

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

CONSEJO NACIONAL DE SALUD

COMISIÓN NACIONAL DE BIOÉTICA

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



LA BIOÉTICA EN LA FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS DE LA SALUD

Situación actual y desafíos en el Ecuador

Quito, noviembre del 2009

LA BIOÉTICA EN LA FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS DE LA SALUD

Situación actual y desafíos en el Ecuador

Artículos de:

Susana Cárdenas de Acosta, Carlos Torres S., Agustín García Banderas, Edmundo Estévez M., Myrian Elena Miranda Padrón, Marco R. García C., Martha Cantos y Luis E. Sarrazín Dávila

Los autores y autoras son responsables de sus respectivos artículos que no necesariamente reflejan los criterios de la OPS/OMS ni del CONASA.

© Organización Panamericana de la Salud OPS

ISBN: 978-9978-92-775-5

Diseño de portada: Santiago Cárdenas

Diseño de interiores: Martha Vinueza

Impresión: Imprenta Activa. Telf.: 2557458

Quito, noviembre de 2009

Se autoriza el uso de la información citando autor y fuente.

Directorio del Consejo Nacional de Salud (CONASA):

Doctora Caroline Judith Chang Campo: *Ministra de Salud Pública / Presidenta del CONASA*
Arquitecta María de los Angeles Duarte Pesantez: *Ministra de Inclusión Económica y Social*
Doctora María del Carmen Laspina Arellano: *Directora General de Salud*
Economista Fernando Heriberto Guijarro Cabezas: *Director General del IESS*
Doctor Mario José Fernando Astudillo Arroyo: *Delegado AFEME*
Doctor Gorki Espinoza Ruiz: *Representante Gremios de Profesionales*
Doctor Paolo Alessandro Marangoni Saravia: *Representante H. Junta de Beneficencia de Guayaquil*
Doctor Carlos Julio Arreaga Salazar: *Representante SOLCA*
CRNL. CSM. Doctor Byron Pasquel: *Director de Sanidad de las Fuerzas Armadas*
Ingeniero Edgar Geovanny Benítez Calva: *Representante CONCOPE*
Economista Francisco Asan Wonsang: *Presidente AME*
Doctor Alfredo Enrique Borrero Vega: *Representante Entidades Salud Privadas con fines de lucro*
Doctor Nelson Gerardo Oviedo V.: *Representante Entidades Salud Privadas sin fines de lucro*
Abogada Marianela Rodríguez León: *Representante Gremios de Trabajadores*
Doctora Narcisca Calahorrano Cabrera: *Directora Ejecutiva del CONASA*
Doctora Celia Riera Betancourt: *Representante OPS/OMS en el Ecuador*
Doctor Jorge Parra: *Representante UNFPA en el Ecuador*
Doctora Cristian Munduate: *UNICEF Ecuador*

Comisión Nacional de Bioética:

Dr. Edmundo Estévez: *AFEME. Presidente*
Dra. Patricia Merlo: *Dirección de Salud de la Policía Nacional. Vicepresidenta*
Crnel CSM Luis Maldonado: *Hospital de las Fuerzas Armadas*
Dr. Luis Sarrazín Dávila: *H. Junta de Beneficencia de Guayaquil*
Dra. Patricia Moncayo: *Federación Odontólogos del Ecuador*
Dra. Anabella Cifuentes: *Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social*
Dr. Carlos Torres: *Ministerio de Salud Pública*
Dr. Pablo Velasco: *PCYT Ministerio de Salud Pública*
Lic. Blanca Báez: *Federación de Enfermeras del Ecuador*
Dra. Alba Rhor: *SOLCA*
Dra. Susana Cárdenas: *ACHPE*
Dra. Carmen Perugachi: *Federación Médica Ecuatoriana*
Dr. Agustín García: *Sociedad Ecuatoriana de Bioética*
Dra. Cristina Merino: *Consultora OPS/OMS*
Lic. M. Elena Miranda: *Coordinadora Técnica CONASA*

| | |
|--------------------------|---|
| Prólogo | |
| <i>Celia Riera</i> | 7 |

| | |
|----------------------------------|---|
| Presentación | |
| <i>Narcisa Calahorrano</i> | 9 |

PRIMERA PARTE
BIOÉTICA Y EDUCACIÓN SUPERIOR EN EL ECUADOR

| | |
|--|----|
| 1. Hacia un plan de formación en bioética para las facultades de ciencias de la salud y medicina en el Ecuador | |
| <i>Susana Cárdenas de Acosta</i> | 15 |
| 2. La bioética y la genética en la enseñanza universitaria de medicina | |
| <i>Carlos Torres S.</i> | 37 |
| 3. La enseñanza universitaria de la bioética desde una perspectiva interdisciplinaria | |
| <i>Agustín García Banderas</i> | 61 |

SEGUNDA PARTE
LA BIOÉTICA Y SUS FORMAS INSTITUCIONALES

| | |
|---|-----|
| 1. Normatividad y gestión de los comités de ética de la investigación en el Ecuador | |
| <i>Edmundo Estévez M.</i> | 87 |
| 2. Bioética, espacios ciudadanos de articulación y políticas públicas | |
| <i>Myrian Elena Miranda Padrón</i> | 119 |

TERCERA PARTE
LA BIOÉTICA Y EL EJERCICIO DE LA MEDICINA

| | |
|---|-----|
| 1. La responsabilidad civil del médico en el Ecuador <i>Marco R. García C.</i> | 139 |
| 2. El ejercicio de la enfermería y la bioética <i>Martha Cantos</i> | 175 |
| 3. Fenomenología del acto médico y ética de la producción y prescripción de medicamentos <i>Luis E. Sarrazín Dávila</i> | 199 |

ANEXOS

| | |
|--|-----|
| Anexo 1: Investigación sobre la situación de la bioética en las facultades de ciencias de la salud y medicina en el Ecuador..... | 225 |
| <i>Anexo 1.1:</i> Listado de universidades | 226 |
| <i>Anexo 1.2:</i> Formulario para diagnóstico de enseñanza de bioética en las universidades del Ecuador | 231 |
| <i>Anexo 1.3:</i> Resumen de resultados del diagnóstico de la enseñanza de bioética en las universidades del Ecuador | 233 |
| Anexo 2: Credo humanizador..... | 239 |
| Anexo 3: Política Nacional de Bioética | 243 |

FENOMENOLOGÍA DEL ACTO MÉDICO Y ÉTICA DE LA PRODUCCIÓN Y PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS

*Luis E. Sarrazin Dávila*¹

Introducción

El acto médico implica una relación entre elementos que resultan cruciales y de extraordinario significado para el desarrollo social y sanitario de los pueblos. Algunos de sus componentes que lo integran son los siguientes: el médico, como eje de este evento altamente profesional y complejo; el paciente, que solo o acompañado concurre ante él para explicitar sus dolencias; los laboratorios y gabinetes, que proporcionarán información e insumos para que el facultativo pueda ratificar o rectificar su diagnóstico y orientar las intervenciones; y, finalmente, la industria farmacéutica, que proveerá los medicamentos necesarios para el tratamiento de los padecimientos que aquejan a los pacientes que acuden a los servicios médicos con la esperanza de recuperar la salud.

1 Asistente extranjero de la Facultad de Medicina de París. Experto en metodología estadística de medicamentos de la Organización Mundial de la Salud. Representante de la Junta de Beneficencia de Guayaquil ante la CONABI.

El presente artículo profundiza las implicaciones éticas de las relaciones que supone el acto médico al centrarse en el análisis del rol del médico respecto al paciente y al acto prescriptorio. La contribución incluye, también, el análisis de la regulación ética en la relación médico- industria farmacéutica y con las farmacias.

El médico

Preparación y entorno

La participación del profesional es clave para el éxito del acto médico. Tanto su preparación y experiencia como la exploración clínica y datos de los estudios de laboratorio y gabinete le permitirán diagnosticar sobre la base de la integración armónica y funcional de todos los componentes señalados.

En Ecuador, por múltiples circunstancias, es innegable que la profesión médica ha sufrido duros golpes que inciden en la calidad de los profesionales formados por la universidad y que una vez graduados forman parte del mercado laboral del sector. Recordemos al respecto las palabras de un distinguido jurista, el Dr. Carlos Feraud Blum: “se ha dado un golpe de muerte a la universidad ecuatoriana”, al referirse a un acto de democracia barata e irresponsabilidad supina cuando el Consejo Universitario de la Universidad de Guayaquil abolió los exámenes de ingreso a las diferentes facultades. Ello produjo que, en lugar de los 180 estudiantes que normalmente ingresaban a las aulas de medicina, éstas recibieron una avalancha masiva que, en el año lectivo inmediatamente posterior a esa resolución, produjo el ingreso de cerca de 1.000 aspirantes al primer año de estudios.

Este hecho súbito y desproporcionado obligó a las autoridades de dicha facultad a improvisar no solamente aulas sino también maestros para enfrentar la titularidad de las materias que conformaban el pensum del primer año, permitiendo la incorporación de un cuerpo docente que incluía profesionales con un rango de calificación de excelentes a mediocres. Estos últimos, para granjearse la simpatía del estudiantado y afincar su estabilidad en la cátedra, fueron en extremo permisivos y trataron con blandura inusitada a los educandos para obtener, en reciprocidad, su apoyo y por esa vía su permanencia como docentes.

Posteriormente -aunque demasiado tarde, se reimplantó el proceso de selección de aspirantes a las diversas facultades de la universidad, lo cual obligó a la restitución del examen de ingreso. Pero el daño estaba hecho ya que permitió que una gran cantidad de titulados mediocres y mal preparados pasaran a formar parte del gran proletariado profesional carente de opciones para una ubicación adecuada. Esta masificación impactó de manera absoluta en el proceso de oferta y demanda que rige a cualquier actividad profesional, toda vez que la oferta descomunal superó ampliamente a la demanda, incidiendo directamente en aspectos remunerativos que colocaron en niveles prácticamente denigrantes los salarios médicos.

Se habla frecuentemente de la mala práctica profesional en el ámbito de la salud, sin tomar en cuenta que el médico, por su propia vocación y formación, jamás podría atentar contra la seguridad biológica y la vida de un paciente, pero que a la hora de la atención enfrenta diversos elementos negativos que él desconoce y que gravitarán sobre el éxito de su actuación. Los elementos negativos que aludimos son los siguientes:

La idiosincrasia biológica del paciente, la que en determinadas ocasiones es un atópico silencioso que puede provocar una reacción violenta ante la aplicación de un fármaco, ocasionando una situación de gravedad variable hasta llegar al riesgo de muerte. Muy poco se piensa sobre este particular, pero la experiencia se repite todos los días. ¿Cómo no considerarlo entonces si a lo largo de nuestra práctica nos hemos encontrado con pacientes alérgicos a los antihistamínicos?

La infraestructura institucional incide igualmente en el ámbito de la seguridad que requiere la actividad médica puesto que la carencia de elementos humanos e implementos para atender un caso crítico obligan, muchas veces, a improvisar ambientes y realizar maniobras heroicas, sin que éstas puedan garantizar la seguridad y supervivencia del enfermo.

Los fármacos utilizados también forman parte del acto médico. Sabemos que, en un país como el nuestro, donde el control post registro prácticamente no existe, circulan medicamentos adulterados, falsificados o elaborados irresponsablemente con una composición inferior en calidad y cantidad a las declaradas para la obtención del Registro Sanitario.

Las farmacias son establecimientos de altísima peligrosidad en nuestro medio, ya que en ellas los dependientes se permiten cambiar la receta del facultativo o simplemente utilizan los síntomas y signos que les refiere el parroquiano que concurre a ellas para dispensarle lo que buenamente se les ocurre. Además, procuran no proporcionar un genérico sino un medicamento de patente o de marca que, por su precio, dejará una interesante utilidad al establecimiento. Es hora de que se cumpla con la Ley, es decir, que se incorpore obligatoriamente a un Químico Farmacéutico dentro del plantel de las farmacias ecuatorianas,

no solamente para que la respalde profesionalmente sino para que pueda asesorar o aconsejar a un usuario ante una duda terapéutica en la que deberá respetarse siempre el criterio del facultativo que expidió la receta.

La relación médico – paciente

El consultante es al mismo tiempo un *paciente*, una persona que sufre o cree sufrir de alguna dolencia o padecimiento y concurre solo o acompañado a contar sus penas al médico que escogió para que las oiga, las interprete y las resuelva favorablemente. Jamás podrá ser visto como un simple cliente, es decir, como alguien que forma parte de un acto mercantil y que será atendido en la medida de que pueda pagar los servicios solicitados.

El paciente enfrenta médicos que responden a los siguientes estereotipos:

El médico apurado que apenas el paciente toma asiento consulta su reloj y, aunque parece escucharlo, vuelve a consultarlo varias veces. Este tipo de médico tiene “tantas ocupaciones” que no ve la hora de “zafarse del bulto”.

El médico impaciente, que no tiene tiempo para escuchar todo lo que le van a contar y desea recibir en calidad de telegrama la información para terminar la consulta lo antes posible y pasar al siguiente paciente. Si se trata del usuario de una institución pública, quiere liquidar lo más rápidamente posible el número de pacientes adjudicados según el cupo diario.

El sabelotodo, que carece de interés en escuchar toda la información que le brinde el paciente y a veces sus familiares ya que al escuchar el primer signo o síntoma elabora rápidamente un diagnóstico y se va como ariete sobre él, sin importarles los

datos complementarios que puedan provenir de los exámenes solicitados.

El médico indiferente, que mientras el paciente o sus familiares le hablan piensa en algo completamente distinto a lo que sucede en ese momento. Adolece de lo que solemos denominar CIA: una Comunicación Inter Auricular según la cual lo que entra por el oído izquierdo le sale por el derecho sin dejar o producir huella alguna.

El análisis y actuación de estos estereotipos carece de la magia y encanto del verdadero facultativo quien, haciendo gala de la paciencia de Job, escucha de manera tranquila y paciente todo lo que quiera contar el enfermo o sus familiares, para de esta manera, producirles alivio e identificar en el transcurso de la comunicación datos valiosísimos que pueden servir para complementar o fortalecer una impresión diagnóstica. Valga recordar aquí ese aforismo que dice: *el médico cura, a veces; mejora, con frecuencia; pero consuela, siempre.*

El componente diagnóstico busca establecer de la manera más precisa la naturaleza del mal que afecta a un paciente y para ello se requiere recurrir a pruebas de laboratorio y gabinete que ratifiquen o rectifiquen un primer diagnóstico pero que de ninguna manera sustituyen al mismo.

La medicina es una profesión liberal y, en la práctica, el médico debe mantener su independencia, es decir debe actuar en la forma más neutral posible. A este respecto, se observa con mayor frecuencia médicos asociados empresarialmente alrededor de laboratorios clínicos o gabinetes para estudios diagnósticos. Ello, en principio, no constituye un pecado de ética si la actitud del profesional se orienta de manera exclusiva hacia el bienestar

y protección de la economía del paciente. Esto quiere decir que el buen médico, en actitud absolutamente ética, solicitará para su paciente las pruebas de laboratorio y gabinete estrictamente necesarias y de ninguna manera procurará solicitar la mayor cantidad posible de indicadores para provocar resultados innecesarios o que no se relacionan con la patología del enfermo. Se han dado casos que, con el famoso “bono de producción”, algún galeano llegó a marcar gran cantidad de espacios vacíos en la tarjeta de examen hasta el punto de haber solicitado antígeno prostático a una mujer o pruebas de función hepática, endocrinológica y marcadores tumorales a otra paciente con amigdalitis estreptocócica.

Resulta evidente que con una buena anamnesis inmediata y mediata, aunada al resultado de los exámenes de laboratorio y gabinete solicitados, se puede llegar a establecer un diagnóstico gracias a la correlación armónica con los datos de exploración clínica.

Uno de los elementos más olvidados y hasta despreciados por los jóvenes médicos es la observación visual e integral del paciente, reemplazada cada vez más por los estudios de laboratorio y gabinete por los cuales el médico, en actitud superficial y antitécnica, considera un desperdicio de tiempo observar y escuchar al enfermo. Solo para ejemplificar este particular, referiré una experiencia personal en la que mediante una simple observación se llegó a un diagnóstico y se propuso el tratamiento adecuado para un paciente asilado a nivel hospitalario.

Cuando fui Ministro de Salud inauguré el Hospital de Chillanes (Provincia de Bolívar) y al recorrer sus instalaciones pasamos por una sala donde estaban unos médicos rurales. Los saludé y seguí de largo, pero uno de ellos me llamó diciendo: -

Sr. Ministro, Usted que es pediatra ¿tendría la bondad de venir a ver a un paciente? Luego de aceptar la invitación, me acerqué para ver de qué se trataba. Luego de dar una mirada al enfermo, el médico rural tomó la carpeta para leer la historia clínica. Le manifesté que no necesitaba hacerlo, ya que como también era pediatra, le iba a indicar las condiciones en que el paciente llegó, el diagnóstico, el estado actual qué tratamiento le han suministrado.

Luego de un silencio sepulcral, comencé a hablar: Se trata de un escolar de aproximadamente 11 años de edad, que consultó por un padecimiento que se inició hace 15 días, caracterizado por la presencia de lesiones piógenas en el cuerpo (granos infectados con pus) acompañadas de fiebre, decaimiento, cefalea intensa (dolor de cabeza), hematuria (presencia de sangre en orina), cilindruria (cilindros granulosos en la orina), edema moderado de cara e hipertensión arterial. La biometría hemática presentaba leucocitosis con neutrofilia (glóbulos blancos elevados y con desviación infecciosa), P.C.R. y ASTO elevados (proteína c. reactiva y antiesterptolisinas), cuyos indicadores se elevan en presencia de un proceso infeccioso, sobre todo causado por un *Estreptococo* patógeno. El examen físico-químico de orina revelaba densidad elevada. Al nivel del sedimento, había hematíes (glóbulos rojos) y cilindros granulosos (elementos que pasan a la orina cuando hay lesión inflamatoria de los glomérulos renales. Por lo tanto, el diagnóstico del paciente es: glomérulo nefritis aguda e hipertensión arterial secundaria.

El tratamiento básico que ustedes le dieron consistió en hidratación parenteral restringida, dieta hipo sódica (pobre en sal), Penicilina G. Sódica por vía endovenosa y Serpasol (*Rawolfia serpentina*, un antihipertensivo usado en esa época). En ese momento, terminé mi exposición y añadí: - Jóvenes, he

dicho todo lo que tiene este paciente, sin ni siquiera haber oído la Historia Clínica, haberlo examinado ni revisado los exámenes de laboratorio o la carpeta. Les he indicado, además, lo que ustedes han usado desde el punto de vista terapéutico. A continuación, y para terminar, complementé lo dicho con un “puntazo”:
- No es haciendo paros que ustedes llegarán a ser buenos médicos, sino estudiando intensamente y dedicándose a practicar a tiempo completo en los hospitales para así “beber” de sus enfermos las enseñanzas más importantes de la clínica médica.

El Dr. Ricardo Freire (+), ante mi exposición, me atribuyó virtudes mágicas, habiéndole aclarado que yo era fruto de una Escuela de Medicina clásica en donde nos enseñaron que lo más importante del acto médico era la observación; es decir, reconocer como fundamental, antes de explorar a un paciente, el mirarlo y recorrerlo en su totalidad para ver su fascies, el color de sus ojos, su actitud, su respiración, su estado de ánimo, etc., para recién luego entrar en materia.

Si el niño hubiese estado cubierto completamente, hubiera sido incapaz de decir algo sobre él y habría tenido que escuchar toda la información; pero por esas cosas del destino, tenía todo el miembro superior derecho por fuera de las sábanas y en su mano tenía apoyada la cabeza. Al entrar, bostezó y pude ver por la dentadura que su edad aproximada era de 11 años; el brazo al descubierto tenía una serie de manchas más o menos circulares de color café oscuro que se ven únicamente en las lesiones piógenas de la piel en fase de desecación o resolución.

Jamás se interna a un niño con este tipo de lesiones puesto que ellas son tratadas en la consulta externa; pero su complicación más frecuente es la glomérulo nefritis aguda a la postre, la causa de su internación. El paciente tuvo hipertensión arterial,

pues había una silla suelta a los pies de la cama del paciente, sitio en el que no tenía razón de estar, salvo que hubiese sido utilizada para levantar la cama y poner al paciente en posición de tren-delenburg (cabeza hacia abajo y los pies hacia arriba).

Al presentar hipertensión arterial, debían haberle suministrado un anti-hipertensivo y yo dije que usaron Serpasol, medicamento de la casa CIBA, ya que la caja con sus colores característicos (azul y blanco) estaba sobre el velador y la única explicación de la presencia de un antihipertensivo en ese sitio es que se lo habían administrado. Todo el resto sobre síntomas y signos, así como los resultados de los exámenes los deduje simplemente, pues ese es el tipo de hallazgos que se encuentran siempre en dicha enfermedad.

Un aspecto muy duro pero necesario para la implementación diagnóstica son los llamados diagnósticos concertados, en los cuales el médico se pone de acuerdo con el laboratorista para, luego de indicar su diagnóstico, recibir resultados acordes y de corroboración. Ello permite exhibir ante el paciente y sus familiares la clarividencia profesional que aporta serenidad y seguridad. En este caso, el médico realizó el diagnóstico de apendicitis aguda y el laboratorio reportó leucocitosis con neutrofilia y bandemia; en otra oportunidad diagnosticó que el paciente presentaba fiebre tifoidea y el laboratorio la confirmó con una reacción de Widal positiva.

El acto prescriptorio

Concluido el componente diagnóstico, viene el momento prescriptorio o terapéutico mediante el cual el médico extenderá una receta prescribiendo lo que a su criterio requiere el consultante. La prescripción tiene una serie de peculiaridades,

observándose por una parte que todavía se aplica el “escopetazo” por el cual el facultativo dispara una serie de perdigones (medicamentos) a su enfermo confiando que alguno o algunos de ellos le va “a pegar” a la enfermedad que lo aqueja. Bajo estas consideraciones, inscribe en la receta tres o más medicamentos, habida cuenta de que al estar inseguro del diagnóstico planteado, podrá mejorar o curar al paciente con ese disparo de perdigones o gama muy amplia de medicamentos.

Al analizar el momento prescriptorio no podemos dejar a un lado la influencia de la formación profesional brindada a los médicos en el claustro universitario que los induce a presentar un pensamiento estereotipado que asume de buenas a primera que para todo padecimiento tiene que haber el medicamento correspondiente en el mercado farmacéutico. Las condiciones en que se realiza el acto médico no le permiten al facultativo razonar sobre la patología consultada, ya que en varias y no pocas ocasiones intervienen componentes psicosomáticos que están comandando el cuadro clínico y dando origen a la presencia de signos y síntomas que no tienen un verdadero fundamento orgánico. En estas circunstancias, el médico puede caer en el error de producir un diagnóstico equivocado y proyectar un planteamiento terapéutico que no tiene nada que ver con la realidad del paciente.

Otro cuestionamiento del uso de los medios de laboratorio y gabinete se basa en el tipo y marca de los equipos utilizados y la calidad de los reactivos frente a un probable diagnóstico. Con cierta frecuencia, hemos tenido pruebas de reacción de Widal con un Eberth O y un Eberth H de 160 y 320 a las 24 horas de inicio de un padecimiento caracterizado por ausencia de fiebre. Al cambiar de laboratorio y utilizar reactivos de alta calidad,

obtuvimos resultados disimiles, acordes con la realidad del paciente.

Debemos hacer una serie de consideraciones sobre la capacidad y actitud prescriptoria de un médico, toda vez que se observa en la práctica una tipología diferente. Una buena parte del cuerpo médico ha perdido la importante mística de leer o estudiar de forma continua y cotidiana, aunque sea por tiempos muy cortos. Tal desentendimiento con la ciencia desactualiza y aparta al profesional de los grandes avances clínicos, quirúrgicos, terapéuticos, etc., de suerte que, al momento de extender una receta, recuerda algo de lo que leyó y mejor aún, recuerda el mensaje del visitador médico que le implantó un esquema terapéutico que lo repetirá estereotipadamente hasta el preciso momento en que otro mensaje resulte más interesante, atractivo o rentable. De esto se colige que la formación continua en la medicina es en extremo importante y que quien no se apoye en ella, difícilmente podrá ejercer su profesión con un nivel técnico y de calidad adecuados. Existen datos que revelan que un médico de 50 años tan solo utiliza en su labor diaria un 2% de aquello que aprendió durante la carrera de medicina.

En Estados Unidos, las compañías farmacéuticas gastaron desde 1999 más de 11 billones de dólares cada año en marketing y promoción. De ellos, 5 billones se destinaron a los delegados comerciales y alrededor de 10.000 dólares, a cada médico. La pregunta lógica para quien no tenga una clara información de este tema es la siguiente: ¿apoya económicamente un laboratorio farmacéutico una formación continua que no esté dirigida a sus intereses comerciales? En otras palabras, esa interacción médico-industria, ¿favorece la prescripción de un determinado medicamento fabricado por la empresa?

Una investigación, que revisa 538 aportes sobre este tema, concluye que la asistencia de formación continuada financiada por un laboratorio farmacéutico se asocia con un aumento en la prescripción de fármacos que favorece a ese laboratorio.

En una encuesta realizada por el que suscribe a 56 estudiantes del sexto año de medicina se les preguntó lo siguiente: ¿quién de ustedes ha utilizado Ventolín expectorante? La respuesta positiva la dieron 12 de ellos, a quienes se les preguntó: ¿qué es el Ventolín expectorante? El siguiente cuadro expone las respuestas:

| N=12 | Respuesta | Composición química y concentración por 5 ml. | Dosis |
|------|--------------------------------|---|---------------|
| 7 | Salbutamol | Salbutamol | Según el caso |
| 3 | Salbutamol más broncodilatador | Salbutamol | Según el caso |
| 2 | Jarabe bronquioltico | Ninguna respuesta | Según el caso |

Los lectores, no médicos o conocedores de la farmacología, saben que la respuesta era la siguiente:

| Respuesta | Composición química y concentración por 5 ml. | Dosis |
|---------------------------|---|-----------------------------------|
| Salbutamol + Guayfenesina | Salbutamol 2 mg/5ml y Guayfenesina 100 mg/5ml | Según cuadro clínico, peso y edad |

Las respuestas de los estudiantes demuestran su ignorancia en cuanto al producto, sus características y maneras de uso. ya que por una parte el Salbutamol es un agonista B-2 selectivo de los adrenoreceptores que, a dosis terapéuticas, actúa sobre los adrenoreceptores B2 de los músculos bronquiales. La Guayfenesina se agrega para aliviar la obstrucción respiratoria y mejorar la ventilación pulmonar. Su uso inapropiado puede provocar tensión muscular, temblores, cefalea, vaso dilatación peri-

férica con un incremento de la frecuencia cardíaca, hipersensibilidad y calambres musculares.

Por lo tanto, los 12 alumnos, cuando prescribieron este producto, no sabían las sustancias que lo componían, la concentración de las mismas y, peor aún, la forma de administrarlo. Es decir, ejercieron un acto terapéutico empírico con potenciales efectos secundarios indeseables.

Lo arriba relatado revela la falta de control de la universidad que debió establecer un impedimento absoluto para que los estudiantes de medicina prescriban fármaco alguno. Por otra parte, los internos rotativos –que no son médicos–, también prescriben arbitrariamente durante sus pasantías en los diversos hospitales, lo cual está también prohibido ya que sus recetas deben llevar el visto bueno del médico residente antes de ser entregadas al público. A los casos expuestos debemos añadir el de los médicos que no solamente olvidan los principios para la prescripción de una droga; además, recetan lo que leyeron o se acordaron en ese momento aunque existan errores importantes de criterio.

La industria farmacéutica y la promoción de medicamentos

Pero al margen de los errores expuestos, la industria farmacéutica - cuya importancia es indiscutible en la práctica médica - tiene aspectos positivos y negativos, tales como el aporte a la investigación farmacológica mediante el descubrimiento de nuevas moléculas que mejoran las opciones terapéuticas, o el soporte a la investigación clínica y a la formación médica. En cuanto a los aspectos indeseables de su acción, destacamos el desarrollo de un marketing agresivo con miras a fortalecer los beneficios económicos de la industria por sobre el bienestar de los pacientes.

En ciertas investigaciones, una empresa contrata a un profesional para realizar estudios sobre un determinado producto en el cual no solamente deberá tomarse en cuenta la bondad del mismo, sino de manera particular, los aspectos éticos y morales que se orienten a la búsqueda del beneficio real para el paciente al punto de incluir criterios de selección y compensación de ser necesarios. Resultan lamentables los casos en los que se ha comprobado el ocultamiento de efectos indeseables y se han alterado los análisis estadísticos sobre el producto investigado para aprobarlo y permitir su comercialización aun a sabiendas de que afectarán la salud y traerán graves consecuencias para los pacientes. Es frecuente observar que ciertas empresas farmacéuticas contratan a un *speaker* con el propósito de promover un determinado producto o de relanzar algún otro que no ha gozado de la acogida esperada a consecuencia de un marketing defectuoso. Puede haber varios tipos de *speakers*, pero el verdadero e idóneo es aquel que posee una sólida formación académica, presencia y facilidad de palabra. El verdadero *speaker* establecerá sus condiciones y cumplirá su cometido sin ni siquiera aceptar a toda costa el compromiso de prescribir el producto que está promoviendo.

Mediante revistas especializadas, la publicidad de los medicamentos procura hacer llegar información acerca de la bondad y características de los mismos, habida cuenta de que muchas de ellas no sobrevivirían sin el patrocinio de las compañías farmacéuticas. No han faltado empresas que, gozando de una posición ética sólida y de gran credibilidad, inventaron productos sin sustento técnico alguno. Lo que es más grave, rompieron las leyes naturales en beneficio de la promoción de un producto dudoso para utilizarlo como anclaje para la venta futura de productos dietéticos procesados en sus plantas.

A continuación, me referiré a un producto en polvo lanzado al mercado en sobres o *sachets* con el nombre de *Human Milk Fortifier*. El velado propósito de la empresa farmacéutica productora era inducir al uso del biberón llenado con leche humana y fortificada con el *Human Milk Fortifier*. Estos empresarios quisieron aprovechar dos cosas: que la madre que se ordeña va perdiendo capacidad de producción puesto que el mejor estímulo es la succión del lactante. Por otra parte, como el ser humano es “vago”, se orientará rápidamente a tomar la leche en el biberón que requiere de un solo paso en lugar de tomarla directamente del seno en donde está obligado a realizar cinco movimientos para extraerla. Bajo estos razonamientos, me dirigí al Director General de Salud para solicitar la cancelación inmediata del Registro Sanitario de ésta sustancia por considerarla atentatoria para la salud alimentaria de la niñez ecuatoriana.

Finalmente, algo muy grave en nuestro medio es que a vista y paciencia de las autoridades de salud se publicitan una serie de medicamentos que cubren el tratamiento de múltiples enfermedades sin el análisis previo de las gravísimas consecuencias para la salud y la vida. Finalmente, y para lavar su conciencia, los patrocinadores lanzan al final una advertencia leída a toda velocidad y que nadie entiende.

El uso racional de medicamentos no se aplica de manera universal y absoluta. Más bien, solemos observar que se promueve una droga de elevado costo cuyo efecto terapéutico es igual y hasta de menor alcance respecto a otra de la misma composición química y potencia, pero de menor precio.

Los obsequios

No podemos dejar de mencionar que la promoción de los medicamentos por parte de ciertos integrantes de la industria farmacéutica se orienta a mantener una plantilla de visitadoras a médicos no necesariamente bien formada pero muy convincente, dotada de material de información, muestras gratuitas, obsequios, pago de actividades relacionadas con la formación médica, viajes a congresos, reuniones de promoción científica, seminarios, talleres, etc.; prácticas que pueden influir en la mente de un profesional y orientarlo a una prescripción sistemática, a veces innecesaria y ocasionalmente hasta perjudicial. Este fenómeno incrementa desafortunadamente la prescripción irracional de medicamentos y el uso indebido de los mismos sustentados en la ley del “toma y daca”, lo cual es, por supuesto y a todas luces, incompatible con la deontología médica.

Otro tipo de publicidad observado últimamente y para nada ético, consiste en ofrecer obsequios interesantes en favor del médico y su familia mediante la entrega de cupones a ser llenados con el nombre del producto que lidera la promoción. Son parte del quehacer farmacéutico y pueden ser clasificados en tres categorías: la primera corresponde a los artículos promocionales de poco valor (mandiles, toallas, geles de aseo personal, fijadores, bolígrafos, libretas y hasta relojes...). En segundo lugar, constan los de mayor valor, tales como libros, estetoscopios, chaquetas, portaternos, maletines, etc. En tercer lugar, observamos las invitaciones a cocteles, cenas, espectáculos deportivos o culturales y viajes concomitantes con un evento científico mundial o regional o simplemente para tomar parte de cruceros turísticos.

Es necesario afrontar estos regalos con actitudes claras a fin de estandarizar criterios. Por ejemplo, en Estados Unidos están

prohibido los regalos de más de 25 dólares; en Francia y España el límite legal es de 30 euros; y, en Inglaterra, no se permiten regalos de más de 6 libras esterlinas. Estas prácticas, sin duda, interpelan las que se practican en nuestro medio.

Asistencia a congresos y reuniones

Habida cuenta de que los médicos tienen la obligación de estar al día y que la industria farmacéutica patrocina la mayoría de las reuniones de formación continuada, en Estados Unidos las compañías farmacéuticas financian cerca de 300.000 eventos por año. Se ha demostrado que, a pesar de asegurar que no se sentían coaccionados, los médicos que asistieron a una reunión en un complejo turístico aumentaron la prescripción de los medicamentos del patrocinador. En una conferencia sobre alimentación infantil realizada en Machala, al preguntarles a algunos colegas el porqué no prescribían un determinado producto lácteo para niños mayores, me dijeron que no lo hacían porque de hacerlo “los bajaban del avión”. Es decir, si una determinada casa farmacéutica detectaba en las recetas la prescripción de algún producto de la competencia, no le patrocinarían un viaje a un congreso o evento científico internacional. Debe reconocerse, como principio, que el regalo crea un sentimiento de correspondencia en el receptor independiente de su cuantía.

A propósito de lo antes afirmado, recordemos una de las últimas experiencias relacionadas con el uso de los antiinflamatorios inhibidores de la COX-2 y que se beneficiaron de una siembra descomunal mediante información masiva, presentaciones a grupos de médicos, cócteles, obsequios a rabiarse... Ello hizo posible una importantísima difusión seguida de la promoción y comercialización masiva a pesar de que los riesgos del producto

eran conocidos y de que su bondad terapéutica no tenía nada de excepcional.

Resulta importante, ante tales experiencias, la implantación de guías que regulen la relación entre los médicos y las empresas farmacéuticas que incluyan normativas y recomendaciones sobre la manera de enfrentar la excesiva propaganda comercial de los productos farmacéuticos y evitar la corrupción de los profesionales. Tal iniciativa permitirá recuperar la fe de los usuarios y de la sociedad en general en base al restablecimiento de una verdadera independencia y autonomía profesional sin olvidar jamás que el supremo arbitro de la interrelación entre los médicos y la industria farmacéutica debe ser la propia profesión médica.

Los congresos médicos deben ser sometidos a un análisis crítico para diferenciar entre los aportes que buscan aclarar o profundizar un tema eminentemente médico, de aquellos que promueven únicamente el uso de un producto determinado, convirtiendo un acto en apariencia técnico o académico en un evento social meramente comercial y rentable.

Los médicos somos responsables del nivel ético alcanzado a lo largo de nuestra trayectoria profesional. Muchos de nosotros hemos logrado distinguir con claridad la posición del médico al servicio de la salud de sus pacientes de los intereses de la industria farmacéutica, evitando recibir de ella manifestaciones de simpatía o amistad y gozar de una independencia tan importante como necesaria. Debemos recordar que no existen criterios de evaluación o selección que aplicables a los médicos delegados o invitados a eventos científicos, dado que el parámetro de referencia es la intención de atraerlos y crear en ellos sentimientos de afinidad para la prescripción de determinados productos.

Otros son seleccionados por ser los que más prescriben un seleccionado fármaco, ya que no se valora la capacidad de estudio, la formación docente, ni el nivel de investigación del médico.

Las farmacias y la disponibilidad de medicamentos

Las farmacias desempeñan un papel importante en el acto médico ya que son las dispensadoras de las recetas prescritas por el facultativo. Dentro de los principales problemas propios de la relación médico-farmacia, destacamos, a manera de relato, los siguientes:

Al recibir la receta, puede darse el caso de que uno de los medicamentos no se encuentre en las perchas de la misma, ya sea por fallas en el proceso de reposición o despacho. El dependiente reacciona de inmediato diciéndole al paciente que ese producto está agotado o discontinuado, con lo cual deja al facultativo que lo prescribió en un mal predicamento. El paciente, a su vez, se asombra de que su médico le prescriba algo inexistente en el mercado o fuera del arsenal terapéutico corriente.

En ese preciso instante, la ausencia de un químico farmacéutico en casi todas las farmacias, que es un rompimiento a la ley, deja al paciente indefenso en manos de un barchilón empírico que se las agenciará para venderle lo que se le ocurra en sustituto a lo que fue prescripto.

Por otra parte, algunas farmacéuticas realizan un marketing agresivo en las farmacias ofreciendo dinero u obsequio a quienes reúnan un cierto número de envases externos vacíos que son canjeados periódicamente.

Muchas farmacias tienen medicamentos genéricos en existencia, pero únicamente para quedar bien ante las autoridades de

salud que las inspeccionan. En realidad, tratan a toda costa de no venderlos, dado que la utilidad en la venta de un medicamento de marca o patente es ampliamente superior a la de un genérico.

Estas farmacias en actitud reñida con la moral, no pierden absolutamente nada, puesto que 90 días antes de vencer el producto que les fuera entregado pueden canjearlo al mismo laboratorio por otro lote fresco con fecha de expiración muy posterior y el consiguiente daño económico para la empresa proveedora.

Considero que la perversa cláusula de devolución prostituye un procedimiento administrativo que debe ser sano y limpio. Por lo tanto, debe abolírsela ya que un establecimiento sabe lo que necesita y está en condiciones de pedir únicamente lo que requiere para satisfacer esa necesidad.

En el pasado, cuando existía el CEMEIN (Centro Estatal de Medicamentos e Insumos), adscrito al Ministerio de Salud, se dieron casos tales la como la compra de 5 millones de unidades de un antibiótico de las que se consumieron apenas 1'200.000. El CEMEIN devolvió las 3'800.000 unidades que debieron ser repuestas por el vendedor original. Tuve la inmensa satisfacción, cuando fui ministro, de aplicarle el puñal o estoque de descabello al CEMEIN, haciéndolo desaparecer, habida cuenta de tan dudosa actitud.

Pero existe un fenómeno reciente y creciente y es la aparición de cadenas de farmacias con el propósito de ejercer el control monopólico de la venta de medicamentos en el Ecuador. Una de las cadenas consolida su hegemonía en la sierra; la otra, en la costa. Una vez constituido y consolidado este imperio monopólico, no será un laboratorio farmacéutico el que pueda ingresar la última innovación para el tratamiento de la hiperten-

sión arterial, sino que su representante, lejos de promover el producto ante los médicos y sociedades científicas de la especialidad, tendrá que ir donde los gerentes de las cadenas para rogarles la venta de su producto, para lo cual deberán hacer concesiones leoninas tales como crédito de 120 días, 10 % por concepto de distribución, 12% al 15 % por gastos de seguridad para ventas, entregas de docenas de 12 y 14 unidades, obsequios, etc., etc.

El riesgo consiste en que la disponibilidad de medicamentos pronto estará sometida a la aprobación de los gerentes de las cadenas de distribución. Aparecerá, entonces, un nuevo sistema de esclavitud terapéutica a vista y paciencia de un gobierno que se rasga las vestiduras hablando de implantar un control riguroso mediante la promulgación de una ley antimonopolio. El médico, no tendrá que leer libros o artículos científicos, ni consultar guías especializadas. Para prescribir bastará llamar a la farmacia para preguntar qué tienen en existencia para una determinada patología para recién entonces extender la receta al paciente.

Conclusión

Se ha tratado de enfocar la actividad del médico desde el punto de vista bioético, en especial aquellos aspectos tocantes a la relación médico paciente y a la que implica el médico con los laboratorios y farmacias. Algunos de los temas desarrollados poseen un franco enfoque ético, pero solicitan una perspectiva bioética cuando de por medio está el bien y la necesidad de garantizar la vida del paciente.

Los medicamentos, la manera en que se los promociona, produce y distribuye son aspectos con abundantes interrogantes

muchas de cuyas respuestas están todavía pendientes. Se deja en claro que muchos de las violaciones a la ética aquí planteadas se convertirán en agresiones bioéticas cuando quien los comete atenta contra la vida.

Bibliografía

- BLANCO GUEVARA, Pilar
 Ética Médica en relación con la industria farmacéutica. Soc. Venezolana de Urología. S.d.
- BUNGE, Mario
 2009 Los enfermos son pacientes, no clientes. Diario *La Nación*, septiembre.
- Declaración de la Comisión Central de Deontología del C. G. C. M. E. Madrid, 1 de octubre del 2005.
- DE FRANCISCO, A.L.M.
 2004 El médico y la industria farmacéutica. *Nefrología*, Vol. XXIV, 5, s.l.
- GUTIÉRREZ, Ángela María, et al.
 2004 Los médicos y la industria farmacéutica. *Acta de Neurología Colombiana*. Vol. XX, 2, junio.
- MARCHÁN, Elvira; OLEAS, María del Carmen
 1984 Programa Nacional de Medicamentos Básicos (Quito: MSP).
- MONEDERO, P.
 2007 Industria farmacéutica y ética médica. *Revista Española de Anestesia y Reanimación*. 54: 69-72, s.l.
- Organización Mundial de la Salud (OMS)
 1975 28° Asamblea Mundial de la Salud, Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud (OMS)
 1982 35° Asamblea Mundial de la Salud, Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud (OMS)
 1999 52° Asamblea Mundial de la Salud, Ginebra.
- Reunión de Ministros de Salud del Área Andina (REMSAA)
 1975 *Convenio Hipólito Unanue*. Santa Cruz de la Sierra, Bolivia.
- RODRIGUEZ, Eduardo
 1992 *25 Años por la salud del Ecuador*, Quito.

FENOMENOLOGÍA DEL ACTO MÉDICO

ROMO, Hugo

2005 Comunicación personal, julio.

SARRAZIN DÁVILA, Luis

1995 *Programa Nacional de Medicina Genérica*. Quito, MSP.