

Ética de la prescripción. Ciencia y conciencia. Segunda parte

A. Hidalgo-Carballal^a y J. González Pernía^b

^aInstituto de Medicina Legal de Albacete, Cuenca y Guadalajara. Subdirección de Cuenca. Cuenca. España.

^bMinisterio de Justicia. Toledo. España.

RESPONSABILIDAD DE LA AUTONOMÍA PERSONAL

La libertad de prescripción ha sido una cuestión que ya en el año 1984 fue objeto de estudio y deliberación por la propia Comisión Central de Deontología de la Organización Médica Colegial (OMC) Española, abordando de nuevo este tema en 1998 con la publicación de una declaración al efecto en la revista nº 62 de febrero de 1999.

Los cambios sociales experimentados en este periodo cronológico, evidentemente han añadido a esta cuestión aspectos científicos, laborales, económicos y deontológicos mucho más complejos.

El progreso del conocimiento médico con las directrices de la denominada "medicina basada en la evidencia" fortalecen y afianzan sobre manera la toma de decisiones por parte del facultativo, en cuanto a dotarle de una mayor seguridad de actuación y, por lo tanto, de una más notable autonomía personal.

No son conformes a la ética médica los pactos, contratos o reglamentos que restrinjan la legítima libertad de decisión del médico o que le impongan, por coerción o premio, conductas que el médico encuentra injustificadas según su criterio profesional fundado.

Ello ocurre, por ejemplo, con ciertos tipos de contratos-programa, o con ciertos *incentivos* para inducir el ahorro médico¹.

Desde la perspectiva penal, de igual manera se castiga la conducta del funcionario que solicitare dádiva o presente o admitiere ofrecimiento o promesa para realizar un acto propio de su cargo o como recompensa del ya realizado, así como al que admitiere dádiva o regalo que le fueren ofrecidos en consideración a su función o para la consecución de un acto no prohibido legalmente (Código Penal. Artículos 425 y 426)².

De igual manera no debemos olvidar que el deber ético respecto de nuestros pacientes también lo es en referencia

a la adecuada gestión de los recursos disponibles, incluidos los económicos que permiten su financiación (principio bioético de justicia).

USO RACIONAL DE LA SANIDAD. ÉTICA DE LOS COSTES

En el seno de la sociedad y de las profesiones médica y farmacéutica se ha debatido intensamente, en España y a lo largo de los últimos años, el urgente problema de reducir el gasto sanitario³.

Los sistemas sanitarios públicos, conscientes de la libertad de la cual goza el médico a la hora de prescribir y del impacto económico de sus decisiones, realizan ciertas orientaciones a su labor asistencial, materializadas por ejemplo en incentivos, con el propósito de disminuir el gasto en medicamentos y el sanitario en su conjunto⁴.

El usuario del Sistema Nacional de Salud debe ser ilustrado a este respecto, en el sentido de que al sostener con sus impuestos estas prestaciones, debe ser el principal interesado en que la administración de los mismos (siempre limitados) sea lo más acertada posible, en consonancia con la realidad económica del país.

La libertad de prescripción ha de guardar el debido equilibrio con el raciocinio en la indicación de pruebas diagnósticas o administración de tratamientos, en cuanto a la responsabilidad de moderación, mesura y de nuevo adecuación a las circunstancias del caso concreto (*lex artis ad hoc*).

En relación con esta afirmación, la continua y cada vez más frecuente "judicialización de la Medicina" ha determinado un incremento de posturas sanitarias que entran de lleno en la actitud puramente defensiva, refiriéndonos al sometimiento a todos y cada uno de los requerimientos del paciente a pesar de no existir clara indicación científica para ello: "medicina defensiva".

Estas actitudes, deontológicamente reprobables (CEDM-99. Artículo 18.2 "El médico no debe indicar exploraciones o tratamientos que no tienen otro fin que su protección. La medicina defensiva es contraria a la ética médica") no constituyen en absoluto una estrategia infalible frente a las reclamaciones administrativas o las demandas y denuncias judiciales, pudiendo afirmar así que en realidad no se ejerce la tan nombrada libertad de prescripción, sino

Correspondencia: A. Hidalgo-Carballal.
Correo electrónico: hidalgocarballal@yahoo.es

Recibido el 23-11-08; aceptado para su publicación el 28-11-08.

que, al contrario, la misma queda mermada y alienada por la cuanto menos egoísta voluntad del usuario.

El médico así, debe prescribir con racionalidad y buen sentido económico, buscando el reparto equitativo de los recursos y su correcta gestión, según todo lo explicado. Quedan excluidos de la “prescripción ética” los procedimientos diagnósticos y terapéuticos de baja o nula utilidad, así como aquellos cuyo precio sea más elevado en comparación con otros más económicos pero de idéntica eficacia y seguridad.

ÉTICA DE LA PRESCRIPCIÓN

Volviendo a la relación entre la autonomía personal del paciente y del médico, ya mencionada con anterioridad, en el particular aspecto de la prescripción referente a recetar medicamentos, se exige que este acto médico basado en la independencia del profesional en cuanto a su orientación diagnóstica e indicación de la terapia más adecuada tome en consideración también la voluntad y capacidad del enfermo a este respecto.

Retomando así el concepto de *calidad* con que comenzamos nuestra exposición, esta virtud aplicada a la prescripción se está convirtiendo en una exigencia social y política permanente, en relación con la adecuación entre eficiencia científica y racionalización del gasto farmacéutico, como una medida en el proceso de contención del gasto sanitario.

Calidad, en si misma, pero no solo en su vertiente *técnica*, sino también en la *ética*, volviendo de nuevo al planteamiento de SEMERGEN en lo tocante al profesionalismo médico: atención sanitaria excelente en su carácter científico y humano, en el buen hacer profesional.

Buen hacer profesional, que sin duda alguna incluye la observancia del deber de atender la dimensión económica de nuestras decisiones médicas, en el sentido de salvaguardar el principio de *Justicia*, la adecuada y correcta gestión de los recursos disponibles, procurando los resultados más idóneos de los actos médicos realizados, compatibilizando efectividad, eficacia, seguridad, conveniencia para el paciente y disminución del gasto sanitario que en definitiva financia el propio enfermo.

Esta *racionalización en el uso del medicamento*, utilización racional, fue definida en la Conferencia de Expertos en Uso Racional de Medicamentos convocada por la Organización Mundial de la Salud en Nairobi en 1985, como la situación en la que “*los pacientes reciban los medicamentos adecuados a sus necesidades clínicas, con las dosis precisas según sus características y durante el periodo de tiempo apropiado. Todo ello con el menor coste posible para ellos y para la comunidad*”⁵.

Efectivamente, la sociedad española fue dotada de un instrumento institucional que le permitiera esperar confiadamente que los problemas relativos a los medicamentos fueran abordados por cuantos agentes sociales se vieran involucrados en su manejo, (industria farmacéutica, profesionales sanitarios, poderes públicos y los propios ciudadanos), en la perspectiva del perfeccionamiento de la atención a la salud, mediante la Ley 25/1990, de 20 de

diciembre, y la actual Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios.

El debate sobre la sostenibilidad económica del permanente aumento del gasto farmacéutico debe contar necesariamente con la participación de los médicos, sobre todo quienes desarrollan su actividad en la *Atención Primaria*, pero sin menoscabar en absoluto su libertad a la hora de indicar el tratamiento que resulte según su criterio más indicado al caso específico; muy al contrario ha de fomentarse su implicación es esta pauta de racionalización del coste mediante su involucración en el fomento constante de la calidad en la prescripción, de la calidad científica y ética de la prestación de la que se hace receptor al paciente, garantizando así el efectivo ejercicio por su parte de los derechos que le son reconocidos.

Las medidas de exclusivo control del gasto, así como los incentivos sin más, resultan insuficientes para alcanzar el fin perseguido, siendo mucho más eficaces en lo tocante a la concienciación del facultativo, otras estrategias dirigidas a fomentar el propio Sistema Sanitario, favoreciendo la formación de su personal en estas tareas, buscando aquella compatibilidad y equilibrio entre eficacia, efectividad, seguridad y abaratamiento del coste.

En definitiva, tiene que haber un compromiso global de todo Médico por la calidad de la prescripción, y las Administraciones Públicas o empresas privadas de las que depende deben fomentar el esfuerzo de este por la calidad de la prescripción mediante los instrumentos adecuados⁴.

PROFESIONALISMO MÉDICO. SEMERGEN

Así, la prescripción de calidad, técnica y humana, se vincula a la formación y al *desarrollo profesional continuo* (DPC), aspecto este último también defendido por todos y cada uno de los Grupos de Trabajo de SEMERGEN, con la información que recibe el médico, y con el medio en que desarrolla su actividad.

Formación continua en terapéutica médica y farmacología clínica, actualizada durante toda la vida profesional y adquirida mediante el estudio y el previo acceso a una información real, objetiva, contrastada, independiente y verídica, a la par que no punitiva ni contradictoria, que permita al facultativo conservar la máxima autonomía en su toma de decisiones, evitando presiones de otros agentes que pudieran influir o interferir en el proceso de prescripción.

Sobre esta cuestión, la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, dedica el Capítulo-I del Título-VI a las “Garantías de formación e información independiente y de calidad para la utilización adecuada de los medicamentos y productos sanitarios”, especificándose en su artículo 75.1 que “*Las Administraciones Públicas competentes en los órdenes sanitario y educativo dirigirán sus actuaciones a promover la formación universitaria y post-universitaria continuada y permanente sobre medicamentos, terapéutica y productos sanitarios de los profesionales sanitarios*”.

Siendo su punto 2 el referido a la información: “*Las Administraciones Públicas sanitarias dirigirán sus actua-*

ciones a instrumentar un sistema ágil, eficaz e independiente que asegure a los profesionales sanitarios información científica, actualizada y objetiva de los medicamentos y productos sanitarios”.

Abordando el artículo 76 idéntico tema: “La información y promoción dirigida a los profesionales sanitarios, bajo control de las Administraciones sanitarias en los términos previstos en el artículo 102.1 de la Ley General de Sanidad, deberá estar de acuerdo con la información técnica y científica autorizada por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios y deberá ser rigurosa, bien fundada y objetiva y no inducir a error, de acuerdo con la legislación vigente, y ajustarse a la ficha técnica”⁶.

A estos efectos, resulta especialmente interesante la confección de protocolos y guías de buena práctica clínica, periódicamente actualizados sobre la mejor evidencia científica disponible.

Tomando de nuevo los datos de la ya mencionada “Encuesta de la OMC sobre los factores que intervienen en la calidad de la prescripción médica en España”, el 83% de los facultativos considera que dichas herramientas mejoran la calidad de su prescripción, aunque el 71% opina que las innovaciones farmacológicas de utilidad contrastada tardan en incorporarse a guías y protocolos.

Es la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, la que ratifica la defensa de la libertad de prescripción en este aspecto, al considerar la indicación de unificar criterios de actuación, pero utilizándolos de manera orientativa y no impositiva, ya que de ello se derivaría un menoscabo para la referida independencia profesional.

(Artículo 4.7.b “Se tenderá a la unificación de los criterios de actuación, que estarán basados en la evidencia científica y en los medios disponibles y soportados en guías y protocolos de práctica clínica y asistencial. Los protocolos deberán ser utilizados de forma orientativa, como guía de decisión para todos los profesionales de un equipo, y serán regularmente actualizados con la participación de aquellos que los deben aplicar”).

Y por supuesto condiciones adecuadas de trabajo, al tratarse de un acto asistencial que requiere indefectiblemente los medios y el tiempo necesario para establecer adecuadamente el diagnóstico de certeza e instaurar, prescribir, el tratamiento conveniente, todo ello sobre la base de la libertad profesional y la responsabilidad que lleva aparejada.

ÉTICA DE LOS INCENTIVOS

Es en este punto donde queremos incluir una interesante particularidad de la autonomía profesional del Médico: la actuación forzosa y la objeción de conciencia.

Dispone el artículo 8.5 de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, que: “En el supuesto de que, como consecuencia de la naturaleza jurídica de la relación en virtud de la cual se ejerza una profesión, el profesional hubiere de actuar en un asunto, forzosamente, conforme a criterios profesionales diferentes de los suyos, podrá hacerlo constar así por escrito,

con la salvaguarda en todo caso del secreto profesional y sin menoscabo de la eficacia de su actuación y de los principios contenidos en los artículos 4 y 5 de esta ley”.

La actuación forzosa y contraria a los criterios profesionales propios del facultativo supone un atentado a la plena autonomía técnica y ética.

Afirmaba John Locke en su Ensayo sobre la tolerancia (año 1966) que “la libertad de conciencia es el gran privilegio del súbdito, lo mismo que el derecho de imponer leyes es el gran privilegio del Estado”.

Entendemos por *objeción de conciencia*, el incumplimiento de un deber jurídico motivado por la existencia de un dictamen de conciencia, que impide observar el comportamiento prescrito y cuya finalidad se agota en la defensa de la moralidad individual, renunciando o, al menos, no persiguiendo de forma inmediata una estrategia de cambio político o jurídico, ni tampoco siquiera la búsqueda de adhesiones.

La objeción de conciencia es la expresión de un dictamen ético, desde el punto de vista de los criterios de moralidad que un individuo estima “correctos”.

Se trata pues de una actuación conforme a la libertad de conciencia y religiosa, que supone no sólo el derecho a formar libremente la propia conciencia, sino también a obrar de acuerdo con la misma, aun cuando ello suponga la infracción de una norma jurídica.

Más exactamente, hablamos de objeción de conciencia cuando al actuar de acuerdo con la libertad de conciencia se infringe algún deber jurídico, al negarse a asumir una conducta concreta que en principio resulta jurídicamente exigible al provenir de una obligación de la norma, de un contrato, de un mandato judicial o de una resolución administrativa.

En relación con la libertad de prescripción, es necesario tratar algunas cuestiones referentes a la *ética de los incentivos*.

Ya hemos repetido anteriormente que resulta del todo necesario proceder a la consideración del coste de oportunidad en las decisiones que se adopten sobre intervenciones sanitarias, lo cual supone estudiar y reflexionar sobre las mejores alternativas posibles: el mayor beneficio al menor coste⁷.

De ahí se puede deducir que incentivar la eficiencia es una estrategia cargada de sentido ético, en cuanto que estimula la conducta, siempre y cuando esta tenga la moralidad necesaria y suficiente, al igual que el propio incentivo en cuanto a su naturaleza.

Actualmente los incentivos forman parte del funcionamiento tradicional de las empresas en cualquier organización humana a la hora de lograr resultados, habiéndose aplicado esta sistemática también al ámbito sanitario en modelos organizativos con costes, presupuestos, etc.

La especial naturaleza de la Sanidad conlleva una dificultad añadida en lo tocante a definir el producto a incentivar: salud, calidad asistencial, satisfacción del paciente, etc.

En el colectivo médico se ha demostrado sobradamente que por encima del incentivo monetario se dan otras motivaciones con mayor influencia, más clásicas en nuestra profesión: reconocimiento y prestigio, ayudas a la formación e investigación y la propia autonomía personal.

CONCLUSIONES

A modo de conclusión, podemos afirmar que la independencia profesional es el mejor instrumento del facultativo para apartarle de alianzas indebidas, bien fuere en contra del paciente (protegiéndole de influencias perjudiciales procedentes de la sociedad, de la familia u otros sectores), al igual que a su favor, procurándole beneficios injustificados no debidos que menoscaben los legítimos intereses de la Administración o de la empresa privada.

La libertad de prescripción se torna así en un generador de conflictos éticos y profesionales para el facultativo, cuyo comportamiento profesional siempre ha de guiarse por el principio de independencia profesional, lealtad al paciente y transparencia hacia la sociedad, como estandarte en la deliberación social ante una cuestión de gran interés con serias implicaciones para el bien común.

Este mismo compromiso de lealtad profesional del médico ha de inspirar sus relaciones con las entidades proveedoras de servicios de salud, sean públicas o privadas, incluida la industria, dado que la relación del médico con la misma es necesaria en todos los niveles del desarrollo y uso de los medicamentos o de cualquier otro material sanitario, para garantizar la seguridad de los pacientes y la eficacia de los tratamientos.

Cualquier tecnología sanitaria no puede evaluarse únicamente en base a parámetros económicos (coste), sino que resulta esencial estimar su beneficio sobre la salud, la eficiencia y la propia calidad.

Es incompatible con la deontología médica solicitar o aceptar contraprestaciones a cambio de prescribir un me-

dicamento o utilizar un producto sanitario (incentivos positivos). De igual manera, no debe ni puede apoyarse ninguna restricción que dañe la calidad de la asistencia sanitaria (incentivos negativos).

La ejemplaridad del médico es un valor moral muy relevante para fundamentar la confianza en la relación clínica y el respeto social hacia la profesión médica.

En definitiva, la *prescripción ética* es aquella en la que en la calidad del acto médico en sí mismo se combina la autonomía personal del médico en la elección tomada según su conocimiento científico, buscando la optimización del resultado en concordancia con el menor coste económico que resulte posible.

BIBLIOGRAFÍA

1. Declaración de la Comisión Central de Deontología de la OMC sobre la libertad de prescripción del médico. Revista "OMC" nº 62. Año 1999.
2. Código Penal. Colex. 2004.
3. Declaración de la Comisión Central de Deontología de la OMC sobre ética de la prescripción y la sustitución de medicamentos genéricos. Revista "OMC". Abril 2000.
4. Declaración de la Comisión Central de Deontología de la OMC sobre la calidad de la prescripción. 15 de diciembre de 2003.
5. Organización Mundial de la Salud. Uso racional de los medicamentos: informe de la Conferencia de Expertos. Nairobi 25-29 de noviembre de 1985.
6. Ley 29/2006, de 26 de Julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. BOE, 27 de julio de 2006.
7. Ética de la objeción de conciencia. Fundación Ciencias de la Salud. 2008.