

# Prescripción de medicamentos en medicina de familia: ¿racional, razonable o relevante?

J.L. Turabián-Fernández<sup>a</sup> y Benjamín Pérez-Franco<sup>b</sup>

## Escenario actual y su implicación en la prescripción farmacológica

Los avances de la medicina moderna han proporcionado un acercamiento sofisticado pero mecanicista y medicalizador de la salud. Con el avance de la bioquímica se ha logrado el éxito en muchas intervenciones médicas, siempre y cuando reduzcamos el problema a un fenómeno bioquímico y dispongamos de un fármaco para actuar en sentido contrario. Se puede describir un círculo de presiones económicas que se cierran sobre nuestras decisiones diarias en medicina de familia (MF): *a*) la industria nos proporciona una gran parte de nuestro arsenal terapéutico; *b*) nosotros somos capaces de inducir la demanda, y *c*) la presión social se alía en este sentido al hacer de los medicamentos un objeto más de consumo. Además, se eligen los campos de investigación según las previsiones de consumo<sup>1</sup>. En esta situación, hay una sensación cada vez mayor de que la investigación científica se está manipulando para fines políticos<sup>2</sup>. La industria farmacéutica mundial mueve anualmente más de 380 billones de dólares, lo que la sitúa como la segunda actividad económica (en valores) más importante del planeta, después

de la industria de la guerra, pero la distribución del consumo es muy desigual: mientras el 20% de la población mundial, la que vive en los países ricos, consume el 80% de los fármacos y está padeciendo una auténtica epidemia de efectos indeseables, la gran mayoría no tiene acceso a los medicamentos más indispensables.

## Prescripción racional y razonable

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), prescripción racional es que los pacientes reciban los fármacos indicados para la situación de su enfermedad, en las dosis que necesitan para cada caso concreto, durante un período adecuado y con el menor coste posible para ellos y para la comunidad. Es decir, en el uso racional de medicamentos se incluyen la prescripción efectiva, la prescripción segura y la prescripción económica. Pero habría que diferenciar entre prescripción «racional» y «razonable» (tabla 1)<sup>3</sup>, ya que maximizar lo racional a toda costa, sin controles impuestos por la razón, es irrazonable.

**TABLA 1**

**Un ejemplo sobre la diferencia entre razonabilidad y racionalidad (razonable y racional)**

El trágico ejemplo del suicida que evalúa cuidadosamente los métodos más eficientes para quitarse la vida comparando su economía de dolor y sufrimiento, el tiempo que transcurrirá entre la acción letal y la muerte efectiva y la seguridad de lograr el objetivo final. Con esta finalidad el suicida compara la muerte por arma de fuego o veneno, mediante la horca o el despeñadero hasta dar con el medio más efectivo para conseguir su finalidad. Por sus procedimientos, el suicida es racional, ya que maximiza la utilidad de los medios con respecto a los fines, pero no es razonable, pues la finalidad de quitarse la vida lo conduce al fin de toda posibilidad de proponerse una finalidad

## LECTURA RÁPIDA

### Escenario actual y su implicación en la prescripción farmacológica

Se puede describir un círculo de presiones económicas que se cierran sobre nuestras decisiones.

*a*) la industria nos proporciona una gran parte de nuestro arsenal terapéutico; *b*) nosotros somos capaces de inducir la demanda, y *c*) la presión social se alía en este sentido al hacer de los medicamentos un objeto más de consumo.

La industria farmacéutica mueve anualmente más de 380 billones de dólares, lo que la sitúa como la segunda actividad económica más importante del planeta.

La distribución del consumo es muy desigual.

<sup>a</sup>Medicina de Familia y Comunitaria. Centro de Salud Polígono Industrial. Toledo. España.

<sup>b</sup>Medicina de Familia y Comunitaria. Centro de Salud La Estación. Talavera de la Reina. Toledo. España.

Correspondencia:  
J.L. Turabián,  
Calderón de la Barca, 24. 45313 Yepes. Toledo.  
España.  
Correo electrónico: jturabianf@meditex.es

Manuscrito recibido el 10 de mayo de 2005.  
Manuscrito aceptado para su publicación 18 mayo de 2005.

**Palabras clave:** Medicamentos. Prescripción racional. Relevancia. Medicina de familia.

## LECTURA RÁPIDA

## Prescripción racional y razonable

En el uso racional de medicamentos se incluyen la prescripción efectiva, la prescripción segura y la prescripción económica.

Pero habría que diferenciar entre prescripción «racional» y «razonable».

## ¿El medicamento es el principal recurso terapéutico del médico de familia?

Parece que todos nuestros refuerzos están dirigidos hacia la prescripción de fármacos, y las intervenciones relacionales, educativas y psicosociales, más complejas aparentemente, necesitadas de formación, tiempo y recursos, no son muy populares entre los médicos.

## El tratamiento con fármacos

Los médicos en general se están volviendo «camellos de fármacos» en lugar de escuchadores.

Los pacientes no toman su medicación en el 50% de los casos, y la única razón por la que la toman es la buena relación que tienen con su médico.

## ¿El medicamento es el principal recurso terapéutico del médico de familia?

La MF es la principal fuente de prescripción de medicamentos, que son un elemento central de nuestro trabajo, pero no hay que olvidar ciertos principios que están antes de la receta: hacer el tratamiento tras escuchar y entender al paciente como una persona que pide ayuda, y no como una enfermedad aislada y descontextualizada que puede tratarse como quien cambia una pieza de una máquina, y aconsejando, reafirmando y empatizando. Muchas de las prácticas sanitarias actuales que se asumen como científicas ignoran a las personas. Además, hay que recordar que toda acción sanitaria es una acción social en la que el médico de familia incluye aspectos ideológicos<sup>4</sup>. Sin embargo, parece que todos nuestros refuerzos están dirigidos hacia la prescripción de fármacos, y las intervenciones relacionales, educativas y psicosociales, más complejas aparentemente, necesitadas de formación, tiempo y recursos, no son muy populares entre los médicos.

## El tratamiento con fármacos

Muchos de los fármacos que se usan en medicina no son sino síntomas de que aumentan las desconexiones de la sociedad, y logran que los pacientes sean menos seres humanos y más objetos. Los fármacos pueden mermar la específica esencia humana, bloquear «la luz» de la persona, la vitalidad de lo humano. Los médicos en general se están volviendo «camellos de fármacos» en lugar de escuchadores<sup>5</sup>. Es preocupante que la industria farmacéutica se muestre cada vez más agresiva, comercialmente hablando, en la promoción de medicamentos<sup>6</sup>. No se trata de estar en contra de la medicación, sino de emplearla sólo cuando es necesaria. Los estudios de aceptación de los fármacos muestran que los pacientes no toman su medicación en el 50% de los casos, y la única razón por la que la toman es la buena relación que tienen con su médico. Y muchos médicos son horribles en la relación humana. Los fármacos se utilizan para evitar estar con la gente. Esto resulta más fácil que mostrarnos humanos<sup>5</sup>.

La formación en medicamentos en general está orientada hacia la descripción de sus características farmacológicas sin tener en cuenta otras que modifican el encuentro

médico-paciente y pueden condicionar un cambio de actitud en las prescripciones de práctica cotidiana como, por ejemplo, el coste del medicamento, las expectativas del paciente o la publicidad de los medicamentos dirigida a médicos y pacientes<sup>7</sup>.

El uso racional de fármacos debería inscribirse en el concepto más amplio de «curación» en MF, como desbloqueo de una situación<sup>8</sup>. La acción terapéutica está constituida por la suma del efecto farmacológico del medicamento, del efecto placebo y del efecto ambiental<sup>9</sup>. Está claro, sin embargo, que la tecnología predominantemente empleada en MF es la farmacológica. Y llama la atención la facilidad y la rapidez en la incorporación y la utilización de nuevos fármacos y la resistencia al abandono de los de dudosa eficacia. La tecnología —incluidos los fármacos— llega para servir a los propósitos de los profesionales, pero finalmente éstos redefinen sus propias metas según la tecnología. Nadie puede poner en duda la importancia de los avances médicos, pero también es indudable que muchos médicos han concedido una importancia superlativa a los medios técnicos al tiempo que han descuidado el aspecto humano del hombre enfermo. La mejor tecnología sanitaria disponible sigue siendo la relación-comunicación médico-paciente.

## Desarrollo de medicamentos: seguridad, eficacia, efectividad y novedad química

De los fármacos registrados cada año, muy pocos son realmente nuevos. El concepto de novedad química es ambiguo. Se refiere a un producto en el que se ha hecho alguna modificación en su estructura química. El problema ya no es si se trata o no una novedad química, sino si se trata de una novedad farmacoepidemiológica. Una nueva sustancia, o un nuevo uso de un medicamento existente, sólo representa un progreso auténtico cuando los pacientes obtienen un beneficio suplementario en relación con tratamientos precedentes. ¿Cuándo un medicamento es seguro? La seguridad de un medicamento es un concepto relativo que debe valorarse a la luz de la severidad de la enfermedad que se trata, los beneficios que se esperan y el nivel del riesgo que es aceptable en una cultura, un contexto o un individuo<sup>10</sup>. La eficacia de

un medicamento no es criterio suficiente, aunque sí necesario, para incluirlo en una selección de medicamentos. Debe medirse la efectividad de su uso en la práctica clínica habitual y considerar también hasta qué punto la eficacia evaluada en el contexto del ensayo clínico se traducirá en efectividad clínica cuando el medicamento sea usado en la práctica habitual.

### Relevancia clínica

Pese a que para describir una prescripción farmacológica eficaz, segura y eficiente se suele utilizar el término «racional», preferimos utilizar el término «relevante» (tabla 2). Desde el marco teórico habitual, la relevancia depende, entre otros elementos, de la magnitud de la diferencia estadística, la gravedad del problema, la vulnerabilidad, la morbimortalidad generada por el problema, su coste y su frecuencia. Y se valora con medidas epidemiológicas —la práctica de la medicina basada en pruebas considera el ensayo clínico aleatorizado como el estándar para valorar la eficacia de las tecnologías sanitarias; la reducción del riesgo relativo y el cálculo del número necesario para tratar.

Sin embargo, la relevancia clínica de un fenómeno (o significación o importancia clínica) va más allá de los cálculos aritméticos (estadísticos) y está determinada por el juicio clínico<sup>11</sup>. Es relevante si la intervención está enfocada hacia la resolución de problemas de interés estratégico de la sociedad (relevancia clínica y social). La relevancia clínica es un concepto aplicado siempre al contexto: una intervención resulta relevante en un ambiente si da lugar a efectos contextuales. La relevancia clínica de una intervención médica no depende de ella misma, sino de su contextualización en un marco espacio-temporal concreto. Distintas perspectivas establecerán diferentes relevancias<sup>12</sup>. La relevancia clínica se refiere a la importancia de la aplicabilidad de los resultados en nuestro medio, en el ámbito propio de actuación de cada profesional. Se refiere a una acción directamente útil para la práctica y los pacientes. Así, la relevancia clínica está relacionada con su multidisciplinariedad, su relevancia social, las conexiones/desconexiones entre saber teórico y saber práctico, y la naturaleza del saber producido.

**TABLA 2**

#### Razones por las que es preferible usar el término prescripción «relevante» de medicamentos frente a «racional»

Irracional puede suponer un trato de sospecha para un prescriptor siempre mediatizado por sus circunstancias de prescripción

Irracional no suele ser el término que se atribuye a los implicados en otras distorsiones del mercado que también producen costes asociados insostenibles como, por ejemplo, la vivienda

La capacidad de razonar por parte de un individuo concreto —por ejemplo, un médico prescriptor— no es la única cualidad que precisa una prescripción relevante: es preciso, por ejemplo, que disponga de recursos

La relevancia clínica es el objetivo último de la eficacia de un fármaco y, por tanto, relevancia en la prescripción debe ser el último objetivo también de ésta. Por ello, este objetivo de relevancia debería hacerse explícito

Los médicos prescriptores pueden tener la sensación de que se les carga la responsabilidad principal del coste sanitario (relacionado así con una prescripción irracional y no con una financiación irracional, un registro irracional, etc.)

### Bibliografía

1. Expósito Hernández J. El problema de las decisiones en oncología. *Area* 3. 1995;2:1.3
2. Blackburn E. Bioethics and the political distortion of biomedical science. *N Engl J Med*. 2004;350:1379-80.
3. Amartya S. Tagore y la India. *Fractal*. 1998;10:121-68.
4. Turabíán JL. Prescripciones crónicas: el balance adecuado entre el «mal tratamiento» y el «buen servicio». *Aten Primaria*. 1992;961-2.
5. Shem S. Monte Miseria. Barcelona: Anagrama; 2000.
6. Moynihan R, Heath I, Henry D, Gøtzsche PC. Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering. *BMJ*. 2002;324:886-91. [accedido 21 Jun 04]. Disponible en: <http://bmj.com/cgi/content/full/324/7342/886>
7. Mansfield P, Jureidini J. Giving doctors the treatment. *Health Matters*. 2001;43 [accedido 23 May 04]. Disponible en: [www.healthmatters.org.uk/stories/mansfield.html](http://www.healthmatters.org.uk/stories/mansfield.html)
8. Turabíán Fernández JL, Pérez Franco B. Las habilidades cruciales del médico de familia y sus implicaciones en la gestión y la formación: el diagnóstico, el tratamiento, la cura y resolución. *Cuadernos de Gestión*. 2003;9:70-87.
9. Gannik DE. Situational disease. *Fam Pract*. 1995;12:202-6.
10. Barber N. What constitutes good prescribing? *BMJ*. 1995;310:923-5.
11. Pita Fernández S, Pértiga Díaz S. Significancia estadística y relevancia clínica. *Aten Primaria*. 2001;8:191-5. [accedido 21 Abr 04]. Disponible en: [http://www.fisterra.com/material/investiga/signi\\_estadi/signi\\_estadi.htm](http://www.fisterra.com/material/investiga/signi_estadi/signi_estadi.htm)
12. Pintos JL. El metacódigo «relevancia/opacidad» en la construcción sistémica de las realidades. [accedido 16 Jun 2004]. Disponible en: <http://web.usc.es/~jlpintos/articulos/relevancia.htm>

#### LECTURA RÁPIDA

La tecnología —incluidos los fármacos— llega para servir a los propósitos de los profesionales, pero finalmente éstos redefinen sus propias metas según la tecnología.

La mejor tecnología sanitaria disponible sigue siendo la relación-comunicación médico-paciente.

**Desarrollo de medicamentos: seguridad, eficacia, efectividad y novedad química**  
De los fármacos registrados cada año, muy pocos son realmente nuevos.

**Relevancia clínica**  
La relevancia clínica de un fenómeno está determinada por el juicio clínico.

La relevancia clínica se refiere a la importancia de la aplicabilidad de los resultados en nuestro medio, en el ámbito propio de actuación de cada profesional. Se refiere a una acción directamente útil para la práctica y los pacientes.