

## Mitos en la prescripción farmacéutica

Enrique Costas Lombardía

Economista.

En los últimos años, una maraña de intereses políticos y económicos, retórica burocrática y pedantería pseudocientífica ha envuelto el consumo y la prescripción de medicamentos en una serie de mitos que, aceptados ya como axiomas, impiden ver la realidad y fomentan el poder artificial de gerentes y comisiones varias en perjuicio de la potestad natural del médico. Actúan como un velo de ignorancia que esconde los hechos y deforma los datos. De esos mitos, tres nos parecen los más extendidos y resistentes: el de la prescripción racional, el de la necesidad de un asesor farmacéutico y el de los protocolos generalizados.

### El mito de la prescripción racional

El uso racional del medicamento por el médico o prescripción racional es el lugar común y la recomendación predilecta de las numerosas disertaciones sobre el consumo de fármacos. Un concepto mil veces aireado como bandera de la modernidad en el manejo de las medicinas. En España, además, fue incorporado por el sector sanitario con especial entusiasmo y recogido, incluso, en no pocos artículos de la Ley del Medicamento y de las leyes de ordenación farmacéutica promulgadas por algunas comunidades autónomas. Tan repetido como indiscutido, nadie, sin embargo, alcanza a entender su significado. Ni siquiera lo explican esas leyes que no vacilan en emplear el concepto como base normativa. En realidad, no pasa de ser una muletilla vacía, porque el uso racional del medicamento por el médico o prescripción racional es una noción tan vaporosa que admite múltiples y muy distintas interpretaciones, y en cada una de ellas cabe lo que el juicio de cada persona quiera meter. La definición más concreta y autorizada de “prescripción racional”, elaborada por la Task Force on Prescription Drugs<sup>1</sup>, de Estados Unidos en 1969, —“la prescripción correcta para un determinado paciente, en el momento oportuno, a la dosis adecuada y con la debida consideración a los costes”— es un enunciado de indeterminaciones. ¿Qué es lo correcto en la prescripción, o lo oportuno en cuanto al tiempo, o lo adecuado en las tomas? Nadie más que el médico frente al paciente puede indicarlo. La definición deja las cosas como siempre han estado: sometidas a los criterios técnicos y al arte del único profesional capacitado y autorizado por la so-

ciudad para diagnosticar la enfermedad y tratarla según las circunstancias de cada enfermo. De modo que cualquier definición o explicación que quiera darse de la “prescripción racional” será necesariamente una tautología: prescripción racional es aquella que, en cada caso, la razón del médico decida prescribir.

En realidad, el uso racional del medicamento sólo puede ser una aspiración ideal —ambicionar lo correcto, lo oportuno, lo adecuado— de imposible traducción en la práctica clínica. Un objetivo indefinido y por ello, en contra de lo que predica, irracional y desalentador. Un mito que se ha instalado en la asistencia sanitaria española con una rapidez y una firmeza que, desde luego, no son inocentes: las continuas referencias a la prescripción racional como única solución genuina del actual desorden del consumo farmacéutico deslizan sobre el médico toda la culpa del derroche (no lo habría, vienen a decir, si prescribiera racionalmente) y encubren así la ausencia de necesarias medidas sustantivas de contención del gasto farmacéutico, a la vez que pretenden justificar tantos controles absurdos sobre la receta y el que receta.

Probablemente por eso, la política farmacéutica española ha hecho caso omiso de otro concepto de la prescripción, moderno y cuantificable, aplicado ya en no pocos países (Australia, Canadá, Estados Unidos, Francia, etc.): la prescripción coste/efectiva, que podría definirse como aquella de menor coste por unidad de resultados del medicamento. Un concepto asentado en la realidad que el Gobierno podría, si quisiera, iniciar su puesta en práctica simplemente exigiendo a cada nuevo producto un análisis coste/efectividad comparativo con los fármacos similares ya en el mercado. Un concepto, pues, con expresión numérica y por tanto refractario a la manipulación y al mito. La prescripción coste/efectiva ajustaría los precios y aumentaría la eficiencia en farmacia.

### El mito de la necesidad del asesor farmacéutico

El medicamento es, sin duda, el medio terapéutico que ofrece más información sistematizada, fiable y comprensible. Oficinas del Gobierno español y de organismos internacionales, dedicadas específicamente a estudiar los fármacos para autorizar su venta y vigilar después su consumo, acreditan y vulgarizan sin cesar las características de los mismos. La naturaleza química o biológica, el mecanismo de acción,

los efectos indeseables, las interacciones con otros medicamentos o alimentos, las advertencias y las directrices de uso de cada especialidad farmacéutica, una por una, se describen y comentan cuidadosamente en numerosas revistas profesionales y publicaciones autorizadas –formularios, vademécums, guías, artículos de revisión, etc.– y en el mismo prospecto destinado al enfermo que se incluye en el envase. Los medicamentos modernos han sido esclarecidos en todas sus facetas, de tal modo que las autoridades sanitarias permiten que algunos de ellos, los llamados OTC (“*over the counter*”, que en España absorben el 15% del consumo y en otros países industrializados incluyen no sólo fármacos menores, sino también mayores, como los H<sub>2</sub> receptores antagonistas, antiinflamatorios no esteroides y pomadas antivirales<sup>2</sup>), puedan ser comprados libremente y empleados en sí mismos por cualquier profano en terapéutica.

En este ámbito de tan numerosa y regulada información, tiene poco sentido que el farmacéutico continúe atribuyéndose la exclusiva del conocimiento de los fármacos. No es necesaria la interpretación del técnico del medicamento cuando todos los medicamentos han sido ya minuciosamente interpretados por las autoridades farmacéuticas, nacionales y extranjeras. Cualquier facultativo sanitario recibe o sabe dónde leer informes y estadísticas suficientes para conocer cualquier especialidad farmacéutica o principio activo a fondo, tan bien como un farmacéutico (o un químico o, en los fármacos obtenidos por biotecnología, un biólogo). El médico, además, prescribe, y es por ello el único profesional que puede conocer el medicamento *en* el enfermo, el conocimiento decisivo. Carece, pues, de fundamento el creciente empleo de asesores o instructores farmacéuticos del médico (y aun, en ciertas áreas sanitarias, seleccionadores de medicamentos de prescripción recomendada –¿coaccionada?– por los gerentes). Ni pueden instruir al médico más de lo que él se instruya a sí mismo (el médico podría ser también, y con mayor razón, asesor farmacéutico; en algunos países lo es), ni en su formación profesional entran los criterios económicos básicos para apreciar la prescripción coste/efectiva y promoverla. Sin embargo, la función de esos farmacéuticos-guías añade artificios burocráticos a la asistencia sanitaria, crea interferencias graves en el trabajo del médico y constituye un elemento extraño que roza y llega a deformar las estructuras del sistema sanitario. Otro mito caro y perturbador. Hubiera bastado con estimular y controlar la actualización farmacológica periódica del médico a través de cursillos y lecturas.

#### **El mito de los protocolos generalizados**

Los protocolos o pautas estándar de diagnóstico y de tratamiento –en este caso, medicamentoso– han sido desvirtua-

dos en la atención primaria española. Constituidos por recomendaciones flexibles, se imponen como preceptos estrictos; siendo su elaboración compleja y sujeta a serios estudios previos, se preparan en cualquier centro con ligereza y superficialidad; se disemina su empleo como si el método permitiera una aplicación indiscriminada universal, y se tienen sus indicaciones por certezas absolutas cuando, en un caso particular, sólo pueden expresar lo que es probable<sup>3</sup>. En la práctica de la medicina primaria, el “protocolo implica, por desgracia, rutina, rigidez y ausencia de crítica”<sup>4</sup>.

Un protocolo bien hecho debe cumplir, al menos, tres rigurosas condiciones: *a*) tener validez científica (no estar construido con opiniones de expertos, sino sobre la evidencia científica derivada de revisiones sistemáticas); *b*) ser eficaz en inducir los cambios deseados en el ejercicio médico (el valor científico sería inútil de no producir mejoras clínicas), y *c*) merecer la confianza de los profesionales<sup>5</sup>, obviamente indispensable para que el documento no sea desatendido. Pero aun satisfechos tan difíciles requisitos, el protocolo nunca pasará de ser un instrumento limitado, simple suplemento de los juicios del médico<sup>6</sup>.

Los protocolos generalizados y concebidos como “marcapasos” son otro mito no inocente. Transmiten la idea dañina y reaccionaria de que se sabe suficiente medicina conociendo la información protocolizada<sup>3</sup>, o más concretamente que basta seguir la falsilla para prescribir bien. De donde se sigue que las decisiones clínicas pueden separarse de la cabecera del enfermo y de la actitud del médico, anticipándose en una pauta establecida<sup>3</sup>. Aberraciones que amenazan directamente la relación médico/enfermo, esencia de la asistencia sanitaria, y tienden a desplazar al médico del lugar central que por naturaleza le corresponde. El mito de los protocolos erosiona el ejercicio de la medicina en la atención primaria.

#### **BIBLIOGRAFÍA**

1. Task Force on Prescription Drugs. Final Report. Washington DC: US Department of Health, Education and Welfare, 1969.
2. Burstall ML, Reuben BG, Reuben AJ. Pricing and reimbursement regulation in Europe: an update on the industry perspective. *Drug Information Journal* 1999; 33.
3. Belkin GS. Number and the politics of health care. *J Health Polit Policy Law* 1994; 19: 3-5.
4. Gervas Camacho J. No a los protocolos rígidos y dogmáticos. *El Médico*, 16-IV-1993.
5. Russell I. Towards effective prescribing: appropriate research and development methods. En: Bloor K, Freemantle N, editores. *Promoting cost-effective: prescribing in the UK National Health Service*. York: University of York, 1995; 30-44.
6. The Health Care Study Group. Understanding the choices in health care reform. *J Health Polit Policy Law* 1994; 19: 499-541.