

Dr. Mauricio Toledo<sup>1</sup>, Dra. María Penengo<sup>1</sup>, Dr. Juan Pablo García<sup>1</sup>, Dr. Ismael Olmos<sup>2</sup>

Fecha de recepción: 4 de noviembre de 2022  
Fecha de aceptación: 12 de diciembre de 2022

1. Profesores asociados. Área de Farmacología. Facultad de Medicina, Universidad CLAEH. Punta del Este, Uruguay.

2. Doctor en Química. Químico farmacéutico. Departamento de Farmacia. Unidad de Farmacología Clínica, Hospital Vilardebó, ASSE.

# La vulnerabilidad del prescriptor

## Resumen

Desde una perspectiva farmacológica, se destacan varios factores que inciden en los hábitos prescriptivos, estos van desde los farmacocinéticos y farmacodinámicos hasta los económicos, sociológicos y subjetivos de los prescriptores. El objetivo del presente artículo es destacar algunos entramados que hacen a los hábitos prescriptivos. Consideramos relevante esta mirada contextualizada en la Ley de Salud Mental 19.529, ya que de alguna manera como prescriptores, somos sujetos vulnerables. Nos preguntamos ¿Seremos capaces de ser menos vulnerables?

## Palabras clave

Psicofarmacología – Hábitos prescriptivos – Uso racional medicamentos.

Toledo M, Penengo M, Olmos I, García JP. "La vulnerabilidad del prescriptor". *Psicofarmacología* 2023;20:4-6.

Puede consultar otros artículos publicados por los autores en la revista *Psicofarmacología* en [sciens.com.ar](http://sciens.com.ar)

La farmacología es una disciplina que se ha desarrollado esencialmente a lo largo del siglo XX y podríamos decir que este desarrollo aún continúa. Algunos hitos de esta disciplina, como, por ejemplo, la teoría receptorial, permitieron conceptualizar la farmacodinamia; a su vez el concepto de farmacocinética ha permitido entender las dinámicas de la absorción, distribución, metabolización y excreción de los fármacos. Sin embargo, la farmacología no es una disciplina que implique solo a la farmacodinamia y la farmacocinética.

Como ya lo consideraban Goodman y Gilman (1) en la década del cuarenta del siglo pasado, la farmacología es una disciplina amplia. Actualmente podemos pensarla como una disciplina híbrida y sistémica. Híbrida en el sentido de que se nutre de muchas otras disciplinas que van desde lo físico, químico y biológico hasta lo epidemiológico y social. Sistémica en el sentido de pertenecer a otros sistemas interdependientes que se relacionan con ella, tal como lo destaca Mario Bunge en su libro "*Filosofía para médicos*" (2), es decir, "*las cosas son sistemas o constituyentes de sistemas, los sistemas se agrupan en niveles de organización y un sistema está ubicado en el nivel inmediatamente superior al que ocupan sus componentes*".

## Un mundo farmacológicamente imperfecto

Etimológicamente, el término fármaco deriva del griego *pharmakon*. El *pharmakon* es tanto remedio como tóxico (3). Desde el origen mismo del término fármaco, éste induce a considerar los antagonismos o clarooscuros que hacen al concepto en sí mismo. A su vez, por más elegantes que sean los modelos explicativos básicos de la farmacocinética y la farmacodinamia, la variabilidad intra e interindividual generan amplios abanicos de heterogeneidad en las respuestas farmacológicas. Los individuos varían en la magnitud de su respuesta a la misma concentración de un mismo fármaco, y una persona determinada no siempre responde de la misma manera. La respuesta al fármaco puede cambiar debido a la enfermedad, la edad o la administración previa de otro fármaco. Los receptores son dinámicos, y sus concentraciones y funciones pueden estar reguladas al alza o a la baja por factores endógenos y exógenos.

Como clínicos debemos poder interpretar la evidencia, para lo cual requerimos evaluar los resultados de los Ensayos Clínicos Controlados (ECC) y pensar cómo transferir esa evidencia

a nuestra población asistencial. Ciertamente esto no es fácil, ya que la génesis de la evidencia tiene sus propios límites. Los ECC no son todos iguales. Esencialmente, destacan 2 grandes tipos: los ensayos explicativos y los pragmáticos. Los primeros son estudios que debido a su diseño tienen como fortaleza una elevada validez interna y son los que habitualmente predominan en la fase III del desarrollo de fármacos. Los estudios pragmáticos son realizados en las condiciones de la práctica clínica diaria. Su fortaleza es, por lo tanto, su validez externa, es decir, que sus datos pueden ser extrapolables a la población de la práctica cotidiana (4).

A su vez, en psicofarmacología, más allá de la mencionada variabilidad intra e interindividual en la respuesta, que impide anticiparla antes de realizar un ensayo terapéutico, existe un hiato epistemológico entre el mecanismo de acción de los psicofármacos y la respuesta clínica valorada en base a escalas clínicas, lo cual confiere aún más complejidad. En función de lo antes expuesto, podríamos afirmar que habitamos un mundo farmacológico que es *farmacológicamente imperfecto*. Diversas variables inciden tanto en el uso como en la respuesta o la accesibilidad a los fármacos o medicamentos. De alguna manera, navegamos entre la impredecibilidad de la respuesta y los claroscuros de la génesis de la evidencia. A lo anterior, también puede sumársele la situación de *vulnerabilidad* en la que se encuentra el médico prescriptor, tal como desarrollaremos más adelante.

Para intentar dar cierto orden a ese mundo farmacológicamente imperfecto, la OMS, en 1985, desarrolló el concepto de Uso Racional de Medicamentos: “Los pacientes reciben la medicación adecuada a sus necesidades clínicas, en las dosis correspondientes a sus requisitos individuales, durante un período de tiempo adecuado y al menor coste posible para ellos y para la comunidad” (5). Atendiendo el devenir farmacológico de las últimas décadas, donde la sobreutilización de medicamentos ha ido incrementándose, nos preguntamos si este concepto no sería *¿el porvenir de una ilusión?* Desde nuestra perspectiva, consideramos que no hay posibilidad de un uso racional de medicamentos, ya que muchas de nuestras decisiones como prescriptores no están ancladas en la *res cogitans*. Esas decisiones devienen de nuestra subjetividad como individuos, en una trama compleja de interrelaciones que implican a la génesis de la evidencia, los intereses comerciales, la estructura de asistencia sanitaria y la demanda de medicamentos por parte de la sociedad, entre otras. Todo ello incide en nuestros hábitos prescriptivos y nos hace vulnerables como prescriptores.

## La vulnerabilidad del prescriptor

Como se mencionó antes, el médico prescriptor está sujeto a tramas que lo afectan en su toma de decisiones. La decisión de prescribir es un proceso complejo que involucra una serie de factores, cuyos determinantes son multifactoriales. Los médicos pueden adoptar varias estrategias al tomar decisiones de prescripción. A pesar de que se han formulado diversas hipótesis acerca de lo que incide en la toma de decisiones de los médicos, ninguna de las teorías puede explicar por sí sola

el comportamiento de prescripción de éstos (6). Entre ellas, algunos autores plantean que ciertos factores emocionales inciden en los hábitos prescriptivos (7, 8, 9) y que nuestras conductas prescriptivas pueden estar sujetas a emociones positivas o negativas, condicionadas o no por campañas de marketing (7) tales como las que pone en juego la industria farmacéutica.

Un trabajo realizado en 2004 por K. Henriksen y E. Holme Hansen (10) destaca cómo diferentes estados anímicos identificados por los propios prescriptores inciden en la conducta prescriptiva. Por ejemplo, en dicho trabajo se postula que el conflicto entre ideales humanos y científicos incide negativamente a nivel emocional, afectando el proceso prescriptivo.

En otro estudio, realizado en 2011 por T. Kushnir y col. (11), se observa el impacto de los estados anímicos en varios comportamientos que se dan en el marco de la relación médico-paciente. De los resultados destaca que el estado de ánimo negativo del médico disminuye el intercambio verbal y aumenta los comportamientos prescriptivos y de derivación a otras especialidades. A su vez, un estado de ánimo positivo incrementa el intercambio y disminuye el comportamiento prescriptivo. El *burnout* intensifica los efectos de los estados de ánimo, principalmente los negativos. Por lo tanto, el comportamiento médico puede verse afectado por estados de ánimo transitorios, así como por factores afectivos más duraderos, intensificados por el burnout y con impacto en la conducta prescriptiva. No debemos olvidar que el acto prescriptivo puede ser considerado como un acto de responsabilidad compartido que se ejerce con el sujeto que consulta y en algún sentido con la sociedad toda. Con el sujeto, por un lado, atendiendo a lo particular y único de sus circunstancias. Con la sociedad, por otro, porque todo acto prescriptivo posee un componente ético y de compromiso social que excede lo personal. Todo aquel que haya prescrito, sabe que este acto no está desprovisto de presiones diversas ni de componentes emocionales, que operan independientemente de que uno los sepa o los ignore.

Las variables que inciden en los hábitos prescriptivos son relevantes, tienen incidencia tanto en la potencial sobreutilización como en la *infrautilización* de medicamentos y evidentemente impactan a nivel sanitario y económico. A nivel sanitario, esto se refleja en el desbalance de la relación beneficio-riesgo, que se torna inadecuada. A nivel económico, el costo innecesario de la sobreutilización como el de la infrautilización se traducen en ineficiencias del sistema.

La influencia de la industria farmacéutica en la prescripción de medicamentos es una variable clave en la toma de decisiones médicas. La literatura científica documenta una relación significativa entre la promoción de medicamentos por parte de dicha industria y las decisiones de prescripción de los médicos, evidenciando cómo la información proporcionada por ésta a menudo resalta los beneficios y minimiza los riesgos de los productos recién lanzados al mercado (12, 13). Esta estrategia de promoción directa a los prescriptores se convierte en la principal (y a menudo única) fuente de información para los médicos, lo que subraya la necesidad de tomar medidas para minimizar su impacto en la toma de decisiones clínicas.

Entendemos que, para encarar un uso racional de los medi-

camentos y en particular de los psicofármacos (si es posible hablar de uso racional) se requiere un abordaje integral y que se comiencen a considerar de algún modo los vectores emocionales que se expresan en el campo antropológico de nuestro trabajo. La evaluación del balance beneficio-riesgo-coste de nuestros hábitos prescriptivos debe hacerse en consonancia con la realidad asistencial. Para ello, deben articularse tres niveles, mutuamente interdependientes: la toma de decisiones de las instituciones, la conducta de los técnicos y las preferencias de los usuarios.

A nivel institucional, implica mantener una política transparente de selección de medicamentos, bajo los criterios de eficacia/efectividad, seguridad, conveniencia y costo, que fortalezca y se articule con la conducta de los técnicos. Parafraseando al farmacólogo catalán J.R. Laporte, “*la selección de medicamentos no es un ejercicio de austeridad, sino de inteligencia clínica*”. La selección de medicamentos debería ser, idealmente, un proceso continuo de carácter multidisciplinario y participativo, a desarrollarse bajo los pilares descritos por el uso racional. Para lograr una selección adecuada de medicamentos, resulta crucial que las instituciones fortalezcan el papel de los Comités de Farmacia y Terapéutica, que, como entidades multidisciplinarias, pueden realizar una evaluación crítica y basada en evidencia de los medicamentos disponibles, así como monitorear su uso y promover una práctica de prescripción más racional y eficiente. Consideramos que esto está en sintonía con los principios rectores de la Ley de Salud Mental 19.529, que en su artículo 3 establece que deben atenderse: *D) La cobertura universal, la accesibilidad y la sustentabilidad de los servicios. E) La equidad, continuidad y oportunidad de las prestaciones* (14).

A nivel técnico, una adecuada selección se puede ver empañada por una posterior prescripción irracional, debido a la injerencia de los múltiples determinantes que condicionan los hábitos prescriptivos. Los hábitos prescriptivos deben ser acordes a guías clínicas y favorecer un adecuado cumplimiento terapéutico, en un contexto de atención clínica que garantice la buena relación médico-paciente. En este sentido creemos que es fundamental iniciar una discusión sobre la necesidad de que todos los prescriptores de las instituciones

declaren de manera explícita sus posibles conflictos de interés, con el fin de promover una práctica médica más transparente y ética. Por otra parte, la formación continua de los médicos prescriptores es crucial para garantizar una práctica clínica actualizada y segura. Por esa razón es necesario fomentar jornadas de formación independientes que promuevan el uso racional de los medicamentos. Consideramos que esto está en sintonía con el artículo 6 de la Ley de Salud Mental 19.529, que en lo referente a los derechos establece: *D) Recibir atención sanitaria y social integral y humanizada, basada en fundamentos científicos ajustados a principios éticos. E) Ser tratada con la alternativa terapéutica indicada para su situación, que menos restrinja sus derechos y libertades, promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria* (14).

La perspectiva de los usuarios del sistema de salud siempre debe ser considerada. Éstos, cada vez más, exigen su legítimo derecho a participar en las decisiones terapéuticas al respecto de su tratamiento farmacológico. Esto, que ha sido conceptualizado como la participación del paciente en la toma de decisiones compartidas, es sumamente relevante tenerlo en cuenta en nuestra práctica clínica. La prescripción debe ser contextualizada bajo la mirada de la toma de decisiones compartidas médico-paciente. Consideramos que esto está en sintonía con los artículos 3 y 6 de la Ley de Salud Mental 19.529, que en lo relativo a los principios generales y derechos establece: *Artículo 3 principios generales: F) La calidad integral del proceso asistencial con enfoque interdisciplinario, que, de acuerdo a normas técnicas y protocolos de atención, respete los principios de la bioética y los derechos humanos de las personas usuarias de los servicios de salud. I) La posibilidad de autodeterminarse y la ausencia de riesgo para la persona y para terceros* (14).

Cómo prescriptores atravesados por una trama compleja que determina nuestros actos, si pretendemos hacer un uso prudente, responsable o en última instancia intentar la racionalidad, consideramos necesario pensar en los aspectos que inciden en nuestra prescripción. ¿Bajo qué paradigma de atención fomentaremos el uso de los medicamentos y los psicofármacos en particular? ¿Seremos capaces de ser menos vulnerables?

## Bibliografía

- 1. Goodman LS & Gilman A. The pharmacological basis of therapeutics. New York [1941] 1383 p.
- 2. Bunge M. Filosofía para médicos. Barcelona: Gedisa; 2012.
- 3. Toledo M, García JP, Penengo M. Farmacovigilancia en tiempos de pandemia. Disponible en: <https://www.humamed.info/cov19-uclaeh>.
- 4. Toledo M, Penengo M, García JP. Psiquiatría y evidencia: lecciones de la pandemia. *Rev Psiquiatr Urug* 2020; 84(2):130-132.
- 5. Uso Racional Medicamento. Organización Mundial de la Salud. OMS [https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1417:2009-uso-racional-medicamentos-otras-tecnologias-salud&Itemid=1180&lang=es#gsc.tab=0](https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=1417:2009-uso-racional-medicamentos-otras-tecnologias-salud&Itemid=1180&lang=es#gsc.tab=0) (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/37403>) (consulta 1/5/23)
- 6. Murshid MA, Mohaidin Z. Models and theories of prescribing decisions: A review and suggested a new model. *Pharm Pract (Granada)*. 2017 Apr-Jun;15(2):990. doi: 10.18549/PharmPract.2017.02.990. Epub 2017 Jun 30. PMID: 28690701; PMCID: PMC5499356.
- 7. Figueras A. The use of drugs is not as rational as we believe... but it can't be! The emotional roots of prescribing. *Eur J Clin Pharmacol*. 2011 May;67(5):433-5. doi: 10.1007/s00228-011-1024-5. Epub 2011 Mar 23. PMID: 21431396.
- 8. Kozlowski D, Hutchinson M, Hurlley J, Rowley J, Sutherland J. The role of emotion in clinical decision making: an integrative literature review. *BMC Med Educ*. 2017 Dec 15;17(1):255. doi: 10.1186/s12909-017-1089-7. PMID: 29246213; PMCID: PMC5732402.
- 9. Gengler A. Emotions and Medical Decision-Making. *Social Psychology Quarterly* 83(6):019027251987693 DOI: 10.1177/0190272519876937.
- 10. Henriksen K, Hansen EH. The threatened self: general practitioners' self-perception in relation to prescribing medicine. *Soc Sci Med*. 2004 Jul;59(1):47-55. doi: 10.1016/j.socsci-med.2003.10.004. PMID: 15087142.
- 11. Kushnir T, Kushnir J, Sarel A, Cohen AH. Exploring physician perceptions of the impact of emotions on behaviour during interactions with patients. *Fam Pract*. 2011 Feb;28(1):75-81. doi: 10.1093/fampra/cmq070. Epub 2010 Sep 10. PMID: 20833703.
- 12. DeJong C, Aguilar T, Tseng C-W, Lin GA, Boscardin WJ, Dudley RA. Pharmaceutical Industry-Sponsored Meals and Physician Prescribing Patterns for Medicare Beneficiaries. *JAMA Intern Med*. 2016;176(8):1114-1122. doi:10.1001/jamainternmed.2016.2765.
- 13. Fickweiler F, Fickweiler W, Urbach E. Interactions between physicians and the pharmaceutical industry generally and sales representatives specifically and their association with physicians' attitudes and prescribing habits: a systematic review. *BMJ Open*. 2017;7(9):e016408. doi:10.1136/bmjopen-2017-016408.
- 14. Ley de Salud Mental N 19529. <https://www.impLeyo.com.uy/bases/leyes/19529-2017> (consulta 1/5/23).