración y transmisión objetiva y crítica de la información.
- Elaboración de guías y protocolos de prescripción.
- Coordinación de actividades de formación dirigidas a los médicos de AP.
- Servir de puente de unión entre niveles asistenciales.
- Desarrollar programas de evaluación de la «prescripción de calidad».

## Otros médicos

Los estudios más pesimistas cifran la influencia de la prescripción inducida en un 30 a un 40% del total de la prescripción del médico de AP. En esta prescripción inducida influyen:

- Los propios compañeros del EAP, por lo que se debe:
  - Adquirir un compromiso con la prescripción de calidad (en los centros de salud se trabaja en equipo y la actitud de cada uno de los componentes del mismo influye en el resto).
  - Evitar la variabilidad en la prescripción entre profesionales del mismo centro (mediante la elaboración de guías de funcionamiento interno).

— De otros niveles asistenciales es fundamental:

- Adquirir un compromiso con la prescripción de calidad (la transversalidad a la hora de mantener un tratamiento influye directamente en la actividad del médico de Atención Primaria).
- Evitar la variabilidad: mediante la elaboración de guías de terapéutica, recomendaciones de tratamiento mediante DCI...

## Bibliografía

1. Caamaño F, Figueiras A, Gestal-Otero JJ. Condicionantes de la prescripción en Atención Primaria. *Aten Primaria* 2001; 27: 43-8.
2. Abanades Herranz JC, Cabedo García V, Cunillera Grañó R, García Díez JJ, Jolín Garijo L, Martín Bun M, et al. Factores que influyen en la prescripción farmacológica del médico de Atención Primaria. *Aten Primaria* 1998; 22: 391-8.
3. González López-Valcárcel B, López Cabañas A, Cabeza Mora A, Díaz Berenguer JA, Ortún V, Alamo Santana F. Estudios de Utilización de Medicamentos y registros de datos en Atención Primaria; 2005. Disponible en: <http://www.econ.upf.es/docs/papers/downloads/809.pdf>
4. García-Sempere A y Peiró S. Gasto farmacéutico en Atención Primaria: variables asociadas y asignación de presupuestos de farmacia por zonas de salud. *Gac Sanit* 2001; 15: 32-40.
5. Lunde PKM, Baksaas I. Utilización de medicamentos, fármacos esenciales y políticas de salud en países desarrollados. En: Laporte JR, Tognoni G. *Principios de Epidemiología del Medicamento*. 2.ª ed. Ed. Masson-Salvat; 1993. p. 25-47.
6. Baos V. La calidad en la prescripción de medicamentos. *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud* 1999; Vol. 23: 2.
7. Arnau JM. Medidas de contención del gasto farmacéutico e indicadores de calidad en el uso de los medicamentos: ¿prescribir menos o prescribir mejor? *Aten Primaria* 1994; 13: 155-8.
8. Jiménez Puente A, Ordóñez Martí-Aguilar, Córdoba Doña JA, Fernández Gómez MA. Factores relacionados con el gasto y la calidad de la prescripción farmacéutica en Atención Primaria. *Aten Primaria* 1995; 16: 131-6.

9. Baos Vicente V. La formación del médico de familia para el uso racional de los medicamentos. *Aten Primaria* 1995; 16: 243-4.
10. Buitrago F, Mendoza-Espejo R. Responsabilidad del médico de Atención Primaria en el uso racional de medicamentos. *Aten Primaria* 1995; 15: 137-8.
11. CPME2002/039 definitivo. La calidad de la prescripción. Aprobado por el Consejo en Bruselas el 30 de agosto de 2003 [http://www.cgcom.org/internacional/CPME/cp\\_def\\_calidad\\_prescripcion.pdf](http://www.cgcom.org/internacional/CPME/cp_def_calidad_prescripcion.pdf).
12. Badía X, Rovira J, eds. *Introducción a la evaluación económica de medicamentos y otras tecnologías sanitarias*. Madrid: Farmacia 2000, Luzán 5, S.A. de Ediciones, 199.
13. [www.economiadelasalud.com](http://www.economiadelasalud.com): página web de la revista *Economía de la Salud*.