El proceso de prescripción de medicamentos en los médicos de AP

La prescripción de medicamentos es uno de los actos médicos más repetidos y con mayor coste para el sistema nacional de salud. Recae principalmente en los médicos de atención primaria. Aunque está estrechamente ligado con procesos científicos y con la práctica médica, sin embargo, cuando nos acercamos a la dimensión psicosociológica que rodea la emisión de la receta, apreciamos el complejo proceso de carácter psicosocial que acompaña a la prescripción, el cual atraviesa las nociones de salud y enfermedad, el valor atribuido a la tecnología y sus conexiones con el mercado, las influencias de los variados agentes que rodean a la prescripción (pacientes, industria farmacéutica, sistema sanitario, proceso científico, sociedades científicas, prescripción inducida, mercado, medios de comunicación, valores sociales, etc.). El proceso de prescripción de medicamentos que se desgrana en este trabajo, está en el centro de la medicalización de la sociedad y del papel del Estado del bienestar y del mercado. Entre las principales conclusiones, se presenta un modelo psicosocial de los condicionantes de la prescripción y una Teoría sobre el esquema prescriptivo de los médicos de atención primaria.

Fernando de Yzaguirre es Sociólogo UNED. Licenciado Marketing ESIC. Máster Dir. Pública (Ortega y Gasset). Máster Sociología Clínica y Psicosociología (Sorbonne, U. Paris-VII). Dr. Psicología Social UCM. Fue Jefe EE del Teatro Real y Director de Cultura Ayto. Alcobendas. Docente Universitario, investigador y facilitador de personas y organizaciones.

978-3-8484-6741-9

editorial académica española

Proceso de prescripción de medicamentos

Yzaguirre García

editorial académica española

Fernando de Yzaguirre García

El proceso de prescripción de medicamentos en los médicos de AP

Estudio psicosociológico de la prescripción de medicamentos y sus condicionantes psicosociales

Fernando de Yzaguirre García

El proceso de prescripción de medicamentos en los médicos de AP

Fernando de Yzaguirre García

El proceso de prescripción de medicamentos en los médicos de AP

Estudio psicosociológico de la prescripción de medicamentos y sus condicionantes psicosociales

Editorial Académica Española

Impressum / Aviso legal
Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek: Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über http://dnb.d-nb.de abrufbar.
Alle in diesem Buch genannten Marken und Produktnamen unterliegen warenzeichen-, marken- oder patentrechtlichem Schutz bzw. sind Warenzeichen oder eingetragene Warenzeichen der jeweiligen Inhaber. Die Wiedergabe von Marken, Produktnamen, Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen u.s.w. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutzgesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Información bibliográfica de la Deutsche Nationalbibliothek: La Deutsche Nationalbibliothek clasifica esta publicación en la Deutsche Nationalbibliografie; los datos bibliográficos detallados están disponibles en internet en http://dnb.d-nb.de.
Todos los nombres de marcas y nombres de productos mencionados en este libro están sujetos a la protección de marca comercial, marca registrada o patentes y son marcas comerciales o marcas comerciales registradas de sus respectivos propietarios. La reproducción en esta obra de nombres de marcas, nombres de productos, nombres comunes, nombres comerciales, descripciones de productos, etc., incluso sin una indicación particular, de ninguna manera debe interpretarse como que estos nombres pueden ser considerados sin limitaciones en materia de marcas y legislación de protección de marcas y, por lo tanto, ser utilizados por cualquier persona.

Coverbild / Imagen de portada: www.ingimage.com

Verlag / Editorial:
Editorial Académica Española
ist ein Imprint der / es una marca de
OmniScriptum GmbH & Co. KG
Heinrich-Böcking-Str. 6-8, 66121 Saarbrücken, Deutschland / Alemania
Email / Correo Electrónico: info@eae-publishing.com

Herstellung: siehe letzte Seite /
Publicado en: consulte la última página
ISBN: 978-3-8484-6741-9

Zugl. / Aprobado por: Madrid, Departamento de Psicología Social de la Universidad Complutense, Tesis.

Copyright / Propiedad literaria © 2014 OmniScriptum GmbH & Co. KG
Alle Rechte vorbehalten. / Todos los derechos reservados. Saarbrücken 2014

Índice de contenido

AGRADECIMIENTOS....8

PRÓLOGO....11

INTRODUCCIÓN....15

I- SALUD Y SOCIEDAD (capítulos 1 a 7). 17

II- INVESTIGACIÓN EMPÍRICA (capítulo 8)....18

III- CONCLUSIONES (capítulos 9 a 11)....19

I SALUD Y SOCIEDAD # # # # # # # # #. 21

- - - PARTE 1ª: ENFERMEDAD Y BIENESTAR - - -....21

1.- SALUD, ENFERMEDAD Y DOLOR....23

- Introducción: paradigmas biomédico y biopsicosocial....23

1.1.- La salud....24

1.2.- La enfermedad....28

1.3.- La dimensión social de la salud y la enfermedad....32

1.4.- Construcción social de la realidad y construcción social de la enfermedad.. .36

1.5.- El dolor....42

2.- BIENESTAR Y ORGANIZACIÓN SANITARIA....47

2.1.- La salud y el Estado del bienestar....47

2.1.1.- Antecedentes, fundamentos y tipología moderna del Estado del bienestar.….48

2.2.- El Sistema Nacional de Salud....52

2.2.1.- Retos: coste sanitario y sostenibilidad....57

2.3.- La profesión médica....59

2.3.1.-- Valores de los profesionales de la salud.....59

2.3.2.- Profesionalización de la medicina: salud y salvación.....63

2.4.- La Atención Primaria.....70

- - - PARTE 2ª: MEDICAMENTO - - -.....77

3.- MEDICAMENTO, CIENCIA Y MERCADO.....79

- Introducción al medicamento.....79

3.1.- El medicamento como producto de gran consumo.....80

3.2.- La investigación sobre medicamentos: entre la ciencia y el mercado.....86

3.2.1.- Investigación farmacológica y racionalidad científica.....86

3.2.2.- La "innovación tecnológica".....88

3.2.3.- Ciencia con fines meramente comerciales: medicamentos "me-too".....91

3.2.4.- Olvidos sociales de la farmacología.....93

3.2.5.- Otro olvido: las patentes y el tercer mundo. La protección jurídica de la invención.....95

3.3.- La difusión del conocimiento farmacológico: entre la ciencia y el marketing....98

3.3.1.- Revistas científicas.....98

3.3.2.- Medios de comunicación y marketing farmacéutico.....101

3.4.- Críticas a la Industria Farmacéutica: el medicamento como negocio.....105

3.4.1.- Campañas de concienciación o disease awareness.....109

3.4.2.- Orientación de las farmacéuticas hacia el mercado y el beneficio.....111

3.4.3.- Colaboraciones necesarias y otras influencias.....113

3.4.4.- ¿Qué podemos hacer?.....115

4.- MEDICAMENTO Y SOCIEDAD.....117

4.1.- El medicamento como realidad social. 117

4.1.1.- Un ejemplo de percepción del tratamiento de la osteoporosis.....119

4.2.- La regulación jurídica del uso del medicamento en España.....122

4.3.- El gasto farmacéutico público en España.....125

4.4.- Tecnología, riesgo e irracionalidad.....131

5.- LA MEDICALIZACIÓN DE LA SOCIEDAD.....137

5.1.- Los inicios de la medicalización.....137

5.2.- La medicalización en la actualidad.....141

5.2.1.- La medicalización del cuerpo de la mujer. Enfermedades inventadas y medicamentos: “a pill for every ill”.....152

- - - PARTE 3ª: PRESCRIPCIÓN - - -.....163

6.- DE LA BUENA Y DE LA MALA PRESCRIPCIÓN.....165

6.1.- La buena prescripción.....165

6.2.- Rasgos acientíficos de la prescripción.....170

6.2.1.- La prescripción inducida: entre Médicos anda el juego.....173

6.2.2.- Variaciones en la Práctica Médica (VPM).....176

6.2.3.- El conocimiento médico y la toma de decisiones.....179

6.2.4.- La relación médico – paciente.....181

6.2.5.- La receta como cierre de la consulta médica: simbología de la prescripción. 184

6.3.- Condicionantes de la prescripción: demasiados factores en juego.....189

7.- MÁS ALLÁ DE LA PRESCRIPCIÓN.....197

- Introducción.....197

7.1.- El rol de prescriptor de medicamentos.....198

7.1.1.- Medicamentos en vez de hostias: especulaciones sobre la profesión médica y el rol de prescriptor.....201

7.1.2.- Pérdida de sentido y contradicciones en el trabajo de los MAP. Aportaciones desde la Sociología Clínica.....206

7.2.- La industrialización social de la prescripción médica.....209

7.2.1.- La Teoría Crítica y el industrialismo.....216

II INVESTIGACIÓN E M P Í R I C A # # # # # # #.225

8.- EL PROCESO DE PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS EN ATENCIÓN PRIMARIA: APROXIMACIÓN EMPÍRICA.....227

8.1.- Teoría Fundamentada.....227

8.2.- Estudio cualitativo sobre el Proceso de Prescripción de Medicamentos de los Médicos de Atención Primaria.....233

8.2.1.- Objetivos.....233

8.2.2.- Método.....234

- Desarrollo del estudio.....234

- Selección de la muestra.....236

- Perfil de los entrevistados.....239

- Análisis de contenido.....240

8.3.- El discurso de los MAP. Análisis por categorías.....241

8.3.1.- El medicamento: blanco y negro.....242

8.3.2.- Alternativas al medicamento: ¿qué preferimos, peces o aprender a pescar? 251

8.3.3.- Presión a la prescripción.....259

8.3.3.1.- Seducción industrial (los laboratorios farmacéuticos).....261

8.3.3.2.- El controlador (Sistema Nacional de Salud).....272

8.3.3.3.- La Receta como cierre de la consulta.....285

8.3.3.4.- El (im)Paciente.....288

8.3.4.- El rol de prescriptor.....298

8.3.5.- Actualización de conocimientos. Las novedades muy novedosas.....306

8.3.6.- Un Esquema para atender a todos.....317

III CONCLUSIONES # # # # # # # # # 329

9.- MODELO PSICOSOCIAL DE LOS CONDICIONANTES DE LA PRESCRIPCIÓN.....331

10.- NUEVA TEORÍA: EL ESQUEMA PRESCRIPTIVO DE LOS MAP.....339

11.- COROLARIO.....349

- La Prescripción de Medicamentos es un hecho social.....352

- Algunas recomendaciones.....354

ANEXOS.....359

Introducción: dos trabajos.....360

Anexo 1- Encuentro con Alejandro JADAD.....361

Anexo 2- Técnicas académicas de apoyo a la toma de decisiones clínicas y a la mejora de la efectividad en la prescripción: “educational outreach”.....367

1.- Intervenciones de educational outreach visits.....368

2.- Principios de las “outreach visits”.....372

3.- Revisiones de la literatura sobre intervenciones de tipo educativo.....373

4.- El coste de las intervenciones.....377

5.- Motivaciones de la prescripción no científica.....378

- Metodología y Resultados. 379

- Conclusión.....379

- Artículos revisados.....379

Anexo 3- Algunos términos de interés. 381

BIBLIOGRAFÍA.....383

Índice de tablas

Tabla 1: Estado benefactor.....51

Tabla 2: Estado posibilitador.....51

Tabla 3: Estado subsidiario.....52

Tabla 4: Coste sanitario público por persona en la UE, en dólares norteamericanos.....57

Tabla 5: Percepción del calcio en los huesos. Fuente: CIMOP, 2005: 185.....119

Tabla 6: Percepciones de las mujeres en los modos de incorporación del calcio en los huesos y formas de ingesta (CIMOP, 2005: 147).....121

Tabla 7: Gasto farmacéutico por receta médica del SNS referido a población protegida.....127

Tabla 8: Evolución del gasto farmacéutico en España entre 2003 y 2009. 127

Tabla 9: Gasto farmacéutico per cápita en España. Comparativa entre CCAA.....128

Tabla 10: Gasto en farmacia: composición receta/hospital, en España.....128

Tabla 11: Crecimiento interanual del gasto farmacéutico en España a través de receta médica: 1999-2007. 130

Tabla 12: Cuatro cuadros con los principales actores implicados en el proceso de medicalización. 148

Tabla 13: Prescripción inducida en Atención Primaria de la comarca de Bilbao.....174

Tabla 14: Factores determinantes de la prescripción. Fuente: Brea Feijoo, 2008: 6.....193

Tabla 15: Relación entre los agentes que intervienen en el gasto farmacéutico. Fuente: Brea Feijoo, 2008: 6.....193

Tabla 16: Condicionantes uso racional medicamento. Fuente: Brea Feijoo, 2008: 7. (PM: práctica médica; GF: gasto farmacéutico).....194

Tabla 17: Pirámide de distribución total de Médicos en España 2004, por edad y sexo.....238

Tabla 18: Modelo teórico mixto, de dos dimensiones, de los condicionantes de la prescripción de medicamentos.....332

Tabla 19: Modelo Psicosocial de los Condicionantes de la Prescripción. Elaboración propia....338

A la memoria del Dr. Álvaro García Meseguer

A Pilar, Pablo, Guillermo y Álvaro
de Yzaguirre

AGRADECIMIENTOS

Soy consciente de las muchas personas e instituciones que directa o indirectamente me han allanado el trabajo que en última instancia ha permitido que esta monografía vea la luz. De entre todas ellas, quisiera mencionar con especial agradecimiento a quienes creyeron en mí abriéndome las puertas de la Facultad de CCPP y Sociología de la UCM para hacer la tesis doctoral -Universidad donde he realizado la mayor parte de mis estudios de sociología-, mostrándome guía y apoyo constantes, y dándome la flexibilidad adecuada para que el trabajo fuera más motivador: la Dra. Alicia Garrido Luque, imprescindible para que este trabajo terminara bien y fundamental para darle continuidad a mi vocación académica, y al Dr. José Ramón Torregrosa Peris, mente preclara que ha iluminado el camino con aportaciones decisivas para esta monografía y que me orientó acertadamente hacia la sociología clínica. Junto a ellos, quiero agradecer al Departamento de Psicología Social, en la figura de su Directora, Concepción Fernández Villanueva, y a sus miembros, su apoyo en todos estos años, que hoy continua en torno a nuevos proyectos como el de introducción de la sociología clínica en España, en colaboración con el Colegio de Politólogos y Sociólogos y su Director, Lorenzo Navarrete.

Doy las gracias a todos los y las profesionales entrevistadas, que fueron muy generosos prestándome su tiempo y opiniones. En particular, los Médicos y Médicas de Atención Primaria me permitieron conocer de cerca su complejo mundo profesional y me alentaron a que indagara en él.

Si bien este trabajo no ha contado con financiación externa de ningún tipo, y está exento de conflicto de intereses, la Comunidad de Madrid, a través de la Agencia de Investigación Laín Entralgo y de la Dirección General de Farmacia, y su Programa de Investigación, me permitieron participar como becario de investigación remunerado en un trabajo multidisciplinar que es el antecedente de la línea de investigación que decidí abrir para realizar este trabajo. Doy gracias al personal de la Dirección General de Farmacia que me dió su apoyo en esta etapa previa. En particular, vaya mi agradecimiento a la farmacéutica Dra. Mónica Ausejo, que dirigió con dedicación mi trabajo de diseño y preparación de la intervención con *outreach visits* que hicimos en la Dirección General de Farmacia, y creyó en los sociólogos para mejorar la práctica profesional Médica. También quiero subrayar el decidido apoyo de Javier Hernández en aquella labor, y la ayuda inapreciable de la epidemióloga Dra. Karoline Fernández de la Oz. Por su parte, Milagros Ortega y Carmen Ardura me ayudaron con la transcripción de las primeras entrevistas.

Tengo que dar las gracias a la Biblioteca Nacional, cuyas instalaciones, personal y servicios facilitan considerablemente la labor del investigador, tan dura, tan solitaria, salvo por el fugaz pero grato encuentro con otros investigadores asiduos, entre quienes me gustaría mencionar a la filósofa Dra. Delia Manzanero.

Fernando Yubero, del grupo de los *coras*, me hizo la foto de la contraportada. Gracias a la comunidad informática que ha hecho posible la existencia de un programa de tratamiento de textos,

Open Office, gratuito, con el que se tejió este trabajo.

Agradezco la labor de mis profesores de los cursos de doctorado de la UNED: Luis Castro Nogueira, José María Arribas y Javier Izquierdo que, de una u otra manera, agudizaron en mí la mirada sociológica y me motivaron para investigar.

La investigación, más cuando se compatibiliza con la vida familiar y profesional, representa un enorme esfuerzo personal que no es posible sobrellevar sin un apoyo decidido de las personas más próximas y queridas. Es obligado citar a quienes más ayuda y afecto me han otorgado haciendo con ello que no desfalleciera. Mis amigos, en especial Carlos Manterola, Javier Otaola, Itziar Allende y Pamela Sprätz, y otros muchos, entre ellos aquellos con quienes he compartido y comparto vivencias e ideales humanistas. Mis hermanos, hermanas y su entorno (Álvaro hizo una revisión del manuscrito en su primera versión). Mis padres, que me inculcaron él, un profundo amor por el conocimiento y la investigación (*epistemofilia*), y ella, un espíritu de superación incansable y el ejemplo de una vida de trabajo, generosidad y esfuerzo. Todo mi agradecimiento y reconocimiento a María Luisa por su apoyo durante los años que duró la investigación que está detrás de este trabajo, con quien formé la hermosa familia cuyo principal fruto, nuestros hijos Pablo, Guillermo y Álvaro, son fuente permanente de alegría y motivación para andar el camino, a los que hemos tratado de inculcar valores humanistas sólidos y a los que desde aquí exhorto para que nunca dejen de lado la búsqueda del conocimiento teórico y práctico, que les ayudará a ser libres y adueñarse de su destino.

PRÓLOGO

La presente monografía es un análisis psicosociológico de los factores que determinan la prescripción de medicamentos por parte de los médicos de atención primaria, al mismo tiempo que una aportación original a la indagación sociológica en el ámbito de la salud.

El lector que aborde este trabajo, tendrá la rara oportunidad de recorrer, de manera pedagógica y extensa, un campo no exento de complejidad como el de la salud y los medicamentos. Descubrirá algunas conexiones sorprendentes entre la ciencia y el mercado, o entre los deseos de vivir mejor y cómo se traducen en la medicalización de nuestras vidas. Se sorprenderá de los complicados problemas que encuentran los médicos más comprometidos para cuidar bien de sus pacientes, así como para ejercer adecuadamente su profesión. Comprenderá cómo aspectos de la salud que nos parecen muy alejados de nuestra realidad, como la realización de ensayos clínicos, intervienen directamente en nuestra vida cotidiana. Y entenderá mejor la estrecha relación existente entre el ejercicio de la profesión médica y los grandes retos de nuestra sociedad.

Una de las principales aportaciones del libro es la propuesta de una teoría explicativa sobre el Esquema Prescriptivo de los Médicos, así como la elaboración de un Modelo de Condicionantes Psicosociales de la Prescripción. A estas propuestas se llega desde un planteamiento inductivo, inspirado en la *Grounded Theory*, a partir de la conceptualización de las vivencias y las percepciones de los protagonistas (médicos de atención primaria principalmente). En este sentido, el trabajo que presentamos va más allá de un análisis descriptivo de los condicionantes de la prescripción, y se presenta como un singular trabajo de elaboración teórica y conceptual, con vocación explicativa y el valor de recorrer de manera amplia los niveles micro, meso y macro de la temática abordada.

En este libro se presentan los resultados de un estudio empírico, de tipo cualitativo, cuyo objetivo fue analizar la percepción que los médicos tienen del proceso de prescripción de medicamentos e identificar los condicionantes y factores que influyen en la misma. El estudio consistió en la realización de entrevistas en profundidad a médicos de atención primaria de la Comunidad de Madrid. De ellas se ha extraído una gran cantidad de información valiosa sobre diversos aspectos que rodean la prescripción de medicamentos y los factores que la determinan (condiciones de trabajo, demandas y expectativas del paciente, presión de los laboratorios y visitadores, presión del sistema público de salud, prescripción inducida por otros médicos, presión del sistema de mercado, influencias del Estado del bienestar, importancia del sistema de valores de la sociedad, etc).

De especial interés, resulta la riqueza de la información obtenida al analizar las influencias tanto internas como externas que actúan sobre los profesionales de la salud. Dar a conocer la visión que los propios médicos tienen de los medicamentos y de cómo estos son vistos por pacientes, laboratorios y sistema nacional de salud, así como la visión que tienen los facultativos del proceso de prescripción y de los factores que inciden en la misma, y su relación con fenómenos sociales, son algunas de las principales aportaciones de los resultados del estudio.

Otra de sus aportaciones más llamativas es la relevancia social de los resultados obtenidos y la aplicabilidad directa de los mismos para llevar a cabo intervenciones encaminadas a la mejora del sistema de salud y de la calidad asistencial. El conocimiento amplio de los factores que influyen en la prescripción médica, y en especial de aquellos de carácter psicosociológico que rodean a la prescripción inadecuada o a la prescripción innecesaria, tiene una indiscutible relevancia social en un momento en el que se están cuestionando el Estado del bienestar y las políticas sanitarias sociales, en las cuales la prescripción de medicamentos juega un papel central.

Las ricas aportaciones del estudio, pueden ser, entre otras muchas aplicaciones, la base para el diseño y la realización de intervenciones encaminadas a mejorar la calidad asistencial y a reducir el gasto farmacéutico, por ejemplo, introduciendo la dimensión psicosociológica de la salud y el medicamento en los programas de estudios de las Facultades de Medicina y Farmacia y, pensando en los profesionales, mediante la realización de seminarios (grupos de reflexión y mejora) para los médicos y farmacéuticos, economistas y técnicos, con la finalidad de lograr un mejor conocimiento de la dimensión social del medicamento y una prescripción menos condicionada por los numerosos factores que la rodean.

Tanto por la temática que aborda, como por los resultados obtenidos, se trata de un trabajo pionero en España, en donde la Sociología y la Psicología Social de la Salud, apenas han abordado el análisis de la prescripción de medicamentos. En este sentido, el presente estudio destaca por su originalidad y abre una línea de investigación e intervención de indudable interés tanto para las ciencias sociales como para las ciencias de la salud y las instituciones, organizaciones, profesionales, ciudadanos y resto de actores implicados.

Dr. José Ramón Torregrosa Peris
Dra. Alicia Garrido Luque
Universidad Complutense de Madrid
Octubre 2014

INTRODUCCIÓN

Objetivos de la tesis doctoral

La presente monografía es una revisión y adaptación de la tesis doctoral que defendí en la Facultad de Ciencias Políticas y Sociología de la Universidad Complutense, en mayo de 2012.

El objetivo principal, con el que nació la tesis, es analizar el Proceso de Prescripción de Medicamentos que tiene como protagonistas a los Médicos de Atención Primaria (MAP). Según hemos ido avanzando, dicho objetivo se fue decantando en otros más concretos:

- Contextualizar el Proceso de Prescripción de Medicamentos mediante una aproximación a los campos de la salud y los medicamentos.
- Realizar un acercamiento a la prescripción de medicamentos, sus rasgos acientíficos y sus dimensiones sociales.
- Ahondar en el conocimiento del medicamento y sus distintas facetas en los terrenos de la ciencia, el mercado, la gestión del conocimiento y la sociedad.
- Relacionar el medicamento con el proceso de medicalización de la sociedad.
- Analizar los condicionantes psicosociales de la prescripción de medicamentos y proponer un Modelo exploratorio que incluya todos los agentes, y dimensiones, en juego.
- Conocer las percepciones y opiniones de los Médicos de Atención Primaria en torno al Proceso de Prescripción de Medicamentos y, a partir de dicho conocimiento, tratar de conceptualizar su funcionamiento.

El presente trabajo es un estudio exploratorio desde una perspectiva psicosociológica, de un campo poco estudiado con una perspectiva sociológica, que suele abordarse desde la medicina y la economía o, mayormente, la farmacia. A pesar de su vocación exploratoria, el propio desarrollo de la investigación empírica nos llevó a un intento de propuesta de pequeña teoría en torno al tema tratado, que orientamos siguiendo los métodos tradicionales de la investigación cualitativa con especial atención a la Teoría Fundamentada (Glaser y Straus, 1967), que nos orienta como método inductivo para elaborar teoría desde el estudio de los datos.

Hay tres características de la tesis que conviene tener en cuenta. La primera, es que no parte ni de una línea de investigación concreta, ni de una única rama de las ciencias, es decir, que no es hipotético-deductiva. La segunda, es que los capítulos se han ordenado de menor a mayor

grado de concreción, sin que ello se corresponda con el orden seguido en su elaboración. La tercera, es que la amplitud de los temas tratados responde a una lógica de la propia investigación que, según ha ido avanzando, ha requerido un trabajo ahora más concreto y empírico, otras veces más teórico, ahora más especulativo o más abstracto... respondiendo todo ello, como se verá, a un esfuerzo por estudiar en toda su amplitud el proceso de prescripción y por enmarcarlo en el papel que juega en la sociedad y en el moderno Estado de derecho.

En algunos momentos de la lectura de la tesis se puede dar una sensación errática, en parte debido a que la tesis es, sin duda, exploratoria, y no cuenta con antecedentes diáfanos, y además se mete a menudo en territorios interdisciplinares. Relacionado con lo anterior, ha habido un avance natural en la realización de la tesis, que empezó por la parte empírica, y que fue demandando al tesinando la necesidad de abordar una serie de temáticas, referencias, reflexiones y propuestas que fueran suficientes para enmarcar el fenómeno investigado -el proceso de prescripción- y tratar de explicarlo desde una perspectiva psicosociológica.

El origen de la tesis fue una experiencia investigadora vivida por el tesinando en la Agencia para la Formación, Investigación y Estudios Sanitarios de la Comunidad de Madrid *Pedro Laín Entralgo*, con la participación en un proyecto de la Dirección General de Farmacia de la Comunidad de Madrid, que andaba investigando sobre posibles intervenciones en Médicos de Atención Primaria para modificar su prescripción de medicamentos allí donde se consideraba mejorable.

Aquella experiencia, que finalmente se concretó en una intervención con técnicas educativas cara a cara -*educational outreach visit*-, para modificar la prescripción que se estaba haciendo en la Atención Primaria madrileña en el terreno de la “osteoporosis posmenopáusica”, y lograr avances en la racionalización del gasto en los medicamentos que se venían aplicando a esta supuesta enfermedad, abrió al tesinando el camino para conocer de primera mano el ámbito de la salud pública, sus profesionales y, en particular, entrar en contacto con el mundo de la prescripción de medicamentos en el Sistema Público de Salud. Como ejemplo de aquella inmersión se incluye en anexo la narración del encuentro con el experto internacional Alejandro Jadad. Asimismo, el tesinando participó en el diseño, planificación y preparativos de la intervención según una técnica desarrollada por la Harvard Medical School, objeto de una revisión de literatura (Yzaguirre, Ausejo et al, 2004) que dada su pertinencia se incluye como anexo. En paralelo a esta investigación, la Dirección General de Farmacia encargó al tesinando unos cursos para MAP Responsables de Farmacia, que le pusieron en contacto directo con el colectivo. Fue en base a todas estas experiencias que se fraguó el dirigir la mirada hacia el colectivo estudiado y al proceso de prescripción del que son protagonistas.

En el transcurso de aquella primera investigación entendimos hasta qué punto la prescripción de medicamentos era un terreno que conjugaba ciencia y sociedad, salud y mercado, evidencia médica y discurso médico, bienestar y consumo, discurso científico y discurso del bienestar... y atisbamos el interés de indagar en el proceso de prescripción realizando entrevistas individuales a Médicos de Atención Primaria de Madrid.

Una vez decidido el contenido empírico de la investigación, que nace por tanto de un trabajo de campo prospectivo, entendimos que la complejidad del territorio que estábamos explorando dejaría desamparado un enfoque meramente cualitativo, y decidimos que debíamos recorrer, en paralelo al trabajo de campo, las principales dimensiones conceptuales y teóricas del mundo de la salud y el medicamento.

Nuestro trabajo se estructura en tres grandes apartados, uno primero teórico (I), uno empírico (II), para finalizar con un tercero dedicado a las conclusiones (III), que pasamos a presentar brevemente.

I- SALUD Y SOCIEDAD (capítulos 1 a 7).

Este primer apartado está dedicado a los aspectos epistemológicos y conceptuales más importantes de la salud, el medicamento y el Proceso de Prescripción de Medicamentos en estrecha relación con la adquisición, puesta al día y aplicación de conocimientos y discursos.

Se estructura, a su vez, en tres partes. Un estudio en profundidad sobre el Proceso de Prescripción de Medicamentos, centrada en los Médicos de Atención Primaria (MAP) y con una marcada visión sociológica, debe comenzar, en nuestra opinión, por hacer un recorrido por los principales conceptos que rodean a la Salud, al Estado del bienestar, al Sistema Sanitario y al MAP, así que la parte 1ª cubre estas materias y funciona a modo de antesala de lo que se presenta en las dos partes siguientes. El capítulo dedicado al Estado del bienestar es relevante, ya que el Proceso de Prescripción de Medicamentos que analizamos se inscribe en los servicios que presta el Sistema Nacional de Salud a la población, que son un elemento muy característico del Estado del bienestar, de manera que muchas de sus peculiaridades provienen de esta condición.

La parte 2ª se dedica a profundizar en el medicamento y sus principales características a partir de facetas tan complejas como la ciencia, el mercado y la sociedad y su medicalización. Aquí analizaremos cuestiones como la dimensión social del medicamento (bien social, solución y

problema, producto de gran consumo, gasto farmacéutico, medicalización de la sociedad...); la ciencia que estudia el medicamento desde un punto de vista clínico, la farmacología, y algunos de sus elementos como los olvidos sociales; para finalmente abordar las críticas a la Industria Farmacéutica, institución clave para entender el mundo del medicamento.

Estas dos partes, tanto la dedicada a la salud como la del medicamento, actúan como contextualización gradual de la parte 3ª dedicada a la prescripción. En ella nos focalizamos en la prescripción y en su caracterización; en los rasgos acientíficos del proceso de prescripción; en el rol de prescriptor de medicamentos y en recorrer los condicionantes psicosociales de la prescripción.

Con todo lo anterior, esperamos haber hecho un recorrido completo por el vasto universo de la salud, el medicamento y la prescripción, el cual nos introduce al asunto capital de cómo un profesional como el Médico de Atención Primaria, en este contexto, se enfrenta a la tarea de prescribir; cuáles son sus percepciones y opiniones de dicho proceso; cómo es capaz de tomar "decisiones científicas" en torno a la prescripción, cuando existen un buen número de factores que rodean ese proceso que están claramente dificultando o impidiendo su "cientificidad". Aquí, en el estudio exploratorio de esta cuestión, en su caracterización, es donde se complementan el apartado teórico y el empírico, y éste último se vuelve decisivo.

II- INVESTIGACIÓN EMPÍRICA (capítulo 8).

Este segundo apartado es el que aporta el trabajo de campo realizado para conocer de mano de sus actores el proceso de prescripción y los condicionantes que están influyendo en dicho proceso. El estudio cualitativo, basado en entrevistas personales en profundidad, nos permite, de una lado, enriquecer considerablemente el apartado teórico con un análisis en profundidad de las percepciones y opiniones de los profesionales y, de otra, enunciar una característica fundamental -una categoría central en nomenclatura de la Teoría Fundamentada- que hemos descubierto al hablar con los MAP de la prescripción: "un Esquema (de prescripción) para atender a todos", que es la piedra angular cognitiva que sostiene, en nuestra opinión, el proceso de prescripción de los MAP ante los condicionantes psicosociales que rodean a la prescripción. Aquí cobra relevancia nuestra propuesta de una "teoría sustantiva" sobre el proceso de prescripción, que surge al realizar un trabajo de conceptualización mayor sobre la categoría "un Esquema para atender a todos", hasta llegar al concepto de *Esquema Prescriptivo*. Dada su trascendencia, lo abordaremos en el último apartado de Conclusiones.

Realizamos un análisis de contenido de las 13 entrevistas personales en profundidad que realizamos para conocer en palabras de los propios profesionales el Proceso de Prescripción de Medicamentos, entrevistando para ello a diez Médicos de Atención Primaria -hasta que se saturó el discurso- así como a tres profesionales relacionados con el medicamento: un farmacéutico de atención primaria, un visitador médico y una Médica implicada en el proceso de autorización de medicamentos, cuyos testimonios nos permitieron comprender mejor el contexto de trabajo de los MAP.

III- CONCLUSIONES (capítulos 9 a 11).

En el tercero y último apartado de esta monografía abordaremos las principales conclusiones, centradas en la enunciación del Modelo Psicosocial de los Condicionantes de la Prescripción y del *Esquema Prescriptivo*, así como en otras cuestiones de relevancia.

Si hay algo que nos ha inspirado en todo momento, amén de nuestra vocación por la sociología, ha sido nuestra convicción de que este terreno de estudio necesita en España de sociólogos, a menudo ausentes del vasto territorio de la salud, tanto para mejorar la calidad asistencial como para ayudar a encontrar nuevos caminos para la contención del enorme gasto sanitario, ya que, sin lugar a dudas, la salud es un hecho social de primer orden cuya comprensión va mucho más allá de un planteamiento restringido a las ciencias positivas.

Fernando de Yzaguirre
Septiembre 2014

I SALUD Y SOCIEDAD

PARTE 1ª, ENFERMEDAD Y BIENESTAR

1.- SALUD, ENFERMEDAD Y DOLOR

- Introducción: paradigmas biomédico y biopsicosocial

Como introducción a este capítulo, haremos un breve acercamiento a los dos paradigmas que presiden en la actualidad las visiones de la salud y la enfermedad: el biomédico y el psicosocial. A partir de esta mirada al presente, en los dos capítulos siguientes recorreremos de manera cronológica las visiones sobre la salud y la enfermedad. Pensamos que de esta manera avanzamos claves y la lectura resultará más ágil.

En la actualidad, la teoría en salud aceptada como paradigma es la teoría biomédica; ésta nace del paradigma de la ciencia moderna, desde el siglo XVII (institucionalizada por la *Royal Society*, en Inglaterra), que ha mantenido el prototipo de las ciencias físicas asentado en el conocimiento experimental de la naturaleza material. El modelo biomédico es monista y unicausal, y se centra en las disfunciones biológicas (la fisiopatología) que son internas al individuo, asignando a la enfermedad un origen biológico, de manera que se interviene sobre el cuerpo enfermo con tratamientos medicalizados y productos farmacéuticos, sin prestar atención a la situación social o psíquica. Como señalan Roter y Hall (1992), este modelo conduce a una relación de alto control por parte del Médico y bajo control por parte del paciente. Establece la forma más tradicional y común -y para algunos autores como Parsons (1984), la más funcional- de relación entre Médico y paciente. El enfermo, debe procurar recuperar un nivel de salud adecuado para el funcionamiento social, y esto debe pautarse culturalmente mediante la interacción Médico-paciente. Parsons realizó contribuciones fundamentales a la Sociología de la Medicina, muchas aún vigentes, en alguna de las cuales nos apoyaremos más adelante. La crítica al modelo de Parsons más dura la realiza Freidson (1978), quien cuestiona su orientación funcionalista y el hecho de que ignore la existencia del conflicto en las relaciones humanas.

Las hipótesis de la teoría biomédica se pueden esquematizar considerablemente considerando que somos el cuerpo y la suma de sus órganos, y sufrimos la enfermedad según la complexión del cuerpo y la resistencia de sus órganos. El mismo juicio se toma igualmente como un órgano, para dictaminar un diagnóstico definido de la enfermedad y no del sufrimiento para el

paciente. Las enfermedades son producto de un evento físico o consecuencia de un virus o bacteria que entra en el organismo, y la solución frente a ellas es asesorarse por un Médico y, probablemente, tomar un medicamento que estabilice nuestro estado físico. En definitiva, para este modelo estar enfermo es, por tanto, un proceso biomédico que no tiene nada que ver con nuestra vida social.

El enfoque biomédico es criticado, entre otras cuestiones, por dos limitaciones fundamentales, por la especificidad que en lo metodológico le otorga a las ciencias naturales (Sánchez-Bayón, 2010 y 2014), y por la desarticulación del individuo de la totalidad social (Laplacette, 2008: 53).

En el giro de la concepción biomédica a la psicosocial, y la defensa del modelo bio-psico-social, encontramos a autores como Eliot Freidson y su influyente texto “Profession of Medicine”, publicado por primera vez en 1970. Esta concepción de la medicina social contrasta con el modelo biomédico al estudiar la salud y la enfermedad colectivas como expresión de procesos sociales en el contexto del acontecer político, económico e ideológico de la sociedad, y no sólo como fenómenos biológicos (así se entienden los nuevos síndromes y malestares generalizados hoy, Sánchez-Bayón, 2012b y 2013)".

Pero veamos, con más detalle, la evolución de las concepciones de salud y enfermedad que han dado lugar a estos dos paradigmas.

1.1.- La salud.

En el lenguaje coloquial, salud y enfermedad son dos términos contrapuestos cuyo significado no plantea confusión alguna. “Salud” es la ausencia de enfermedad, mientras que la “enfermedad” consiste en la privación de la salud. La dificultad aparece cuando se intenta superar esta noción vulgar, basada en la exclusión mutua, para manejar ambos conceptos con precisión. En 1946, la Organización Mundial de la Salud (OMS) conceptualizó la salud como:

> *un estado de completo bienestar físico, mental y social y no meramente la ausencia de enfermedad o dolencia*

Esta idea de salud, resulta tener un carácter relativo, ya que depende de los valores que cada individuo o grupo social aplique para estimar en qué consiste el bienestar humano. De Miguel (1978: 28) afirma, por su parte, que la definición de “bienestar social completo” es una tarea compleja y depende del contexto cultural del individuo. La salud y la enfermedad, según

este autor, se producen en dos planos temporales diferentes: la salud es un estado general, difuso en el tiempo, mientras que la enfermedad posee una clara concreción temporal.

Estar enfermo requiere un conocimiento o aceptación por parte de la sociedad. En 1956, René Dubos (1901-1982) expresó que la salud significaba un estado físico y mental razonablemente libre de incomodidad y dolor, que permite a la persona en cuestión funcionar efectivamente durante el mayor tiempo posible en el ambiente donde está ubicada. Se emparejaban así dos dimensiones en el concepto de salud: la física y la psicológica. En 1959, Herbert L. Dunn, al introducir lo social, habla ya de tres dimensiones de la salud: Orgánica o Física, Psicológica y Social.

Al reconocimiento de estas tres dimensiones se suma la existencia de cierto consenso sobre que salud y enfermedad no son conceptos fijos, sino que se refieren más bien a un proceso de adaptación biológica y social, bajo circunstancias especiales. En sentido estricto, la enfermedad desde el punto de vista médico es un proceso patológico que exhibe un síndrome clínico más o menos claro, mientras que en sentido lato y desde un punto de vista sociológico, se trata de cualquier tipo de desviación social respecto a una norma establecida que produce un problema individual o social (Sánchez-Bayón, 2012a y 2013); dando origen a tres tipos de problemas: La desviación biológica, no social (un enfermo); la no biológica, social (un delincuente); la biológica y social (un enfermo mental). La no biológica, no social, es la persona normal o "sana".

Durán (1983: 24), reconoce que la frontera entre salud y enfermedad no es lo suficientemente clara. Dentro de la concepción más habitual de salud como "*ausencia de enfermedad*", cuando el propio cuerpo no se hace notar y funciona sin atenciones especiales, decimos que hay salud. Otra interpretación es la de "*salud como reserva*", por la cual se asume que se disfruta de salud y que además existe una reserva innata que permite afrontar pequeños contratiempos sin desgaste. La tercera interpretación es la de "*salud como equilibrio*"; el sujeto se siente bien si consigue un estado armonioso entre sus distintas capacidades: se siente fuerte, capaz de acometer excesos y desórdenes sin acusar problemas. De estos tres conceptos de salud, el primero es una condición en la que se está o se es; el segundo interpreta la salud como una resistencia y el tercero como una capacidad de asimilación del desorden.

Existen otras muchas definiciones de salud. Por ejemplo, en base a su concepción, algunas insisten en el elemento central de *equilibrio:*

> *...la capacidad de que el organismo mantenga un equilibrio apropiado a su edad y a*

> *sus necesidades sociales... y a comportarse de un modo que permita la supervivencia de la especie, así como el acoplamiento entre la especie y el entorno del individuo* (Blum, 1981: 14)

> *Capacidad de normativización vital que permite gozar de su armonía psicofísica en un equilibrio dinámico entre sus circunstancias naturales y sociales* (Rojí Menchaca, 1987)

Otras, se centran en la resistencia, el rendimiento o la capacidad:

> *Capacidad del organismo para resistir, sin reacción morbosa, situaciones vitales intensamente forzadas o fuertemente agresivas... un estado habitual en el que se aúna la normalidad y la posibilidad de rendimiento óptimo"* (Laín Entralgo, 1964)

> *Modus vivendi que permite al hombre imperfecto conseguir una existencia recompensante y no demasiado dolorosa mientras se enfrenta a un mundo imperfecto (Dubos, 1959)*

Parsons, por su parte, plantea una visión centrada en el individuo y sostiene que la salud es:

> *el estado de capacidad óptima de un individuo para la realización efectiva de los papeles para los que ha sido socializado* (Parsons, 1984)

Por otra parte, el epistemólogo francés Georges Canguilhem (2005), entiende la salud como el buen estado de las capacidades de una persona que le permiten cumplir de forma válida los trabajos para los que ha sido requerido. Y define la enfermedad como el estado anormal (patológico) que predispone al organismo a un resultado adverso, dañino y susceptible de ser tratado; "puede existir enfermedad sin enfermo" (p. 63). Considera el vínculo entre personalidad y organismo, por una parte, y el del sistema social y cultural, por otra, aunque los contempla dentro de una singular interacción sistemática. La salud y la enfermedad, además de ser situaciones o estados de las personas, estimados según el organismo y la personalidad, también son situaciones institucionalmente registradas en la cultura y en la organización social. Al observar la enfermedad como un hecho social, este último concepto sugiere el entendimiento de la enfermedad gracias a la teoría funcionalista del movimiento social. Entonces, entiende la enfermedad, además de como un hecho físico, como un elemento dentro del sistema social con un papel en el enfermo concreto; "el punto de vista del enfermo es en el fondo el verdadero" (p. 64). Esto genera el concepto de salud como bienestar social, hoy integrado en la idea general de "calidad de vida". Con Canguilhem, entendemos que la salud implica un poder normativo que instala un determinado orden en el que está contemplado lo patológico, si bien la frontera entre lo normal y lo patológico se desdibuja (Canguilhem, 2005)

Así, el concepto de salud a lo largo de los años ha ido pasando desde una concepción de "*equilibrio"* hacia una de "*bienestar"*, para orientarse en la actualidad hacia la de "capacidad".

En efecto, la definición propuesta por la OMS resulta ambigua para muchos profesionales de la medicina, al referirse al estado de bienestar extendido a las áreas física, mental y social del individuo; si la definición de bienestar físico presenta gran dificultad para su medición, la estimación o cuantificación del bienestar mental y más aún del social, parecen insuperables. Sin embargo, en esta tesis adoptamos, pues resultan más completas y actuales, las concepciones de salud que toman en cuenta al ser humano como sujeto total, de manera integral, en lo que sería una "salud holística". Además, son armónicas con la conceptualización del medicamento y con la progresiva ampliación de su utilización en situaciones que quedan fuera de la estricta enfermedad -como en el caso de procesos naturales como el duelo o el envejecimiento-, así como con el complejo proceso de prescripción, cuestiones que abordaremos más adelante.

En cualquier caso, los conceptos básicos en el lenguaje científico-sanitario y la manera de pensar son de tipo racional, analítico, lineal y reduccionista como corresponde a la tradición positivista, lo que resulta un reto importante para el sociólogo que se adentra en el campo de la medicina. Es difícil hablar del ser humano y de la salud de manera integral, dada la segmentación que ha hecho la ciencia de la vida, incluyendo la humana; cuanto más se profundiza en el objeto de estudio de cada disciplina, resulta una mayor fragmentación de lo humano, un mayor conocimiento de las partes y una menor comprensión sobre el todo. Lograr una mayor comprensión del todo implicado en el proceso de prescripción ha sido, para este tesinando, nuestro mayor reto, que se ha visto plasmado en la propuesta de un Modelo descriptivo de los condicionantes psicosociales de la prescripción, según se verá más adelante.

Para alcanzar una percepción global del hombre (varones y mujeres) y de la salud, así como de los procesos ligados a ella, es preciso adoptar una perspectiva de tipo sistémico:

> *El ser humano es proceso y resultado de las relaciones entre dos sistemas hipercomplejos, cuyo fin es vivir, sobrevivir, acceder a una vida buena. En este contexto, la salud es condición sinequanon de la vida misma*" (Morin, 1980: 482)

En efecto, para entender la salud como requisito inseparable de la vida misma, es necesario, en nuestra opinión, recurrir a los dos sistemas a los que se refiere Edgar Morin. Uno, es el sistema biológico; otro, el sistema cultural. Lo esencial en ambos casos, no es lo estructural funcional, sino la visión global y los procedimientos y vínculos entre procesos, entre los

componentes de cada sistema y entre los propios sistemas. Al sistema biológico de varones y mujeres (hombres), del que se ha ocupado tradicionalmente la medicina, se suma el sistema cultural, del que tradicionalmente se ha ocupado la sociología.

Como hemos visto, hablar de salud obliga a indagar en el concepto “enfermedad”.

1.2.- La enfermedad.

Si la salud y la enfermedad son conceptos sociales, por definición también son históricos. La enfermedad no es una eterna acompañante del ser humano, cambia en su manera de aparecer, en su frecuencia; algunas enfermedades adquieren características de fenómenos de masas, se convierten en azotes de la humanidad para luego desaparecer y ser sustituidas por otras en la actualidad, en que el sida, por poner un ejemplo, es un caso vigente.

Canguilhem señala tres concepciones de la noción de enfermedad (citado por Moreno-Altamirano L, 2007: 64): la ontológica, la dinámica y la social. La primera, la ontológica, considera al enfermo como un hombre al que le ha penetrado o se le ha quitado algo. La enfermedad es entonces una entidad con existencia independiente capaz de provocar un mal. Como parte de esa mirada, la pérdida de la salud se ha atribuido a razones de índole mágica. En el siglo XIX se fundamenta y apuntala el enfoque biologista e individual que aún hoy prima en la medicina occidental (el modelo biomédico). Con el desarrollo de la microbiología se hace más irresistible este modelo unicausal de la enfermedad. Los investigadores se dan a la búsqueda del agente patógeno productor de cada enfermedad y se establece una unidad entre “la causa” y la bacteria, visión que se aproxima también a la interpretación ontológica de la enfermedad.

En cuanto a la segunda concepción, cabe señalar que ya en la Grecia clásica, a diferencia de la interpretación mágica o religiosa, las enseñanzas hipocráticas dieron cabida a otras elucidaciones que implicaban que tanto la salud como la enfermedad estaban regidas por leyes naturales y reflejaban la influencia ejercida por el medio y las condiciones higiénicas; es decir, la concepción de tipo naturista, ya no ontológica sino dinámica de la enfermedad, que contemplaba la salud como el resultado de una relación armoniosa entre el hombre y su ambiente. Hipócrates propuso que la pérdida de la salud se debía a una violación de las leyes naturales, y que el cuerpo enfermo era capaz de poner en juego fuerzas que tendían a restaurar el equilibrio. Durante casi 25 siglos, el pensamiento hipocrático constituyó el paradigma de la medicina del mundo occidental.

Ante la insuficiencia del modelo unicausal para explicar los grandes problemas modernos

de salud (cáncer, diabetes, enfermedades cardiovasculares o mentales, etc.), en los cuales resulta estéril seguir buscando "la causa", aparecían nuevas concepciones que intentaban rescatar todos los factores posibles que intervienen en su presentación. La enfermedad, en esta segunda concepción, se ve como producto de la influencia de las interacciones entre el agente, el hospedero y el ambiente, en un contexto tridimensional que incluye la relación de los factores entre sí, e incorpora el modelo multicausal que busca identificar los factores de riesgo o determinantes de la enfermedad. Ya en la Europa de la modernidad incipiente del siglo XIX, Médicos como Johann Peter Frank y Rudolph Virchow centraron su atención en la situación sociopolítica y en las condiciones de trabajo y de vida como factores etiológicos de la enfermedad. De entre todos los posibles, privilegiaban lo social como el factor más importante, dado que éste explica a su vez la aparición de otros agentes participantes como desnutrición, insalubridad y contaminación, entre otros. Frank sostuvo que el Estado era el responsable de la salud pública, y Virchow señaló que la pobreza era la incubadora de la enfermedad. Se introduce, así, la concepción social de la enfermedad; el modelo biopsicosocial.

En cuanto a esta tercera concepción de enfermedad, pongamos algunos ejemplos históricos de la estrecha relación existente entre enfermedad y sociedad. Según Borasteros (1978:12), la gran peste de Londres de 1664 se desencadenó tras un crecimiento notable de la población, durante el proceso de urbanización que preparaba a la ciudad para ser el escenario de la revolución industrial y del triunfo del capitalismo. Fruto del hacinamiento, poco después Londres fue escenario del gran incendio de 1666, que impulsó la creación de las compañías de seguros contra incendios; las aseguradoras fueron clave del factor de desarrollo del capitalismo al fomentar la concentración de capitales (Yzaguirre, 2002: 281). Pero la intervención pública en las grandes enfermedades no se producirá hasta el desarrollo del Estado del bienestar, uno de cuyos antecedentes fue el seguro obligatorio de enfermedad promulgado en 1883 por Bismarck en Alemania, que se enmarcaba dentro de la necesidad de incrementar el control social y la productividad mediante la cobertura de la fuerza de trabajo asalariada y de su familia; éste será precisamente uno de los papeles del desarrollo de la medicina pública.

Referidas a la sociedad europea occidental, en la distribución histórica de las enfermedades se distinguen tres periodos fundamentales:

> 1) La era de las grandes epidemias, desde los primeros tiempos hasta finales del siglo XIX, que actuaron como catástrofes colectivas. Suele dividirse en dos periodos, dominados por la peste hasta mediados del siglo XVII y por el cólera en el siglo XIX. El control del cólera ha sido posible gracias al progreso de la higiene pública y a la vacuna obtenida por el microbiólogo catalán Jaime Ferrán (1852-

1929).

2) La etapa de las enfermedades sociales infecciosas, caracterizada por cinco tipos: la tuberculosis pulmonar (enfermedad urbana); el paludismo (enfermedad rural); la fiebre tifoidea, en estrecha conexión con el abastecimiento de aguas potables y el alcantarillado; la difteria, que sustituyó a la viruela como responsable de la mortalidad infantil, y la sífilis, que ha sido la enfermedad que más ha preocupado a la sociedad europea desde el Renacimiento.

3) La etapa de las enfermedades sociales crónicas y de los accidentes. Es la que está vigente actualmente en los países desarrollados. Las principales causas de muerte en estos países son las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, lesiones vasculares del sistema nervioso central y los accidentes, en especial los de tráfico. Según el Departamento de Estadística de la Unión Europea (Eurostat)[1], las enfermedades del aparato circulatorio son actualmente la mayor causa aislada de muerte en la UE, representando alrededor del 40 % de las defunciones totales.

Hoy cobran especial relevancia las que se podrían denominar enfermedades de la opulencia. Se designan como Síndrome X o Síndrome Metabólico a todas las enfermedades causadas por la opulencia o nacidas de la civilización, las cuales escasean en los países subdesarrollados.

La obesidad se debe a que los seres humanos de hoy llevamos una vida en completo desacuerdo con nuestro diseño evolutivo; todos los animales tienen que moverse para comer, el ser humano civilizado actual no. Las enfermedades de la opulencia son: diabetes, hipertensión, arteriosclerosis, obesidad, dislipemia (alteraciones de las grasas) y el Síndrome Metabólico. En opinión del profesor Campillo, las enfermedades cardiovasculares y metabólicas son enfermedades de la hiperalimentación, de la falta de comunicación entre las personas, de la soledad, del sedentarismo, del estrés laboral y del aburrimiento, son “enfermedades de la civilización” (Campillo Álvarez, 2007: 11).

El Síndrome Metabólico constituye una de las principales causas de morbimortalidad en la población. Uno de cada 10 trabajadores activos en países desarrollados tiene Síndrome Metabólico, aumentando hasta el 40% en algunos colectivos (Alegría et al, 2005: 797).

[1] http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/eurostat/home/
Informe disponible en http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-NK-06-010/FR/KS-NK-06-010-FR.PDF

En relación con el tema central de esta tesis, es oportuno señalar que tanto el Síndrome Metabólico como la obesidad, son buenos ejemplos de cómo el mismo desarrollo de nuestra civilización produce, a un tiempo, enfermedades y medicamentos para tratarlas.

Sobre el concepto y significado de la enfermedad no existe una definición unánime, dada su característica polisemia y el contexto multidimensional que abarca. Como hemos visto, el devenir histórico siempre ha planteado distintas concepciones sobre el tema haciendo imposible dar una única definición sin caer en parcialidades:

> *La medicina aún no posee un concepto general, claro y adecuado de enfermedad... un concepto que se engarce dentro de una teoría general de salud-enfermedad, que haga uso de condicionantes lógicos y axiomáticos (Peña, 2004).*

La definición típica de enfermedad dentro del modelo biomédico queda bien representada por la recogida en el Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas (Elsevier-Masson, 1992) que dice:

> *Pérdida de salud. Alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, de etiología en general conocida, que se manifiesta por síntomas y signos característicos y cuya evolución es más o menos previsible*

Más allá del modelo biomédico, en la actualidad se entiende por enfermedad un estado en el que el funcionamiento físico, emocional, intelectual, social, de desarrollo o espiritual de un sujeto está disminuido o alterado en comparación con la experiencia previa. De hecho, la OMS hace especial hincapié en los factores emocionales y sociales y así lo hace constar en la CIE-10 (versión 10ª de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y otros Problemas de Salud).

Así llegamos al medicamento como una respuesta científica y también cultural más a la necesidad de eliminar la enfermedad y el dolor. Cuando un paciente tiene síntomas de una enfermedad, responderá de acuerdo al grado de preocupación que esto le genere y a la cultura (ideas, prejuicios, valores, conocimientos…) en la que se encuentra inmerso. Es así que pueden considerarse –a grandes rasgos- tres tipos de respuestas por parte de la persona enferma, siguiendo a un farmacéutico español en su intento de abordar los aspectos sociológicos del medicamento (Velasco Martín, 2000: 27, 28):

1. El paciente no actúa, se inhibe ante su enfermedad, bien por considerarla banal o

indigna de prestarle atención, bien por miedo al daño, errores, etc. de la asistencia médica. Puede ser porque acepta la enfermedad con fatalismo, como un castigo o por prejuicio religioso.

2. Opta por la automedicación. La persona que nota síntomas de una enfermedad puede decidir que su alteración no necesita del Médico, y le basta con el empleo de un determinado medicamento. No supone necesariamente desconfianza hacia el Médico, sino que en ocasiones se debe a no desear que el Médico conozca la enfermedad.

3. Recurre a la asistencia médica asumiendo su rol de enfermo. Esto se traduce primariamente, y de modo esencial, en la relación médico-enfermo, relación psicológica de una enorme importancia en el proceso curativo, pues de ella depende (sobre todo en procesos crónicos) la mejoría o la curación. Gracias a dicha relación, el Médico interpreta correctamente lo que la enfermedad supone para el paciente. Una vez conseguidos estos datos y los de la exploración, el Médico cuenta con los elementos necesarios para luego inferir el diagnóstico y fijar un tratamiento, proceso básico en la ciencia de curar.

Vamos a terminar este subapartado con un apunte de la idea humanista de enfermedad postulada por Laín Entralgo en su *Historia de la medicina* (1978: 627):

> *...además de ser un desorden orgánico, la enfermedad humana será siempre y por esencia un modo de vivir; de vivir, claro está, humanamente*

1.3.- La dimensión social de la salud y la enfermedad.

A diferencia de los animales cuyo cuerpo se acomoda a las leyes de la naturaleza como un sistema exclusivamente físico, el cuerpo humano se configura dentro de una diversidad humano-social donde el funcionamiento de la colectividad, su cultura y la naturaleza, se adueñan de dicho cuerpo humano para convertirse en persona, consciente de una existencia provista de sentido, que se realiza siendo cada uno agente activo de transformación de sí mismo, en colaboración con los demás, en un compromiso colectivo. La vida, en sí misma, es el primer valor humano; existir de la manera más sana posible, haciéndose responsable cada uno de su propia salud, es la primera obligación ética que tiene el hombre, mujer o varón, como requisito imprescindible para conseguir el bienestar y la felicidad.

Es evidente que los síntomas de una enfermedad varían con arreglo al contexto cultural del

paciente; asimismo, cambios bruscos en el entorno natural pueden producir reacciones morbosas. Entre otros factores socioculturales que pueden afectar al desarrollo de un proceso de enfermedad, se encuentran, en opinión de De Miguel (1978: 188), los tipos de personalidad, pautas de higiene, educación sanitaria en la infancia, conducta social, estrés, cambio social, movilidad geográfica, actitudes y valores. Uno de los primeros ejemplos consignados de esta variabilidad de la enfermedad por motivos culturales fue el asilo de incurables de Chicago, que tuvo que ser desmantelado por razones administrativas, por lo que los pacientes fueron realojados en otros asilos de la ciudad, resultando que en los primeros tres meses siguientes la tasa de mortalidad fue cinco veces mayor de la prevista.

En todas las relaciones entre sociedad y sanidad, se pone de manifiesto que la tasa de enfermos está íntimamente relacionada con la de los servicios sanitarios disponibles, incluyendo hospitales y Médicos. Hay que tener en cuenta que las causas que producen el desarrollo de una enfermedad pueden ser diferentes a las causas de la falta de recuperación. También se ha demostrado la relación entre problemas mentales y organización y distribución urbana de las ciudades.

Asimismo, hay factores sociales que desencadenan la aparición de algunas patologías, como la familia, el trabajo, la educación, etc. Es en el ámbito de la familia donde el ser humano consigue los fundamentos con los que conforma su modo de ser, donde se construye su individualidad, y siendo de esta manera se puede entender la enorme influencia que la estructura familiar tiene para la salud. En el terreno laboral, al que el ser humano dedica muchos años de su vida, manteniendo vínculos estrechos con otras personas, las consecuencias pueden interpretarse como situaciones de satisfacción o de desagrado. Con frecuencia, el empleado industrial se resigna a mantener situaciones de estrés constante por la exactitud con que necesariamente debe trabajar, por el intenso ruido, por vapores tóxicos a que se le somete o por las tensas relaciones con compañeros o superiores. La continua impresión que el hombre percibe de ser explotado y la manera de vivirla se convierte a menudo en una percepción de vacío que despoja a la vida de su razón de ser. Este cariz vital de sentirse explotado en su círculo social que se convierte en agobiante es, sin duda, responsable de actos de virulencia externa que el sujeto puede llegar a dirigir hacia sus semejantes y ocasionalmente a sí mismo, una de cuyas manifestaciones extremas puede conducir al suicidio.

Por otra parte, de Miguel (1978: 257) señala que el análisis de toda enfermedad o de la toma de decisiones en el sector sanitario, da paso a un nuevo estudio más complejo: el impacto del cambio social en dicho sector y las implicaciones sociales y políticas de los procesos de reforma sanitaria. La importancia social de la enfermedad se manifiesta con repercusiones de

todo tipo.

Durán (1991: 159), destaca que la enfermedad es un fenómeno social porque cada sociedad genera un tipo específico de enfermedades y un modo de enfrentarse a ellas. En esta tarea, confluyen dos tipos de conocimiento: el conocimiento técnico/médico; y el conocimiento socio/organizativo. Ambos tipos se instituyen mutuamente, como demuestra la historia de la medicina, pero es más evidente la influencia de los valores y distribuciones de poder social, lógicamente, en el segundo tipo de conocimiento que en el primero. Cuando la atención sanitaria se transforma en un fin político preferente y se le dedican grandes cantidades de recursos, se hace necesaria la discusión, políticamente incómoda, sobre las mediaciones ideológicas en la asignación y uso de los recursos colectivos. Más aún en tiempos de restricciones como los marcados por la crisis actual. En línea con esta idea de los años noventa, hoy en día asistimos al desarrollo de una creciente conciencia de que las cuestiones técnico / médicas, por muy expertas que sean, deben dar entrada a la toma de decisiones por la vía político-ciudadana de las grandes cuestiones que conllevan la distribución de recursos y el establecimiento de prioridades. No es sostenible el fuerte crecimiento anual que experimenta el gasto sanitario; en particular, la abultada partida correspondiente a la subvención de medicamentos.

En la práctica médica occidental, como hemos visto, se toman como orientación filosófica los dos paradigmas que predominan en los medios profesionales: el paradigma biológico o biomédico y el paradigma biopsicosocial. Los dos paradigmas caracterizan muy bien las dos grandes tendencias de la práctica médica, incluyendo la prescripción de medicamentos, por lo que más adelante volveremos a ellos. El reconocimiento de que los factores psicológicos y sociales, además de los biológicos, también influyen en la salud y la enfermedad, constituye el principio de la perspectiva biopsicosocial. Se está produciendo una inversión de la causalidad, que antes iba de lo biológico a lo cultural, y ahora cada vez más va de lo cultural a lo biológico.

Junto a la etnología y la antropología, la Historia de la Medicina proporciona otro caudal de elementos comparativos para el estudio de las relaciones entre sociedad y enfermedad. Otro tipo de aportaciones importantes para el estudio de las relaciones entre sociedad e ideas sobre la salud y la enfermedad, son los estudios que dan cuenta de las transformaciones de estas ideas y creencias en sociedades sometidas a ritmos rápidos de cambio social y cambios en las orientaciones políticas dominantes.

Una de las líneas futuras de investigación que se desprenden de nuestro estudio es el análisis de las interrelaciones entre los valores de la sociedad y las ideas y percepciones sobre la salud y la enfermedad, por un lado, y las interacciones entre el mercado y la gestión de los

recursos públicos, en base a la aplicación de aquellos valores.

La manera en que la enfermedad afecta a los grupos humanos, y sus pautas de reacción, hacen replantear los aspectos sociales de la sanidad. Ante esta problemática, Domínguez Alcón (1983: 17) destaca cuatro factores fundamentales:

1) Las enfermedades no se distribuyen ni uniforme ni aleatoriamente, sino más bien se observa que están relacionadas con la estructura social y la cultura.
2) Se considera y se reacciona de manera diferente a la enfermedad según la posición del individuo en la estructura social y según el tipo de cultura de la comunidad.
3) La sociedad institucionaliza la lucha contra la enfermedad a través de organizaciones sociales: la profesión médica, centros hospitalarios, educación sanitaria, etc.
4) La lucha contra la enfermedad implica la participación de muchas más organizaciones sociales que las meramente médicas: educativa, administrativa, religiosa, política, económica.

Este último punto queremos resaltarlo de manera especial dada la influencia que están teniendo, en particular en el terreno del medicamento, los fuertes intereses económicos que moviliza un mercado, público y privado, de unas dimensiones espectaculares como veremos más adelante.

Según Prat (1980: 4), uno de los hallazgos de la Etnomedicina se sustenta en la idea de que cada cultura propicia sus propios deterioros que están vinculados con el entorno familiar, ideológico, económico y social. En la mayoría de los casos, la enfermedad no es más que la manifestación de problemas e incoherencias, incertidumbres y riesgos del entramado social donde se desarrolla la persona.

La preocupación de los aspectos humanos y sociales de la práctica médica, ha hecho que la salud se considere, más que un privilegio, un derecho social básico. Esto último, pensamos, es el motivo por el cual, al abordarse el estudio de la prescripción de medicamentos, que está plenamente ligado a la gestión de los recursos sanitarios, entre los actores habituales tales como el Médico, los laboratorios y los pacientes, emerge con especial relevancia las concepciones del Estado del bienestar, ya que en ellas descansa la legitimación del estado actual de cosas en las sociedades avanzadas. Todo ello ha puesto de manifiesto la importancia del papel de las ciencias sociales, en particular de la sociología, tanto en la organización sanitaria como en su propio objeto: la enfermedad y el enfermo. De hecho, estamos convencidos de que la participación de

los sociólogos en el campo sanitario es una necesidad urgente debido a la aportación clave que pueden hacer en el estudio holístico que la complejidad y extensión del campo de la salud requieren.

Como cierre de este apartado, queremos enfatizar que la dimensión social de esta tesis, que se inició con un acercamiento a los Médicos de Atención Primaria, ha sido el resultado, y no el origen, del camino recorrido, lo que nos ha permitido experimentar que el estudio empírico y la necesidad de profundizar para una mejor comprensión de la realidad, nos lleva al encuentro con lo social. Por eso mismo, a continuación haremos una aproximación a la construcción de la realidad como un producto social.

1.4.- Construcción social de la realidad y construcción social de la enfermedad.

La tesis sobre la que se basa este trabajo, empezó a configurarse a partir del estudio empírico del Proceso de Prescripción de Medicamentos tomando como referencia, como se verá, la Teoría Fundamentada. Desde esta perspectiva, el avance de la investigación va marcando nuevos escenarios según el investigador vaya asumiendo su necesidad, a la luz de lo los datos y conceptos que emergen. Este apartado es fruto de la creciente conciencia que fue tomando el tesinando de la importancia que tiene la manera en que la sociedad confecciona una cierta realidad en torno a problemáticas que le son fundamentales como la salud y la enfermedad. Así, llegamos a encontrarnos con la sociología del conocimiento.

Una de las ideas principales en lo que respecta a la sociología del conocimiento es la concepción de la sociedad como un producto de la actividad humana, en la medida en que ésta se constituye mediante la expresión de los significados de los sujetos que la componen; al mismo tiempo, los hombres se van estableciendo como productos de la sociedad en tanto realidades objetivas. Esta situación plantea una relación dialéctica de construcción de significados en la que sujeto y objeto se corresponden y se intercambian para que el significado pueda realmente existir.

Berger y Luckmann, cuyo influyente libro *La construcción social de la realidad* se publicó por primera vez en 1966, sostienen que "*la realidad es una cualidad propia de los fenómenos que conocemos como independientes de nuestra propia volición*", esto es, nuestra voluntad no interfiere en el proceso de aparición o desaparición de los fenómenos de nuestra realidad. Nuestros autores definen al conocimiento como la certidumbre de que los "*fenómenos son reales y poseen características específicas*" (Berger y Luckmann, 2006: 11).

Nuestra realidad se construye socialmente, y es a la vez objetiva y subjetiva. Objetiva porque es independiente de nosotros y está objetivada en teorizaciones, instituciones y códigos jurídicos y morales. Subjetiva porque para ser realidad tiene que estar arraigada en los sujetos de esa sociedad y en sus maneras de pensar, sentir y actuar. Entre ambas dimensiones objetiva y subjetiva existe una relación dialéctica, entre el dentro y el afuera, continua y simultánea, de manera que cuanto mayor es una, mayor es la otra.

En *La construcción social de la realidad*, se presenta un recorrido posible de la génesis de las instituciones y el rol que cumplen dentro de la sociedad desde el punto de vista de la teoría del conocimiento, para situar el modo en que los seres humanos logran objetivar cierto grado de conocimiento, y de qué manera éste llega a configurar universos simbólicos que operan de forma significativa en lo que puede denominarse "sentido común". En líneas generales, dentro de los esquemas teóricos de las corrientes sociológicas de inspiración fenomenológica, el sentido común ha sido entendido, en oposición al pensamiento teórico, como lo que la gente conoce como realidad en su vida cotidiana (Berger y Luckmann, 2006: 14).

Subyace a esta teoría la idea de que la vida diaria se instituye como una realidad interpretada por los individuos a partir de una existencia coherente de los significados subjetivos que se comparten. La vida cotidiana es un mundo intersubjetivo, que existe con la condición de la posibilidad de la interacción y la comunicación con otros. Razón por la que el conocimiento propio del sentido común, dirán Berger y Luckmann, se presenta como "*aquel que se comparte con otros en las rutinas normales y auto-evidentes de la vida cotidiana*" (Berger y Luckmann, 2006: 39).

El proceso dialéctico de construcción social de la realidad es resumido por Berger y Luckman así: "*La sociedad es un producto humano, una realidad objetiva. El hombre es un producto social*" (Berger y Luckmann, 2006: 165). Los autores señalan una característica inherente al hombre que denominan la "*plasticidad que el ser humano demuestra en su relación ante las fuerzas ambientales que operan sobre él*" (Berger y Luckmann, 2006: 66). Estas fuerzas son, no sólo la influencia biológica-natural del organismo, sino también la influencia social. En este sentido, afirman que:

> *toda actividad está sujeta a la habituación (…) todo acto que se repite con frecuencia, crea una pauta que luego puede reproducirse con economía de esfuerzos y que es aprehendida como pauta por el que la ejecuta* (Berger y Luckmann, 2006: 72).

Esta capacidad de hábito propia del ser humano permite que la institucionalización aparezca cada vez que se da una tipificación recíproca de acciones habitualizadas por tipos de actores (Berger y Luckmann, 2006: 74). De esta manera, el mundo en el que el individuo nace es

"*un mundo institucional*", en el cual:

> *experimenta una realidad objetiva, que tiene una historia que antecede al nacimiento del individuo y no es accesible a su memoria biográfica* (Berger y Luckmann, 2006: 80)

¿Dónde queremos ir a parar?: Al igual que para Berger y Luckmann la manera de aprehender a los otros sujetos y objetos es por medio de esquemas tipificadores, nosotros proponemos que los Médicos de Atención Primaria utilizan, según el resultado de nuestro estudio empírico, un "Esquema" de prescripción para atender a todos (que conceptualizaremos al final del libro, en el apartado de Conclusiones, hasta llegar a enunciar el *Esquema Prescriptivo*) para facilitar su labor habitual de atender pacientes y recetarles centenares de recetas semanales. Es decir, en el Proceso de Prescripción de Medicamentos, el Médico se apoya en la construcción de un cierto Esquema cognitivo en torno a la prescripción y sus condicionantes. Dada nuestra convicción de que dicho Esquema se construye al mismo tiempo que la construcción social de la salud y la enfermedad, la idea de bienestar y de panacea universal, el rol del enfermo, el rol de prescriptor... es por lo que damos tanta importancia a la perspectiva de Berger y Luckmann y a la idea de la construcción social de la realidad y de la enfermedad.

Entrando ya de lleno en la construcción social de la enfermedad, White (2009: 41), pone como ejemplo de construcción de la enfermedad la "drapetomanía", consistente en el hecho de que un esclavo negro abandonara corriendo la plantación de su dueño. La enfermedad debía ser diagnosticada y tratada por un Médico. Desde luego esta enfermedad sólo podía existir en una sociedad donde un grupo humano era dominado por otro, definiendo el grupo dominante cuándo estaban enfermos los esclavos y su tratamiento. Esta enfermedad no hacía sino reflejar la organización social donde se producía.

Es la ciencia médica la que construye la enfermedad, por medio del diagnóstico, como un paradigma que se aparta de las normas que encarnan la salud, es decir, el estado de normalidad. Freidson argumenta que "*la Medicina crea las posibilidades sociales para representar la enfermedad*" (Freidson, 1978: 209) y esto incluye la opción de crear la enfermedad como un fenómeno social oficial.

La enfermedad significa un estado admitido por el mismo enfermo como espectador imparcial, y por el facultativo como científico, y además establece la obligación de encauzar el inmenso conjunto de significados que se difunden entre las personas que se encuentran alrededor del enfermo. La cuestión estriba en descubrir de qué manera se dispone la noción de la desviación en el medio social y qué secuelas tiene. Al observar la enfermedad en un individuo, las demás personas cambian su comportamiento frente a él, transformando de este modo su propia

subjetividad. La enfermedad se transforma con la cultura y con los valores que se le suponen. En esta fase el Médico ha afianzado el patrón del enfermo/desviado al vincular el estado social con el estado biofísico: malestar, morbo.

En una reciente editorial, García Campayo et al (2012: 125) decían al hablar del trastorno por déficit de atención con hiperactividad:

> *Las enfermedades no son entes que aparecen como tales en la naturaleza, sino que son categorías abstractas creadas por la medicina en función de los parámetros de la sociedad en que está inmersa. El diagnóstico de la mayoría de los trastornos psiquiátricos no está apoyado por pruebas biológicas concluyentes, sino que se basa en la sintomatología, por lo que está muy influido por los valores y expectativas de la sociedad en que se generan...*

La ideología de una sociedad que cuida amable y continuamente de usted, culmina en la ideología de una sociedad que atiende a cada uno de sus miembros como a un enfermo virtual, llegándose a creer que el cuerpo social está definitivamente enfermo, que los ciudadanos y consumidores son muy frágiles y están al borde de algo, y así, por todas partes, entre los profesionales, en los medios de comunicación y entre los moralistas que analizan la actualidad, se impone de manera permanente un discurso **terapéutico**. Aquí todo el mundo se considera terapeuta. El publicista da respuesta a la necesidad de éxito y seguridad de la gente; los funcionarios son los curanderos de los males que según ellos afectan a los ciudadanos; el arquitecto y el urbanista son curanderos de la fealdad callejera, van a curar la relación social y el ambiente; los políticos son los salvadores de los males sociales; las farmacéuticas, siguiendo este razonamiento, sólo buscan paliar los problemas de salud de la población. ¡La sociedad está enferma! Es el *leimotiv* de todas las almas caritativas que están en el poder, y que les permite, a un tiempo, emplearse en buscar -y vender- tratamientos adecuados y eludir el análisis de las contradicciones subyacentes. “La gente quiere”, “la gente necesita”, “la gente pide”: Si usted no sabe lo que es ser feliz, nosotros se lo enseñaremos, porque estamos para ayudarle, pero no nos preocuparemos en profundizar en los factores sociales que hay detrás de la infelicidad (Baudrillard, 2009: 210).

Para Rodríguez Marín (2001), la salud y la enfermedad son construcciones sociales, centrándose su enfoque en la importancia que tienen los comportamientos de la población en las causas o etiología de las enfermedades y señalando como papel de la Psicología Social de la Salud el estudio del comportamiento social en el campo de la salud.

De vuelta a Freidson (1978: 211), la enfermedad aparece como un tipo de desviación de una suma de normas que significan salud o normalidad. Lo fundamental de este proceso es la manera en que los sujetos responden a la enfermedad debido a las cualidades simbólicas de la vida social. La evaluación humana, y por tanto la social, de lo que es normal, adecuado o deseable, es tan inherente a la noción de enfermedad como lo es la noción de moralidad.

La suma de cualidades indicadoras de enfermedad que, aunque puedan provocar cambios en la manera de vivir del enfermo, le dejan seguir realizando su relación social habitual, se denomina desviación primaria. Un individuo que padezca gripe tendrá dificultad para ejecutar su labor cotidiana, sin embargo, continúa siendo una persona "normal". La desviación secundaria, por el contrario, acumula peculiaridades que se ordenan en un nuevo rol; por ejemplo, una persona enferma de VIH, aparte de reformar sus hábitos cotidianos por la atención a que debe someterse, los medicamentos que debe ingerir, etc. se encuentra constantemente desubicado en los lugares que frecuenta, recibe miradas prejuiciosas, es privado de acceso a ciertas actividades... el "sidoso" adquiere el rol de marginado, excluido, diferente. Mientras la desviación primaria es meramente sintomática, la secundaria involucra toda una reorganización simbólica en cuanto a las actitudes que despierta y los cambios de roles que implica. Lo relevante de la enfermedad es que puede transformarse en desviación social.

En las enfermedades crónicas, se da por hecho que sanar es imposible y entonces la legitimidad de la enfermedad es "incondicional, absoluta e inamovible". A los enfermos que padecen cáncer, diabetes, etc. se les "perdona". En cambio, en enfermedades como el VIH, la sífilis o la lepra, estigmatizadas socialmente, la amenaza es mucho mayor que en otras enfermedades y la legitimidad no sólo es absolutamente condicional sino que puede llegar a ser negada totalmente. Al sospechar que el enfermo es causante de su estado, se le señala y acusa de deficiente moral. El caso de las enfermedades venéreas es aleccionador: el enfermo se siente "culpable" de su estado, por eso se le sentencia, mostrando de esta manera la acción moralizadora de la medicina y de la sociedad. Algo así está empezando a pasar en la última década con el tabaquismo y sus consecuencias más directas como el cáncer de pulmón; de considerarse una distinción y ser en sí mismo un gran negocio privado e incluso público, lentamente pasa a ser considerada una lacra social y un signo de debilidad y dependencia personal.

La medicina indica, en primer lugar, el diagnóstico y así inicia el proceso de "estigmatización". La medicina es, por tanto, un producto de la cultura y como tal actúa llevando a cabo hábitos fijados desde la misma sociedad; en consecuencia, la calificación de enfermedad se efectúa siempre en total acuerdo con criterios determinados culturalmente.

Boltansky (1975: 11) destaca otro aspecto interesante de este proceso de construcción de la enfermedad; se trata de un planteamiento que gira en torno a las diversas percepciones de la enfermedad y su relación con una utilización particular de los servicios médicos por los propios individuos. La idea principal es la "cultura somática", concepto introducido por Boltansky, y constituye una forma particular que tiene cada persona de conectarse con las propias sensaciones corporales, el modo de escuchar al propio cuerpo. La "cultura somática" sería el sistema de valores y normas, en una sociedad dada, el cual comprende la percepción y la utilización del cuerpo en su totalidad. La manera en que cada individuo entra en diálogo con el mundo de la salud y la enfermedad está condicionada por esa "cultura somática". Tanto el "habitus corporal" de Bourdieu como la "cultura somática" de Boltanski tienen su origen en la clase social, y sirven de base para la conducta y las normas que relacionan al sujeto con su medio. Así, el cuerpo constituye un contenedor de significados y simbolizaciones construidas en correlación con un medio cultural y una estructura económico-social que lo conforma, adquiriendo así una diversidad de formas. Aquí es oportuna esta cita de Freidson (1978: 212):

> *la experiencia del hombre de sí mismo pesa siempre en un balance entre ser y tener un cuerpo, balance que debe ser compensado una y otra vez*

De manera resumida, cabe señalar que la enfermedad no existe en la naturaleza como tal, sino como un fenómeno que sólo puede distinguirse porque rompe cierta secuencia de eventos que son parte de un proceso continuo. Si no está como testigo el ojo del ser humano, ese fenómeno no adquiere sentido. La sociedad es la que otorga el rótulo de enfermedad. Esta idea se ve apoyada por esta otra: la realidad es un plano socialmente construido, simbólico e imaginario, que se presenta como un mundo interpretado, no natural (Berger y Luckman: 1994: 23)

La construcción social de la enfermedad, de una manera más actual, está inevitablemente relacionada con los medicamentos y la Industria Farmacéutica y su ya centenario y eficacísimo marketing, así como con los medios de comunicación. El periodista alemán Jörg Blech (2005), denuncia cómo los intereses de la Industria Farmacéutica pueden degenerar en una nueva definición de paciente cuyas "enfermedades" encuentran rápida respuesta comercial en nuevos medicamentos. Se trata de enfermedades con sintomatologías poco claras que en muchas ocasiones se corresponden con procesos naturales de la vida o con problemas personales y sociales como la vejez, la sexualidad o la infelicidad. Las farmacéuticas se dirigen en muchas ocasiones directamente a los pacientes, creándoles una nueva conciencia sobre su estado de salud, instruyéndoles sobre lo que les puede estar pasando, lo que acabará en una compra en la farmacia o en la consulta del Médico. Blech, incide de esta manera en la redefinición que los fabricantes de fármacos hacen del concepto de salud, utilizando para ello importantes campañas

de marketing que inundan la atmósfera donde se construye la realidad social.

Hoy, se denuncia la venta de enfermedades mediante la ampliación de las fronteras de lo patológico, a fin de abrir mercados para quienes venden medicamentos. En este proceso de medicalización moderna, la gente sana se convierte en enferma y en su sinónimo: consumidores de medicamentos. En torno a esta idea, se viene desarrollando el concepto de *disease mongering*, que sería algo así como inventar o exagerar una enfermedad (Moynihan, 2008). El tema ha saltado a la actualidad de los medios de comunicación, donde se denuncian, entre otras cosas, los elevados costes a los que conduce aplicar tratamientos muy caros, durante años, para obtener muy pobres resultados que, además, no tienen en cuenta los efectos secundarios que se puedan producir: "*expertos… calculan que… prevenir una sola muerte habrá costado entonces ocho millones de euros*" (Diario El País, 9-X-08, Vendo enfermedades a la carta).

Para terminar este apartado, y aunque la comparación es algo forzada, ya que nos encontramos en medio de una crisis profunda es oportuno mencionar hasta qué punto ha cambiado en pocos años el "rol del hipotecado". De ser motor del crecimiento, de representar el ideal del modo de vida español, ahora pasa a ser un engañado, un bobo al que le han vendido su casa por encima de su precio y ahora debe más de lo que vale la vivienda, y encima es el causante de la debilidad financiera del país. *Mutatis mutandis*, otro tanto viene pasando con muchos diagnósticos y tratamientos farmacéuticos. Primero uno está sano, luego cambian los índices diagnósticos y está enfermo; estar enfermo o no, tomar una u otra medicación, o no tomar, acaban siendo decisiones anexas a construcciones sociales sobre qué es la enfermedad; qué es el bienestar y qué caminos existen para alcanzarlo; en qué medida el binomio salud-medicamento responde al avance científico, al negocio farmacéutico, a la demanda de bienestar del paciente, a políticas de las administraciones públicas o a una sociedad que se construye enferma y busca cualquier camino para aliviar su desplome.

Para cerrar la sección dedicada a la salud y la enfermedad, es preciso hablar del dolor, signo principal de la existencia de la enfermedad.

1.5.- El dolor.

El dolor tiene una estrecha relación con la salud y la enfermedad, así como con la utilización de medicamentos. Durante años, se ha fracasado a la hora de englobar en una única definición la gran complejidad y multitud de aspectos y variantes que presenta el dolor. El dolor de cada persona es específico y diferente. La existencia de un gran número de definiciones para el dolor evidencia la enorme dificultad para exponer con claridad y exactitud qué es.

En el diccionario de la Real Academia Española (22ª edición, online), el dolor se define como:

> *sensación molesta y aflictiva de una parte del cuerpo por causa interior o exterior*; *sentimiento de pena y congoja*

Melzack y Casey lo definieron en 1968 como:

> *una experiencia perceptiva tridimensional con una vertiente sensorial (discriminativa), una vertiente afectiva (motivacional) y una vertiente cognitiva (evaluativa) (*citado por Jordá, 2005: 8).

La dimensión sensorial-discriminativa sería la parte más periférica de la percepción dolorosa. La dimensión motivacional-afectiva incluye el procesamiento de la información a un nivel intermedio; implicaría comportamientos de acercamiento o alejamiento a las situaciones relacionadas con el dolor. La dimensión cognitivo-evaluativa hace referencia a la integración superior del dolor a nivel cortical, influenciada por factores atencionales, experiencias previas, tipos de pensamiento y creencias.

Una de las definiciones más aceptadas es la propuesta por la International Association for the Study of Pain[2], la cual lo califica como:

> *Una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con una lesión presente o potencial o descrita en términos de la misma* (citado en Ibarra, 2006: 66)

A su vez, Ibarra (2006: 66) propone perfeccionar la definición anterior elevando a categoría de enfermedad el dolor, con sus pertinentes consecuencias legales, en caso de que persista:

> *Una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con una lesión presente o potencial o descrita en términos de la misma, y si persiste, sin remedio disponible para alterar su causa o manifestaciones, una enfermedad por si misma*

Para Barus-Michel (2004), cuyo enfoque se enmarca dentro de la sociología clínica y la psicosociología clínica, el sufrimiento psíquico y la enfermedad están ligados a la condición humana, y su abordaje debe acometerse desde una aproximación multidisciplinar de las ciencias humanas, que tenga en cuenta la interdependencia, para cualquier sujeto que sufra, de la psique, lo social y lo fisiológico.

El dolor, el malestar, se transforman en las sociedades avanzadas en su creciente

[2] http://www.iasp-pain.org//AM/Template.cfm?Section=Home

demanda de salud y bienestar, que parece imparable. Para Illich, la propia medicina es responsable de este proceso:

> *La civilización médica... tiende a convertir el dolor en un problema técnico y priva así al sufrimiento de su significado personal intrínseco... la civilización médica los transforma* (al dolor y la invalidez) *en demandas hechas por los individuos a la economía y en problemas que pueden eliminarse por medio de la administración o de la producción* (Illich, 1975: 121)

Las consultas médicas más habituales son a causa del dolor. El dolor o “quinto signo vital" (que así se ha nombrado a esta molestia por su relevancia en la medicina), se ha sumado al resto de signos vitales principales que son el pulso, la temperatura del cuerpo, la presión de la sangre y la frecuencia respiratoria. Padecer dolor es un problema de salud pública. Prueba de ello es que en EEUU 300 millones de personas sufren dolor en la actualidad (Bond y Breivik, Pain clinical updates, 2004). En Colombia, alrededor del 47% de la población padece dolor cada mes (según la Asociación Colombiana para Estudio del Dolor, ACED). El dolor genera el 85% de las consultas médicas. Los enfermos de cáncer, SIDA y diabetes, soportan un elevado dolor que a menudo es complicado dominar.

Según la macro encuesta realizada en 2003 “Pain in Europe” (Fricker J, 2003) el dolor tiene una gran incidencia en la población: Un 19 % de los encuestados sufre un dolor crónico; casi la mitad de los pacientes manifiesta padecer un dolor constante, la mayor incidencia de este tipo de dolor se presenta en Holanda (62 %), seguida de España (61 %); 1/3 de los pacientes tiene dolor durante las 24 horas del día, 365 días al año; el tratamiento inadecuado del dolor, arruina la vida de los pacientes, afectando a su trabajo, su vida familiar y frecuentemente conduciendo a la depresión (en España se registra la máxima incidencia de depresión asociada).

Gran parte de lo expuesto, se entiende cuando se analiza la medicación utilizada. Un 63% de los pacientes, solo reciben AINE (analgésicos antiinflamatorios no esteroideos) y/o paracetamol; un 24 % reciben opioides débiles; sólo un 11 % son tratados con opioides potentes; los pacientes tardan en recibir un tratamiento que comience a aliviarles el dolor una media de 2 años. Donde más tiempo se pierde antes de recibir un tratamiento que disminuya su dolor es en España.

De este estudio “Pain in Europe” nos llama poderosamente la atención que una quinta parte de los Médicos no disponga de talonario de receta de estupefacientes en su consulta. La disponibilidad de talonario de estupefacientes también es significativamente menos frecuente en los Médicos más jóvenes. A pesar de la alta prevalencia del dolor no controlado, resultan

sorprendentes los bajos niveles de utilización de los opiáceos mayores. Los resultados de una revisión sistemática sugieren que el tratamiento a largo plazo con opiáceos puede mejorar la capacidad funcional y la calidad de vida en pacientes con dolor crónico no oncológico (Aguilar, Peláez et al, 2009: 4).

El dolor es tan habitual en la vida cotidiana, que para calmarlo se pueden encontrar varios medicamentos como productos básicos del hogar e incluso algunos se pueden adquirir en los supermercados, lo cual conduce a la peligrosa automedicación y a diagnósticos inapropiados. Los daños gástricos, renales, hepáticos y hasta la muerte, pueden ser las consecuencias del mal empleo de analgésicos.

Cuando la muerte se encuentra cerca o la molestia es física pero también moral, es esencial el cuidado paliativo o de alivio. Es un enfoque integral utilizado en el cuidado de pacientes que padecen enfermedades que no responden a tratamientos curativos. Es responsabilidad del Médico aliviar el repertorio de síntomas desagradables, donde el dolor ocupa el primer lugar, seguido de las náuseas, la tos, el estreñimiento, el vómito o los problemas de respiración. El incorrecto manejo del dolor es muy peligroso, y puede llegar a provocar la muerte, o alterar el sistema inmunológico. Los cuadros de *shock* irreversible a causa de fuertes dolores (como fracturas múltiples o quemaduras de casi todo el cuerpo), que se presentan en los servicios de urgencias, son muy frecuentes. El suicidio es una solución habitual en pacientes con dolores crónicos, así como las peticiones de eutanasia en enfermos terminales con fuerte dolor, a quienes se les modifica el panorama cuando se les aplica un cuidado paliativo. Las personas recién operadas que poseen un buen manejo del dolor, permanecen menos tiempo en el hospital reduciendo la tasa de infecciones.

Por otra parte, la persona que sufre dolor y no se ve aliviada se convierte en un problema para la sociedad en el ámbito familiar, social y económico. Ocasiona separaciones de pareja, de familia, despidos del trabajo, pleitos legales e ineficiencia económica.

El tema del dolor, que aquí sólo se ha apuntado, reviste importancia para analizar los usos que se da a los medicamentos; en especial debido al contraste que existe entre el abuso de medicamentos inútiles o innecesarios, frente a la sub-utilización, como hemos visto para el caso de España, de los medicamentos para el tratamiento de fuertes dolores.

El dolor recorre de manera transversal los conceptos de la salud y la enfermedad, llevándolos al primer plano de la realidad, donde se ha institucionalizado la atención sanitaria como veremos en los siguientes capítulos.

2.- BIENESTAR Y ORGANIZACIÓN SANITARIA

2.1.- La salud y el Estado del bienestar.

La incorporación de la medición de la calidad de vida vinculada con la salud es actualmente foco de interés. Así, se pone de manifiesto el carácter multidimensional de la salud, situada tanto en un contexto individual como social. Durante el siglo XX, a nivel mundial, la salud de la población humana se ha incrementado de modo espectacular, en gran medida gracias al desarrollo del Estado del bienestar. Durante este siglo, el aumento de la esperanza de vida ha sido mayor que el experimentado en los dos mil años anteriores. Más que a intervenciones sanitarias, según un consenso existente, son las causas sociales, económicas y políticas las que han originado dicha mejora; por ejemplo, con el desarrollo de infraestructuras y saneamientos para mejorar las condiciones higiénicas de la población al amparo de la creación del llamado "*Estado del bienestar" (*Hidalgo Vega et al., 2005).

En la mayoría de los países, los resultados del Estado del bienestar han sido semejantes: subsidios ante contingencias tales como invalidez o viudedad, asistencia sanitaria pública, protección contra el desempleo, pensiones de jubilación, prohibición del trabajo infantil, etc. No obstante, llegar a un consenso sobre el concepto de Estado del bienestar, así como caracterizar un modelo abstracto del mismo, amoldable a distintos países, con sus diversas realidades históricas y sociales, resulta complicado. Se puede argumentar que el Estado del bienestar moderno es el resultado del modo en que las diferentes propuestas políticas sobre cómo lograr la justicia y la paz social, así como mejorar la calidad de vida de los ciudadanos más desfavorecidos, superaron en distintos países los filtros de posibilidad y de oportunidad políticas, con diferentes coyunturas históricas, ya que, de la misma manera que para alcanzar un sistema de gobierno democrático no ha existido nunca un solo camino, tampoco ha sido similar en las distintas naciones el acceso a lo que se denomina Estado del bienestar.

El Estado del bienestar, en el marco de las democracias capitalistas industrializadas, se caracteriza por tres elementos clave: la intervención estatal en la economía para garantizar un alto nivel de empleo; la provisión pública de una serie de servicios sociales universales para cubrir las

necesidades humanas fundamentales (asistencia sanitaria, educación, pensiones...) y la responsabilidad estatal en el mantenimiento de un nivel mínimo de vida, entendido como un derecho social, es decir, no como caridad pública para una minoría, sino como un problema de responsabilidad colectiva.

Cabe destacar que, cuando se hace referencia al Estado del bienestar, no se puede obviar la naturaleza democrática del mismo. Dicho aspecto hay que distinguirlo de otras modalidades de Estado intervencionista en lo económico, como el Estado socialista planificado o los Estados fascistas de entreguerras.

2.1.1.- Antecedentes, fundamentos y tipología moderna del Estado del bienestar.

En el último tercio del siglo XIX, se inicia un proceso de expansión y evolución económica del capitalismo vinculado a la *primera ruptura industrial*, y otro paralelo de transformación política de los regímenes liberales, que supuso, en algunos Estados, el comienzo de una cierta democratización. El Estado adquirió mayor protagonismo en los aspectos sociales así como en el papel económico debido a dichos procesos. Todo ello, se tradujo en una paulatina prestación por parte del Estado de "bienes públicos preferentes" (educación, vivienda, sanidad, asistencia social...), que se añadían a los clásicos *"*bienes públicos puros*"* (ejército, policía, justicia y obras públicas).

Así, el modelo conocido como Estado benefactor o Estado providencia se fue expandiendo, sobre todo por Europa y América del Norte, hasta la segunda mitad del siglo XX. Tanto en materia económica como social, el creciente papel del Estado respondía a motivos históricos precisos. Los Estados no pudieron permanecer impasibles ante las acuciantes demandas de las clases obreras industriales que reclamaban sumar justicia e igualdad económica a los principios de libertad y de propiedad burguesas. Además, las crisis cíclicas del capitalismo liberal originaban terribles afecciones sociales originando una elevada conflictividad social.

La Primera Guerra Mundial, estableció un pacto social y unos instrumentos económicos y políticos extraordinarios, concordes con la situación de emergencia que el mundo, sobre todo Europa, vivió entre 1914 y 1918. La presencia económica y social de los Estados en las sociedades de capitalismo liberal se reforzó. Además, en 1917, tuvo lugar el triunfo de la Revolución soviética en Rusia. En ella, por vez primera en la historia contemporánea, se ideó un modelo social y económico en el que el Estado remplazaba al libre mercado como elemento central de las relaciones sociales y económicas.

Buena parte de los conflictos y las contradicciones sociales, políticas y económicas, acumuladas durante años anteriores, surgieron con el estallido de la Segunda Guerra Mundial, después de la cual se desarrolló más plenamente el Estado del bienestar con el apoyo de los trabajos de dos economistas: las teorías intervencionistas de J.M. Keynes y los informes sobre el empleo de W. Beveridge, quien presentó en 1942 el informe que sirvió para establecer las bases conceptuales e instrumentales del nuevo modelo socioeconómico que, a partir de la década de los años cuarenta del siglo XX, se iría consolidando en el mundo capitalista más desarrollado. El Reino Unido, por ejemplo, asignó ciertas políticas keynesianas que fortalecían las reformas de protección social y aumentaban la provisión pública de recursos en educación, sanidad, empleo y vivienda. Con motivo de la llegada al poder del Partido Laboralista, en Gran Bretaña desde 1948 se instauró el Servicio Nacional de Salud, de cobertura universal, abarcador de todos los grados de atención en salud y casi gratuito, financiado por impuestos generales. A partir de estos hechos históricos, quedó constatado cómo los movimientos sociales globales tienen la posibilidad de generar un impacto importante en los Sistemas de Salud a nivel global. Todo ello, originó que se denominara al Estado impulsor de dichas políticas sociales como *welfare State* (Estado del bienestar).

En 1942, en España se promulgará la Ley del "*Seguro Obligatorio de Enfermedad*" dependiente del Instituto Nacional de Previsión (INAP), con cobertura restringida a los trabajadores de rentas bajas. En torno al mismo, se creó en los años 50 una Jefatura Nacional que dotó de infraestructuras sanitarias al país, especialmente en los años 60 y 70 (el hospital de La Paz se inauguró en 1964). Con la llegada de la democracia y la Constitución de 1978, la sanidad experimentaría una fuerte reorientación con la desaparición del Instituto Nacional de Previsión y la creación del Instituto Nacional de la Seguridad Social, el INSERSO y el INSALUD, este último dedicado a la gestión de los Servicios Sanitarios.

En 1979 se regula la estructura y competencias del INSALUD, con sujeción a los principios de simplificación, racionalización, economía de costes, eficacia social y descentralización, encomendándole el desarrollo y ejecución de servicios y prestaciones de Medicina Preventiva, Promoción de la Salud, Asistencia Sanitaria y Medicina Comunitaria. En la actualidad, el sistema institucional de asistencia sanitaria más extendido es el de la Seguridad Social, dependiente del Ministerio de Sanidad. En los años ochenta, coincidiendo con la tragedia del síndrome del aceite tóxico, se impulsa la consideración de la salud como un servicio público y como un derecho de todos los ciudadanos, y no como una mera inversión económica. La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, será un hito que marcará las líneas maestras del Sistema Nacional de Salud como un Sistema Sanitario verdaderamente moderno. Le seguirá la ley 16/2003, de 28 de mayo,

de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

Algunos de los fundamentos de la consolidación del Estado del bienestar fueron el extraordinario crecimiento económico de la posguerra mundial, la generalización de las políticas keynesianas, el pleno empleo, un entorno favorable de pacto social, una estructura demográfica favorable y el esfuerzo de las democracias occidentales para diseñar e instaurar un modelo socioeconómico de "capitalismo con rostro humano" que pudiera oponerse al modelo comunista armonizando los principios de libertad, igualdad y justicia. El exitoso proyecto de la Comunidad Europea, gestado en 1957, permitió adoptar como seña de identidad fundamental el modelo del Estado del bienestar, facilitándose su propagación, si bien, a partir de 1973 y del alza de los precios del petróleo, entraron en crisis los parámetros económicos, sociales y políticos sobre los que ese modelo se fundamentaba, provocando una cierta crisis del modelo y el comienzo de un prolongado y agitado debate académico, social y político sobre la conveniencia de su reforma, que hoy está más vigente que nunca ante la profunda crisis económica que estamos atravesando y que parece cuestionar de nuevo la convivencia del modelo capitalista con el modelo social.

Para obtener una rápida idea del Estado del bienestar, hemos escogido la tipología de Salort i Vives (2007) que nos permite identificar tres situaciones en función de su dimensión:

- ***Estado benefactor***: la Suecia previa a la crisis de los 90 podría ser su ilustración paradigmática (modelo maximalista). El Estado benefactor es por definición universalista, es decir, busca cubrir las necesidades de toda la población.
- ***Estado posibilitador*** (modelo intermedio), el cual se puede visualizar realizando una combinación de las características de los otros dos tipos o modelos contrapuestos. España se encontraría dentro de este segundo tipo.
- ***Estado subsidiario***: Estados Unidos podría ser un ejemplo (modelo minimalista). Se trata, empero, de un Estado del bienestar, ya que acepta como tareas propias del Estado no sólo la protección de la libertad ciudadana y el mantenimiento de la seguridad exterior e interior, sino también la responsabilidad, en última instancia, del acceso de todos los ciudadanos a un cierto nivel de consumo de bienes y servicios. Este modelo minimalista implica una baja tributación y una aceptación de la desigualdad relativamente elevada. Recientemente, se ha producido un paso importante hacia la creación de una sanidad pública en Estados Unidos, aunque parcial, a instancias de las reformas emprendidas por el Presidente Obama.

La evidencia muestra que los Estados Unidos de América y Suecia representan, de una amplia gama de los Estados del bienestar, los extremos antagónicos. En los tres siguientes gráficos se compaginan cuatro indicadores para otorgar una imagen de la amplitud de la

intervención estatal y de sus efectos en 1990, año en que culmina el desarrollo del Estado benefactor sueco. Los cuatro indicadores son:

- Ingresos públicos totales (fiscales) como porcentaje del PIB.
- Gasto público social como porcentaje del PIB.
- Participación porcentual del gasto público en el gasto total en salud.
- Un indicador de la distribución de la renta y la igualdad de los ingresos.

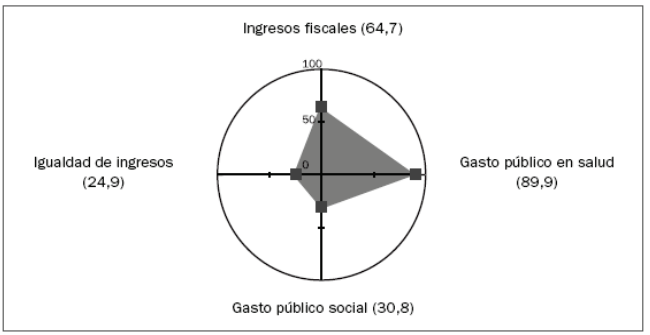


Tabla 1: Estado benefactor.

Estado benefactor: Suecia. Amplitud de la intervención estatal en 1990. Fuente: OCDE.

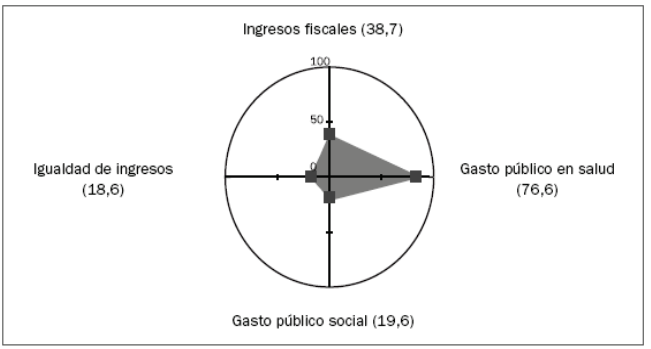


Tabla 2: Estado posibilitador.

Estado posibilitador. España: caso intermedio. Fuente: OCDE.

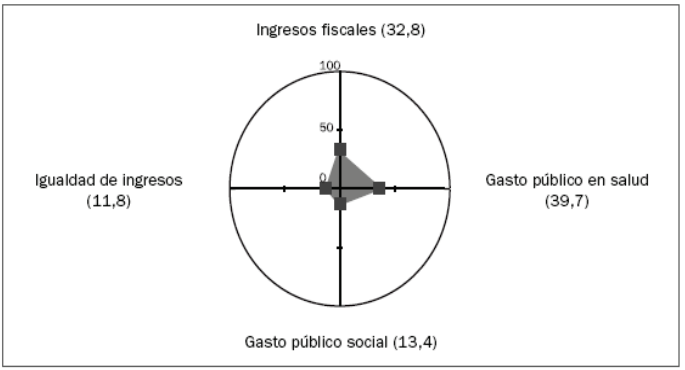


Tabla 3: Estado subsidiario.

Estado subsidiario: EEUU.Fuente: OCDE.

El papel asistencial del Estado se encuentra, cuanto más rica y avanzada sea la sociedad, con una demanda de bienestar y subsidiareidad tanto más imparables. Así, llegamos, en países desarrollados como España, a la asistencia sanitaria gratuita e universal, accesible ante cualquier malestar, dolencia o enfermedad, para las cuales es posible encontrar, gracias a una Industria Farmacéutica muy dinámica, algún fármaco que alivie los síntomas o trate las causas.

Con el Estado del bienestar se ha procurado buscar un modelo que tuviera sensibilidad social. El principio de la igualdad cobró fuerza y vigor, proponiendo que el Estado asumiera la carga de eliminar todos los obstáculos que objetivamente impiden a los ciudadanos menos pudientes gozar de los derechos políticos y sociales formalmente reconocidos, facultando el paso de un capitalismo individualista a uno organizado, uno de cuyos exponentes más representativos es el desarrollo de los Sistemas Nacionales de Salud, para cuya ejemplificación a continuación veremos brevemente el caso de nuestro país.

2.2.- El Sistema Nacional de Salud.

La asistencia sanitaria, o asistencia médica, es la prevención, tratamiento y manejo de la enfermedad y la preservación del bienestar físico y mental mediante los servicios otorgados por los profesionales de medicina, enfermería y afines. Conforme con la OMS, la asistencia sanitaria abarca todos los bienes y servicios diseñados para fomentar la salud, englobando intervenciones

preventivas, curativas y paliativas, ya sean dirigidas a individuos o a poblaciones.

La provisión organizada por parte del Estado de tales servicios constituye un SNS. La asistencia sanitaria es proveída a todos los ciudadanos, sin importar su capacidad para pagar, en la mayor parte de los países desarrollados y en muchos países en vías de desarrollo. El derecho constitucional a la protección de la salud, implica el derecho de todo sujeto a mantener la plena integridad de su propia salud individual y forma parte de sus derechos fundamentales. La atención sanitaria se ha de proveer a quien la preciso para proteger la igualdad de oportunidades, sin obstaculizar a las personas por su etnia, género, religión, edad o estado de incapacidad.

El artículo 43.1 de la CE de 1978 reconoce el derecho a la protección de la salud y el 51.1 dice:

> *Los poderes públicos garantizarán la defensa de los consumidores y usuarios, protegiendo, mediante procedimientos eficaces, la seguridad, la salud y los legítimos intereses económicos de los mismos*

El derecho a la protección de la salud se regula por la Ley 14/1986, General de Sanidad, en la que se encuentran los principios y criterios que facultan el ejercicio de este derecho, concretándose en elementos diversos como la financiación pública; universalidad y gratuidad de los servicios sanitarios; descentralización política de la sanidad en las Comunidades Autónomas; prestación de una atención integral de la salud procurando altos niveles de calidad; o la integración de las diferentes estructuras y servicios públicos al servicio de la salud en el Sistema Nacional de Salud. La Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, fija acciones de coordinación y cooperación de las Administraciones públicas sanitarias como medio para preservar a los ciudadanos el derecho a la protección de la salud, con el objetivo común de garantizar la equidad en todo el territorio, la calidad de la asistencia sanitaria y la participación ciudadana ante sus decisiones individuales y como usuarios.

El Sistema Nacional de Salud es el conjunto coordinado de los Servicios de Salud de la Administración del Estado y los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas, que abarca todas las funciones y prestaciones sanitarias que, conforme con la ley, son responsabilidad de los poderes públicos. Su desarrollo persigue lograr el mayor bienestar y la mejor salud de las personas, para lo cual una de las políticas más habituales ha sido la creación y desarrollo de los Sistemas de Salud.

El sector sanitario es uno de los más interesantes para el análisis sociológico de cualquier país, pues reúne grupos de presión, interés, relaciones individuales, factores ecológicos, organizaciones, tecnología avanzada, problemática psicológica y familiar, etc. De Miguel (1978:

139), parte de la idea de que los Sistemas Sanitarios deben analizarse como procesos de mantenimiento y mejora del nivel sanitario de una población, y los define como:

> *Un sistema sanitario aparece como un modelo abierto de interrelaciones entre diversos factores sociales con un efecto determinante sobre la salud humana"* (De Miguel, 1978: 150)

Por su parte, para Durán (1983: 101) el Sistema Sanitario institucional es una "*unidad segmentable*", con sus propios espacios físicos: hospitales, ambulatorios, consultas, etc.; una simbología; una tecnología e intereses corporativos e institucionales, por lo que resulta fácil de identificar y estudiar.

El coste, la calidad y la accesibilidad son los tres ejes típicos de cualquier Sistema Sanitario. Las listas de espera y el creciente descontento ponen de manifiesto que es en la accesibilidad donde los problemas son más acuciantes, sin olvidar el crecimiento de los costes.

El Sistema Sanitario se ha analizado desde distintos puntos de vista, a menudo al referirse a él se utiliza la expresión "industria sanitaria" como sinónimo, entendiendo toda la producción de bienes y servicios que genera, aunque no sea del todo apropiado; también se le considera como un sistema de poder, un círculo de intereses políticos concretos por parte de ciertos grupos de presión, debido al alcance político de todo lo que afecta a la salud de las personas y a los enormes presupuestos públicos implicados; también se le tiene como un sistema de desarrollo biomédico y también como un conjunto de mecanismos de distribución de recursos escasos, que ha llevado al desarrollo de toda la perspectiva del "uso racional" de los recursos sanitarios; ya desde un punto de vista más sociológico de la salud y la enfermedad, se le considera como un sistema de control social.

El Estado, al controlar la sanidad, controla nuestra salud y con ello, además, lo que H. Arendt llamaba "zóe", vida en sentido biológico, circunscrito al ámbito privado, y M. Foucault denominó "biopoder" para referirse al control del cuerpo como máquina; en contraposición al concepto de "bío" como existencia cualificada o vida en sentido humano que da lugar a una biografía. Foucault fue uno de los teóricos del modelo fordista de la regulación social. Escribió en el cenit del Estado del bienestar keynesiano de la posguerra, enseñándonos a ver la parte oscura de sus mayores logros, desvelando los servicios sociales como aparatos disciplinarios, las reformas humanitarias como regímenes de vigilancia panóptica, las prácticas terapéuticas como vehículos de sometimiento y las medidas de salud pública como espacios para el biopoder (Fraser, 2003: 15).

El interesante trabajo antropológico “Educar y curar. El diálogo cultural en Atención Primaria” de José María Uribe (1996), resulta muy apropiado para acercarnos a los modelos básicos de atención de nuestro Sistema Nacional de Salud:

- El representado por el hospital, como organización que responde a la segmentación del cuerpo humano en patologías, es decir, siguiendo criterios físico-orgánicos, con un contacto con el individuo circunstancial.

- El representado por la medicina primaria, anterior a la creación de los centros de salud: los ambulatorios, con una situación bien distinta a la hospitalaria. Aquí, el Médico no interviene sobre patologías (entidades clínicas morbosas claramente objetivadas y diagnosticadas), sino que tendrá que discriminar, funcionando como filtro del y para el Sistema Sanitario, entre lo que tratará él mismo mediante la receta de fármacos, que se espera mejoren el trastorno o malestar por él sospechados, o lo que debe ser desviado a un especialista. Esta consulta se centra, por oposición a la hospitalaria, no en aspectos técnicos, sino en aspectos relacionales que hacen del Médico el “conseguidor” de pases, de canales de acceso a profesionales técnicamente capaces de solventar las situaciones vividas como de enfermedad por parte de los usuarios.

- El centro de salud, dentro de la medicina primaria y extensión de la anterior, que está caracterizado por el término “consulta”, que se refiere principalmente a la consulta a demanda como un tiempo que se reserva para aquellas preguntas, cuestiones, reseña de particularidades y solicitudes varias, que la gente presenta espontáneamente al Médico. La definición de una situación como susceptible de cuidados médicos la decide, en primer lugar, el usuario, y ya en la dinámica de la consulta el Médico discrimina la pertinencia o no de su llegada así como la conveniencia o no de un diagnóstico o tratamiento.

En el ámbito sanitario, lo que nos encontramos es un vasto y complejo sistema de relaciones profesionales, personales, familiares, comerciales e institucionales en el que cada sujeto forma parte de varios subsistemas institucionales de asistencia con los que le une relaciones de diversos tipos. Esta idea del Sistema Sanitario como un modelo abierto de interrelaciones armoniza con la “ecología” o “topografía de decires y relaciones” en las que se inscribe el trabajo del Médico de Atención Primaria, el desarrollo del acto médico y la toma de decisiones diarias sobre la salud de las personas. Idea que está muy presente en nuestra tesis y su visión del complejo e interconectado mundo del medicamento y su prescripción.

Nuestro Sistema Sanitario padece particulares problemas, tales como el insuficiente desarrollo de la prevención, asignatura pendiente; o la descoordinación entre las administraciones públicas competentes en la materia; una estructura hospitalaria tan confusa como vasta*; unos costes* desiguales; escasa planificación; diferencias territoriales; grandes estructuras en algunos sectores y pequeñas en otros; etc (Domínguez Alcón, 1983: 144).

El Sistema Sanitario español se enfrenta, además, a unos desafíos comunes como los que ya se están planteando en otros países desarrollados. Por ejemplo, la continua aparición de avances tecnológicos, no únicamente desde el enfoque puramente económico o financiero, sino también por la dificultad que entraña el aplicar criterios de eficiencia y eficacia a las resoluciones de incorporación de esos avances a la práctica médica. El Sistema, en ausencia de estos criterios, tenderá a entrar en una espiral de la tecnología por la tecnología, llegando a un paroxismo que luego no es de extrañar que rodee al medicamento en forma de "panacea universal", que a la vez que fomentará la extensión de la medicalización de la vida, hará insostenible su financiación.

Además, se ha de sumar a los mencionados elementos, la propia sofisticación de la demanda de servicios sanitarios, fomentada por una sociedad más exigente en servicios de salud cuanto más se desarrolla, y por una mejora generalizada de las fuentes de información a que tienen acceso los pacientes.

Los efectos de todo ello, junto con las consecuencias de tener una población crecientemente envejecida, origina muchos escollos para un Sistema Sanitario que no podrá, en su configuración actual, seguir siendo sostenible. De lo que aquí se trata no es tanto de empeñarse en reducir el coste total de la sanidad, lo que iría en detrimento del bienestar de la población como de que su crecimiento sea sostenible manteniendo una calidad adecuada. Ante estos retos, se vienen desarrollando distintas Políticas para su abordaje.

Cuando hablamos de bienestar y de calidad de vida, o de los modelos organizativos para proveerlos en términos de servicios sanitarios, nos topamos de manera irremediable con la realidad de los enormes recursos requeridos para su consecución y, a partir de ahí, es como llegamos al análisis de su volumen, su prioridad, su eficiencia, la racionalidad del gasto, las estrategias para contenerlo, las alternativas... Es por ello pertinente que echemos un vistazo, aunque sea rápido, a la cuestión de los costes.

2.2.1.- Retos: coste sanitario y sostenibilidad.

El promedio de coste sanitario público por persona en la UE muestra un incremento constante, tal y como podemos ver en el gráfico siguiente:

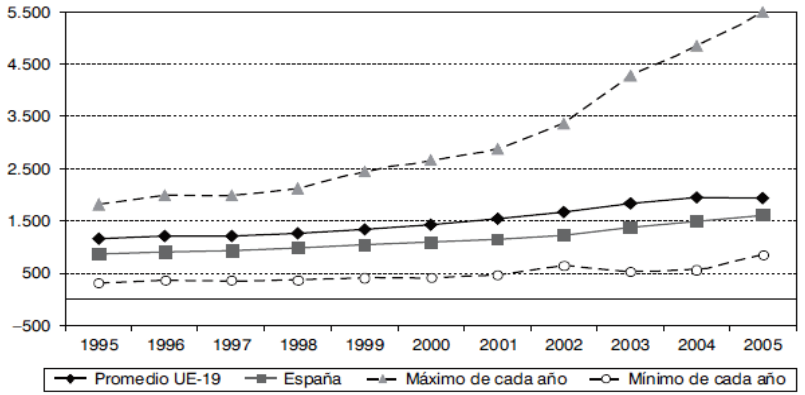


Tabla 4: Coste sanitario público por persona en la UE, en dólares norteamericanos.

Fuente: Eco Salud 2007.

Se observa un sostenido incremento que se verá impulsado en el futuro por el rápido proceso de envejecimiento de la población, así como por la creciente demanda de las prestaciones de salud, de manera que el gasto público en sanidad, y el apartado correspondiente a la receta farmacéutica que representa un porcentaje importante del mismo, no dejará de crecer a un ritmo que algunos años ha superado al PIB, lo que pone en riesgo la financiación del Estado del bienestar. Por todo ello, una de las prioridades de la organización sanitaria es la de optimizar sus recursos.

Un dato muy llamativo, y que nos permite entender mejor las limitaciones de las millonarias inversiones en salud, es que la cuarta parte del total de gastos dedicados a nuestra salud, realizados tanto en EEUU como en la mayoría de los países de nuestro entorno, se concentran en un periodo de tiempo muy corto: los seis meses últimos de vida de los pacientes. Otro dato muy llamativo y paradógico es que un cambio radical en los hábitos alimentarios no modifica los índices de mortalidad debidos a enfermedades cardiovasculares, de manera que no está tan claro

que el progreso de la salud dependa de la prevención (Pignarre, 2005: 42).

En este punto, y como ejemplo del compromiso del Estado con la salud de la población, nos parece oportuno citar el caso del Síndrome del Aceite Tóxico acaecido en 1981 en nuestro país. Esta tragedia humana constituyó un gran reto sanitario que, en última instancia, ayudó a la emancipación del Sistema Sanitario que con la democracia estrenaba su dimensión de servicio público. En cuanto a la indemnización económica para los afectados de lo que fue una acción empresarial fraudulenta, finalmente se produjo y fue asumida por el Estado muchos años después gracias a un complicado caso jurídico que terminó haciendo responsable subsidiario al Estado, a través de su gestión aduanera, por ser responsable de "los riesgos" de la importación de mercancías (el aceite de colza se importaba de Francia), aunque fuera en España donde el aceite supuestamente se convirtió en tóxico al ser tratado para su comercialización. Todo ello, gracias al singular principio jurídico del "deber de cuidado", por el cual el Estado debe prever riesgos incluso desconocidos (Yzaguirre, 2003a: 207).

Para Cabasés (1998), la presión incesante al alza del gasto sanitario público se ha convertido en una amenaza para el objetivo del control del déficit público. El Sistema Sanitario español es accesible para todos, sin existir responsabilidad financiera de sus agentes consumidores y proveedores, y sin que estén claramente delimitadas sus prestaciones ni los derechos ciudadanos respecto de las mismas. El gasto sanitario público ha ido creciendo más deprisa que el PIB en las últimas décadas, llegando a representar en España en torno al 6% del PIB en 1997 y en torno al 5,5% en los últimos años.

Para hacer frente a esta realidad apremiante, existen cinco posibles estrategias según Cabasés (1998): aumentar los recursos asignados a la sanidad; controlar los costes; mejorar la eficiencia en la utilización de los recursos; introducir reformas mayores abriendo espacios a la competencia y establecer prioridades entre servicios y grupos de pacientes. La estrategia que ha sido más utilizada hasta el momento es la del aumento de los recursos para la sanidad, en particular en España, donde se ha admitido que el presupuesto sanitario creciera por encima de la media del gasto público, pero se viene asumiendo que estas políticas están tocando techo. Hay que incidir por tanto en el resto de estrategias.

Como se ha señalado, el origen de esta monografía es una investigación desde el sector público inscrita dentro de la tercera estrategia, en un intento de incrementar la eficiencia de la utilización de los recursos mediante el cambio de los patrones de prescripción de los Médicos. La investigación, sobre la que volveremos más adelante, fue llevada a cabo por la Dirección General de Farmacia de la Comunidad de Madrid. En ella, se estudiaban estrategias para fomentar entre

los Médicos de Atención Primaria la prescripción racional, para mejorar la calidad asistencia y reducir costes. En particular, acabó centrándose en el estudio de una técnica educativa -*educational outreach visit*-, desarrollada por la Harvard Medical School, fruto de lo cual se presentó la Comunicación que se incluye en el Anexo 2 de esta tesis doctoral. Posteriormente, se realizó una intervención de este tipo en Médicos de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid.

En el plano de las metas, la economía debe colocarse al servicio de un bienestar razonable para todos los individuos. Han de primar los valores humanistas y que los derechos humanos y sociales, como los derechos de la ciudadanía, se garanticen. La globalización económica, que ha demostrado sus peligros, ha de complementarse con una globalización social. Al mismo tiempo, se ha de apostar por una economía saneada, que acoja a personas responsables y trabajadoras, que premie al empresario emprendedor y al inversor, pero se controle con rigor la especulación y el abuso, y se garantice la transparencia del mercado. En una sociedad que se apoya en las leyes del mercado, el buen funcionamiento de la economía y de los sectores público y privado, se hace imprescindible para mantener una red apropiada de atención a las necesidades sociosanitarias de la población. Y en el centro de esa red sanitaria, encontramos a los profesionales de la salud, a quienes dedicaremos el siguiente apartado.

2.3.- La profesión médica.

Caracterizar la profesión médica y destacar algunos de sus elementos, nos parece una tarea necesaria y conveniente en un estudio sobre el Proceso de Prescripción de Medicamentos, en el cual el Médico es el protagonista principal, aunque no único. Cuestiones como los valores y principios que regulan los comportamientos de los profesionales a cargo del cuidado de la salud, su formación y su rol como profesional, resultan pertinentes para acercarnos al perfil del profesional que estudiamos.

2.3.1.-- Valores de los profesionales de la salud.

De manera breve, abordaremos algunos principios del campo de la ética para observar la evolución en el tiempo de los valores relacionados con la profesión médica y la atención sanitaria.

Una referencia inmediata a los valores en la profesión médica es el juramento hipocrático el cual, atribuido tradicionalmente al Médico griego Hipócrates (s. V a.d.C.), fue actualizado en

septiembre de 1948 por la "Declaración de Ginebra", a propuesta de la Asamblea General de la Asociación Médica Mundial, y ha sido revisado posteriormente en varias ocasiones, diciendo en la actualidad así[3]:

> *EN EL MOMENTO DE SER ADMITIDO COMO MIEMBRO DE LA PROFESION MEDICA:*
> *PROMETO SOLEMNEMENTE consagrar mi vida al servicio de la humanidad;*
> *OTORGAR a mis maestros el respeto y la gratitud que merecen;*
> *EJERCER mi profesión a conciencia y dignamente;*
> *VELAR ante todo por la salud de mi paciente;*
> *GUARDAR Y RESPETAR los secretos confiados a mí, incluso después del fallecimiento del paciente;*
> *MANTENER, por todos los medios a mi alcance, el honor y las nobles tradiciones de la profesión médica;*
> *CONSIDERAR como hermanos y hermanas a mis colegas;*
> *NO PERMITIRE que consideraciones de edad, enfermedad o incapacidad, credo, origen étnico, sexo, nacionalidad, afiliación política, raza, orientación sexual, clase social o cualquier otro factor se interpongan entre mis deberes y mi paciente;*
> *VELAR con el máximo respeto por la vida humana;*
> *NO EMPLEAR mis conocimientos médicos para violar los derechos humanos y las libertades ciudadanas, incluso bajo amenaza;*
> *HAGO ESTAS PROMESAS solemne y libremente, bajo mi palabra de honor.*

Ya el juramento hipocrático original suponía una expresa afirmación de ciertos valores y la negación u omisión de otros, con la aceptación de la posibilidad de conflicto entre distintos órdenes de valores y la existencia de presiones sociales para someter al Médico a unos u otros. Actualmente, los conflictos de valores más intensos en relación a la salud, la enfermedad o la medicina se plantean en torno a: la eutanasia activa y pasiva, el aborto, el suicidio, la autopsia, la ingeniería genética, el final de la vida y el mantenimiento mecánico de la vida, el tratamiento de las enfermedades mentales, la inmunidad de los Médicos, el derecho del paciente a la información y la existencia de fuertes intereses económicos en torno a los productos sanitarios (en particular los medicamentos y los medios diagnósticos). A todo esto, hay que añadir la experimentación con seres humanos y animales, los trasplantes, el tratamiento a las adicciones, las mutilaciones, el control médico de la tortura, las armas bacteriológicas, las patentes de medicamentos esenciales, los derechos y deberes en torno al enfermo y la justicia en la asistencia sanitaria.

El Médico ejerce un poder sobre la población, que socialmente está permitido sólo a

[3] Asociación Médica Mundial, recurso electrónico recuperado en octubre 2010 en: http://www.wma.net/es/30publications/10policies/g1/index.html

instituciones concretas, por ejemplo al tomar decisiones vitales para el paciente y al tener acceso a información de la vida íntima de sus pacientes. A cambio, la sociedad exige al Médico realizar su profesión con altruismo y discreción absoluta sobre la información que maneja, partiendo de los códigos éticos de la medicina clásica, y pide una utilización de la información de manera rigurosa en interés de sus pacientes y de la ciencia:

> *Aunque intimidad y confidencialidad son dos conceptos muy próximos y relacionados, son diferentes (...) La confidencialidad aparece estrechamente relacionada con el concepto más amplio de intimidad y con el concepto más estricto de la comunicación privilegiada* (Sánchez Caro, 2005: 69-70)

Como destaca Laín Entralgo (1983: 95) la relación entre Médico y enfermo es fundamentalmente ética, su modo de ser cambia con las creencias religiosas y morales imperantes en la sociedad donde se produce. A pesar de que es posible elaborar una "*ética médica natural*" conveniente para cualquier etapa histórica, y aunque la grandeza de esa firme relación moral del facultativo con el paciente llegue a elevarse dotándola de un valor sobrenatural basado normalmente en el cristianismo, hay algo en la orientación ética de la relación médico-enfermo que ha ido cambiando a lo largo de la historia.

La ética de los Médicos hipocráticos fue explícitamente religiosa. Los autores del "*Corpus Hippocraticum*" construyen su medicina sobre ese fundamento filosófico-religioso. La religión impulsa a cristianos y musulmanes a reemplazar la filantropía griega por caridad. Esto supone un cambio en la noción de la atención al enfermo creando obligaciones religiosas en el Médico, lo que significó un gran desarrollo de la ética médica en detrimento de la ciencia, sobre todo en la cultura cristiana.

Coincidiendo con el pensamiento aristotélico, la tradición ética occidental considera que la enfermedad tiene, además, efectos secundarios en el enfermo, convirtiéndole en un sujeto incapaz de sensatez, perturbándole el juicio moral. Como consecuencia de este planteamiento, la relación paternalista ha sido considerada la idónea en el ejercicio de la profesión médica desde el punto de vista ético.

Este modelo se ha conservado inalterable hasta el siglo XX por motivos culturales, sociales y económicos, evolucionando de manera democrática. El pensamiento liberal, desde finales del siglo XVIII, ha ido guiando al enfermo hacia su condición de ser adulto, autónomo y capaz de decidir sobre su propia vida, aunque sin acabar del todo con el monopolio de los profesionales sanitarios. Gafo (1986: 18) observa cómo desde 1914 hasta 1972 el sistema judicial impulsa, por

medio de diversas sentencias, la autonomía de los pacientes. Aparecen Códigos de los Derechos de los Pacientes en torno al principio del consentimiento informado y al principio de autonomía.

Si los códigos médicos existentes enfocaban la relación, principalmente desde la perspectiva ética del facultativo, hay una "*democratización*" de la ética médica convirtiendo al enfermo en centro de atención en la nueva situación. La regulación de las Cartas de los Derechos de los Pacientes, supone la superación de actitudes paternalistas y su evolución hacia la afirmación de la dignidad y libertad de la persona enferma. Hoy está admitido que los derechos del paciente en una sociedad justa son, de manera resumida, el derecho a una asistencia de calidad científica y humana; el derecho a recibir una información adecuada, comprensible y veraz; el derecho a la autodeterminación y por lo tanto a aceptar o rechazar tratamientos; el derecho a la confidencialidad de sus datos y al respeto a su intimidad; el derecho a que se les respete su dignidad y se evite el sufrimiento; el derecho a que se le respeten sus convicciones culturales y morales.

Señala Cortina (1986: 94) que existe la creencia errónea de que no se puede argumentar racionalmente la ética porque se trata de algo subjetivo y privado. Pero cuando se afecta la confidencialidad del paciente, o se interviene sobre el estilo de vida, o se actúa en crisis vitales, o se concede una incapacidad laboral, todas ellas actividades cotidianas para un Médico de Familia, parece necesario desarrollar un soporte ético-filosófico sobre fines y valores que los profesionales, pacientes, administradores y la propia sociedad puedan asumir.

Sánchez Caro (2005: 95) destaca que la Ética siempre adopta un punto de vista universal, de manera que nunca será suficiente una justificación que se sustente en el exclusivo interés personal, pues los propios intereses han de ser compatibles con unos principios de base ética más amplia, siendo esta afirmación validada por el curso de la historia.

La medicina, aunque es una actividad moral como el derecho o la religión, que persigue controlar cosas que considera indeseables, se sitúa aparte de ambos porque se apoya en un fundamento científico objetivo que evita la evaluación moral. Al mismo tiempo, este amparo científico objetivo, introduce una mecánica legitimadora que puede obviar los condicionantes no científicos que rodean a la práctica de la medicina. Esta característica esencial de la profesión médica suma al territorio de los valores y de la ética, el del fundamento científico, por lo que reconoce el papel central de los conocimientos y de la especialización, rasgos cuya relevancia merecen una mención a la profesionalización de la medicina.

2.3.2.- Profesionalización de la medicina: salud y salvación.

Según la definición del DRAE, un “profesional” es la persona que ejerce una profesión, mientras que entiende por “profesionalismo” el cultivo o utilización de ciertas disciplinas, artes o deportes, como medio de lucro.

Por su parte, el Diccionario *Webster* se explaya de modo más amplio sobre la cuestión, detallando que “profesional” es la persona que se ubica en una de las disciplinas eruditas y que profesa y actúa según los estándares éticos de una profesión, ligando de manera oportuna conocimientos y ética. En cuanto a “profesión”, afirma que la misma es una actividad que implica conocimiento especializado y una prolongada preparación académica.

Los orígenes del proceso de profesionalización de la medicina se ubican en el marco de la Europa de la segunda mitad del siglo XIX. Este proceso tuvo lugar dentro de un contexto social cambiante: el surgimiento de las ideas democráticas y liberales, la formación de los primeros estados nacionales, la expansión de la industrialización y el desarrollo urbano. Las antiguas y primeras formas de medicina se conformaban a partir de la combinación de creencias mágicas y religiosas y de algún tipo de empirismo. El advenimiento de la medicina científica no supuso la extinción de aquellas interpretaciones arcaicas sobre la enfermedad, sino que la mayor parte de las mismas han subsistido como elementos integrantes del pluralismo médico de la sociedad actual (López, 2001).

La tarea de la medicina ha consistido –dentro de todas las sociedades conocidas- en mantener la salud, además de prevenir y curar las enfermedades. La medicina, como institución social, no sólo ha adquirido diversas formas a través de la historia sino que ha permanecido también sujeta a los procesos de cambio en los que se han visto vinculadas las distintas culturas en las que aquella se ha venido desarrollando (Panadero Díaz, 2006).

Los primeros registros de antecedentes de los intentos de profesionalización de la medicina se remontan a los siglos XVI y XVII (López, 2002). En la Gran Bretaña del siglo XVII, los farmacéuticos representaban el escalafón más bajo del status jerárquico de la medicina "oficial" (Porter, 1995). Originariamente se trataba de tenderos que llevaban un comercio, sin embargo, en el año 1617 lograron entrar a formar parte de la medicina "oficial" al separarse de los tenderos y crear la *Worshipful Society of Apothecaries*, aunque su formación permanecía sujeta al aprendizaje del oficio y no realizaban estudios universitarios como los Médicos. A pesar de que su tarea estuviera limitada a dispensar prescripciones, poco a poco fueron ganando el derecho a tratar a los enfermos, que se mantuvo durante el siglo XVIII (Panadero Díaz, 2006).

El escalafón siguiente de la medicina “oficial” –el intermedio- lo constituían los cirujanos, que se situaban –jerárquicamente- entre los farmacéuticos y los Médicos. Se los dividía en dos categorías: los que se agrupaban dentro de la *Company of barbers,* los cuales practicaban una cirugía menor como extracción de dientes, sangrías, entre otras, y los que se agrupaban dentro de la *Guild of surgeons*, que tenían un status más alto y ejercían una práctica más compleja, como manipulaciones, colocar huesos y realizar amputaciones. En el año 1540 ambos grupos se fusionaron, pasando a formar la *Company of Barber-Surgeons* que perduró hasta mediados del siglo XVIII, momento en que se produjo la separación definitiva entre cirujanos y barberos (Cule, 1997). Entre los cirujanos y los farmacéuticos existía una relación de mucha afinidad, básicamente porque ambos se desempeñaban como practicantes médicos para las clases bajas y para los habitantes de los pueblos y ciudades pequeñas (Stevens, 1966). Ambas ramas lograron consolidar su posición social a lo largo del siglo XVIII; los farmacéuticos, a partir de la promulgación de leyes que les permitían elaborar prescripciones, llevar sus propias tiendas de productos químicos e incluso tratar pacientes en sus casas; los cirujanos, lo hicieron mediante la fundación de entes corporativos como el *Royal College of Surgeons* de Edimburgo en el año 1778 (Panadero Díaz, 2006).

En aquel entonces, la medicina era vista más como una ocupación que como una profesión vocacional. Es gracias al desarrollo del mercado, junto con el crecimiento de las clases medias en el capitalismo industrial, lo que posibilitó la competencia entre las diferentes prácticas médicas, ya que cada una pugnaba por conseguir un espacio dentro de ese nuevo mercado emergente. En ese contexto social, la denominada medicina "oficial" se dedicó a combatir otras alternativas médicas, a las que de modo paulatino fue ganándoles terreno para, finalmente, quedarse con el monopolio profesional. Esto ocasionó que algunas prácticas asistenciales se vieran luego sometidas a un proceso de secularización, quedando relegadas a una posición subordinada y dependiente dentro de la estructura de cuidados, mientras que otras fueron directamente apartadas (como pudo ser la fitoterapia). Algo similar sucedió con la medicina homeopática y la medicina naturista, que fueron reducidas al ostracismo (Panadero Díaz, 2006).

Según Comelles (1993), a partir del siglo XVIII los Médicos -que hasta ese momento representaban un segmento más de la pluralidad asistencial- adquirieron una posición dominante y establecieron su jurisdicción en el campo de la salud y la enfermedad, sentando las bases del llamado modelo médico hegemónico, desplazando otras prácticas médicas encomendadas a diferentes tipos de sanadores.

Un autor de interés ya citado que estudió la evolución de la medicina es Michel Foucault, que publicó en 1963 su libro dedicado al nacimiento de la clínica. Los decretos de Marly,

promulgados el mes de marzo de 1707, explica Foucault, habían reglamentado para todo el siglo XVIII la práctica de la medicina y la formación de Médicos en Francia. El artículo 26 del decreto postulaba como principio:

> *Nadie podrá ejercer la medicina, ni dar ningún remedio ni siquiera gratuitamente si no ha obtenido el grado de licenciado* (Foucault, 1978: 72)

La medicina científica encontró en esta época el medio apropiado en el que asentar su supremacía y, a partir de ese momento, será reconocida, legitimada y amparada por las instancias oficiales del naciente Estado moderno.

Para Foucault, la preeminencia pública del Estado con la Revolución Francesa ve nacer dos mitos, de tema y polaridad opuestos: el mito de una profesión médica nacionalizada, organizada a manera del clero e investida, en el nivel de la salud y del cuerpo, de poderes parecidos a los de éste sobre las almas; y el mito de una desaparición social de la enfermedad en una sociedad sin trastornos y sin pasiones, devueltos a su salud de origen. En la visión de la época revolucionaria, Foucault dice, refiriéndose a las tesis de un pensador de la época, Sabarot de L'Avernière:

> *...el médico no tendrá ya que pedir honorarios a quienes atiende. La asistencia de los enfermos será gratuita y obligatoria: servicio que la nación asegura como una de sus tareas sagradas; el médico no es más que el instrumento de ella* (Foucault, 1978: 57)

Convertida así en actividad pública, desinteresada y controlada, la medicina podrá perfeccionarse indefinidamente; alcanzará en el alivio de las miserias físicas la vieja vocación espiritual de la Iglesia, de la cual formará el calco laico. Y al ejército de los sacerdotes que velan por la salud de las almas, corresponderá el de los Médicos que se preocupan por la salud de los cuerpos. Recordemos que originalmente, "salud" significaba "salvación del alma". Foucault cita a Guardia cuando dice:

> *la salud sustituye a la salvación* (Foucault, 1978: 277)

Este nuevo rol asignado por la Revolución a la profesión médica es así marcadamente político, y pone en evidencia el poder del Estado en la configuración profesional, pues considera que la primera tarea del Médico es política. Lo que está planteando Foucault como transfondo de estas importantes transformaciones es que la implantación de un determinado modelo de medicina supone un elemento de control social e ideológico por parte del Estado liberal del XIX.

En sus conclusiones, Foucault (1978: 274 y ss) afirma que el nuevo espíritu médico no es

otra cosa que una reorganización sintáctica de la enfermedad. No se trata sino del dominio de la medicina y de la manera en la cual se ha estructurado en algunos años el conocimiento singular del individuo enfermo. Todo ello, para hacer viable que la experiencia clínica fuera posible como forma de conocimiento: reorganización del campo hospitalario, definición nueva del estatuto del enfermo en la sociedad, definiendo un nuevo uso del discurso científico: obediencia a la experiencia y decir lo que se ve. La fórmula de descripción se hace gesto de descubrimiento el cual implica, a su vez, campo de origen y de manifestación de la verdad. La formación de la medicina clínica no es más que un testimonio visible de estos cambios en las estructuras fundamentales de la experiencia.

A medida que avanza el siglo XIX y como consecuencia de la secularización, la sociedad tiene una mayor estimación de la vida terrena, al tiempo que una mayor preocupación por la salud. También crece la expectativa en las posibilidades diagnósticas y terapéuticas del Médico, uno de cuyos ejemplos más sonados de la época fue el viaje de más de dos mil kilómetros a París desde Smolensko (Lituania) de unos campesinos a quienes había mordido un lobo rabioso para ser sometidos a la cura de Pasteur (Laín Entralgo, 1978: 538). Hoy, esa distancia se ha reducido hasta el hospital más próximo, pero sin embargo las expectativas de sanación y de alivio e incluso el desafío a procesos naturales como la vejez, no han dejado de crecer.

En cuanto a la formación del Médico, durante el siglo XIX la medicina experimentó un gran cambio, pues ya se educa y titula en la Universidad. Aunque persiste el curanderismo, la casi totalidad de la población acude al Médico para el cuidado de sus dolencias. El Médico, que cura más y con mayor seguridad, adquiere, durante el siglo XIX, una intensificación de su rol social: la sociedad espera de él la curación de las enfermedades, la prevención y cierto saber científico acerca de lo que es el hombre. Con todo ello, progresa considerablemente el estatus social del Médico. Al mismo tiempo, el proceso de secularización de la sociedad influyó decisivamente sobre las reglas de la ética médica (Laín Entralgo, 1978: 540). Los avances en la formación son considerables, por ejemplo el auge de la enseñanza práctica de la anatomía o la creación de Institutos de Investigación. Todo ello hace que a principios del siglo XX, el Médico tenga la convicción de habar llegado al modelo definitivo de su formación como tal.

Desde la Primera Guerra Mundial hasta hoy, el conocimiento científico de la enfermedad humana va a ser la historia de lo que Laín Entralgo (1978: 610) llama “un poderío y una perplejidad”:

> *el creciente poderío intelectual y técnico que ha dado al médico su cada vez más fina y honda penetración biofísica y bioquímica en la realidad orgánica del proceso morboso... y la perplejidad, a la vez intelectual, técnica y ética, de advertir que ese saber tan*

inmenso y eficaz no resulta suficiente para entender y diagnosticar la real integridad de muchas enfermedades

En el siglo XX se sigue ahondando en las expectativas tradicionales en cuanto a la eficacia terapéutica y preventiva del Médico, surgiendo otras nuevas como el universalismo, aunque sin embargo va desapareciendo la figura del "médico divo social" y se incrementa en forma considerable la crítica social del ejercicio de la medicina, bien representada por el éxito mundial de la novela *La ciudadela,* sobre la vida de un Médico (A.J. Cronin, 1936) y la resonancia de *Némesis Médica* de Iván Illich (Laín Entralgo, 1978: 667).

Avanzado el siglo, se produce como ya hemos visto el nacimiento de los Sistemas Nacionales de Salud, al tiempo que una nueva disciplina médica: la "Sociología médica", cuya importancia ponen de relieve importantes tratados de conjunto como: M. Pflanz (Sozialez Wandel der Krankheit, 1962), H.E. Freeman et al (Handbook of Medical Sociology, 1963), R.M. Coe (Sociology of Medicine, 1970) o E. Gartly Jaco et al (Patients, physicians and illness, 1972).

Uno de los autores clásicos, ya citados, que se ha ocupado de las profesiones ha sido Talcott Parsons (1984), quien acuñó el término "rol del enfermo" y aplicó la teoría funcionalista al estudio de la medicina y la enfermedad. Consideró la práctica médica como un mecanismo del sistema social para enfrentarse con las enfermedades de sus miembros. El rol médico, para Parsons, debe presentar cuatro características: el médico ejerce su actividad con todo el que acuda a él (universalismo); se espera de él que cure las enfermedades y cuide la salud de sus clientes (funcionalidad específica); atiende los problemas de salud en términos objetivos científicamente justificables (neutralidad afectiva) y se orienta al bien de la colectividad. Más adelante volveremos a citar a este autor.

Centrándonos más en las características de la profesión médica, cabe resaltar como uno de sus rasgos principales la autonomía, fuera del alcance de los legos, que únicamente puede ser valorada mediante un código deontológico propio por otros miembros de la misma corporación profesional.

Eliot Freidson (1978) dedica uno de sus estudios sobre la profesión a los Médicos, señalando en el mismo que el método más fructífero para analizar las profesiones se basa en centrarse en el modo en que ellas logran o pierden control sobre los términos, condiciones y, lo más importante, sobre el contenido de su trabajo. Se acentúa en la estrategia analítica la organización social, política y económica del trabajo y, conforme a la tradición clásica de la sociología del conocimiento, trata al conocimiento y a la destreza como un derivado, una

consecuencia, del control o de la falta de control más que como la causa de éste.

Rodríguez J.A. (1981), en su artículo dedicado al poder médico desde la sociología, en el que asume muchas de las tesis de Freidson, destaca diferentes aspectos de la profesión médica como que es un grupo profesional claramente favorecido en su relación con el Estado; goza de gran autonomía y del poder que ésta le aporta; es vehículo ideológico del Estado, que asume sus propios criterios sobre lo normal y lo anormal; es un grupo profesional que tal y como transmite Freidson con la expresión de "*empresario moral*", se está convirtiendo en el empresario moral de la sociedad, que dicta lo que es normal o no, y los recursos a emplear para corregir dicha desviación; goza de una posición privilegiada que es concedida por la sociedad; el propósito del Médico no es el conocimiento, sino la acción, y su amor por la acción le lleva en muchos casos a la utilización de medicamentos que sobrepasan lo indicado por las normas médicas y científicas, etc.

Por su parte, Freidson (1978), hace un análisis que evidencia cómo ciertas profesiones mantienen un estatus elitista, con una posición social privilegiada. Referido a la medicina, este autor señala dos dimensiones interrelacionadas que fomentan su poder: la autonomía, que ya ha sido señalada, como control de la actividad propia; y la dominancia, como control sobre los otros.

De manera muy evidente, el papel del Médico como prescriptor de medicamentos (más adelante dedicamos un apartado al "rol de prescriptor") está íntimamente relacionado con las características de la profesión médica. En nuestra opinión, se produce una fuerte confluencia entre algunos elementos clave de la profesión médica y del medicamento, que se podrían plantear así:

Patrocinio público. Los Médicos son funcionarios públicos, remunerados con dinero del contribuyente. Los medicamentos están subvencionados de una manera muy importante con dinero público.

Técnica compleja. El Médico utiliza conocimientos técnicos complejos en el desempeño de su profesión. Nadie puede ejercer la medicina sin ser Médico. El medicamento es fruto de la tecnología química más compleja. Nadie puede prescribir medicamentos sin ser Médico. Ambos, el Médico y el medicamento, requieren de conocimientos expertos avalados.

Posición privilegiada. El Médico es la persona de la que depende la curación de la enfermedad, salvador de cuerpos, a través de la ciencia, la tecnología y una fórmula magistral: el medicamento.

Intervención e inmediatez. El Médico está orientado a la acción inmediata sobre la enfermedad; el buen y rápido diagnóstico es, en muchos casos, la clave para combatir la enfermedad. El medicamento es el aliado más potente e inmediato para intervenir ante la enfermedad.

Reconocimiento social. El Médico goza de un reconocimiento social sólo comparable a las profesiones más prestigiosas como la de juez, notario o ingeniero. En particular, los grandes especialistas, despiertan una admiración y respeto que son altamente codiciados por aquellas personas que padecen enfermedades graves. Por su parte, la importancia de los medicamentos les convierten en productos cuya utilización se hace indispensable, más allá de cualquier discusión sobre su elevado costo, en las sociedades avanzadas.

El estatus de la medicina como profesión a lo largo del tiempo ha cambiado. Los Médicos han perdido progresivamente autonomía y poder. Ahora sus decisiones son siempre cuestionadas. Existen asociaciones de pacientes con mucha fuerza que denuncian en los tribunales los errores médicos. En cuanto a condiciones de trabajo, la medicina se agrupa en estructuras organizativas cada vez más complejas en las que el trabajo médico se va racionalizando rápidamente. Al mismo tiempo, otros sectores relacionados con salud y sanidad están entrando y ocupando parcelas de actuación tradicionalmente asignadas a los Médicos (un ejemplo es la prescripción hecha por enfermeras y farmacéuticos en algunos países), mientras que se aprecia una distribución cada vez más jerárquica de los Médicos y sus especialidades.

A pesar de estos cambios, Freidson (1978) sostiene que pese a que en efecto la profesión ha sufrido muchas transformaciones, éstas no han producido un gran impacto en el poder de la medicina como un cuerpo colectivo o corporativo. Los Médicos siguen poseyendo el control sobre el credencialismo (el aprendizaje y la práctica) y mantienen más control sobre su trabajo que otras profesiones. Freidson utiliza el término de “countervailing pressures” (presiones compensatorias) confirmando que los Médicos se ven sometidos a más presiones, pero que mientras unas debilitan el poder del Médico otras lo subrayan. Un ejemplo de estas presiones que subrayan su poder es precisamente la prescripción de medicamentos.

Un estudio importante sobre la profesión médica que merece la pena citar es el llevado a cabo por H. Becker, B. Geer, E. Hughes y A. Strauss sobre los mecanismos de socialización de los estudiantes de medicina, utilizando la observación participante en un momento en el que se iniciaba el interaccionismo simbólico: “Boys in white” (1961). Supuso un avance importante tanto por la fuerza de su descripción como porque sentó las bases de desarrollos teóricos y

metodológicos de gran relevancia para las ciencias sociales. Aquí es pertinente subrayar a uno de sus autores, A. Strauss, quien se convirtió, junto con B. Glazer, en fundadores de la Teoría Fundamentada (Grounded theory), cuya metodología es utilizada en el apartado empírico de esta tesis, según se verá más adelante.

Una vez realizado este recorrido por el bienestar y la organización social, vamos a terminar el presente capítulo con un acercamiento al ámbito de la atención primaria, donde se ubica el colectivo profesional objeto de nuestro estudio, los MAP (Médicos de Atención Primaria).

2.4.- La Atención Primaria.

La definición actualmente más reconocida de la Atención Primaria de Salud (APS), es la recogida en la "Declaración de Alma-Ata", durante la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud celebrada en la localidad de Alma-Ata (Kazajistán, URSS, 1978) a propuesta de la Organización Mundial de la Salud (OMS):

> *...la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La Atención Primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria (*OMS, 1978: Punto VI de la Declaración de Alma-Ata).

Coincidiendo con esta Conferencia comenzó a forjarse en la década de los setenta la imagen actual de la Atención Primaria y se produjo su verdadero despegue. El nuevo modelo de Atención Primaria exigió la expansión de medios en nuestro país: plantillas a tiempo completo, acceso a pruebas diagnósticas, reformas y construcción de nuevos centros asistenciales, uso de documentación clínica, incentivos en cuanto a formación, etc. Se introdujeron asimismo nuevos estamentos profesionales en Atención Primaria (trabajadores sociales, veterinarios, farmacéuticos, psicólogos, epidemiólogos y técnicos en Salud Pública), y se extendió la cobertura asistencial de la Seguridad Social.

El Médico de Familia realiza un tipo de ejercicio profesional de la medicina que tiene un cuerpo doctrinal claro y delimitado por un conjunto de conocimientos, habilidades y actitudes. Si bien los Médicos de Familia por su formación pueden desempeñar su trabajo en diversos ámbitos laborales (servicios de urgencias y emergencias, unidades técnicas, etc.), su ámbito natural más frecuente de actuación es la Atención Primaria (Roa, Siede, Ruiz Morosini, 1997).

La medicina de familia es la disciplina médica que se encarga de mantener la salud en todos los aspectos, analizando y estudiando el cuerpo humano en forma global (Owens, Dominici, Saldaña, 1998).

Los Médicos de Familia son considerados profesionales que poseen una situación fundamental a la hora de proporcionar una atención sanitaria global, continuada, coordinada y personalizada. Su papel es considerado muy importante para llevar a cabo una utilización óptima de los recursos sanitarios. A esta especialidad se la define como “horizontal” (Dominici et al, 2004), compartiendo el predominio clínico con el conocimiento y destrezas de otras especialidades e integrando las ciencias biomédicas, conductuales y sociales; siendo capaz de resolver un muy alto porcentaje de los problemas de salud proporcionando cuidados continuos e integrales al individuo y su familia (Engel, 1980).

La Atención Primaria de Salud (APS) y la Medicina Familiar son ámbitos estrechamente relacionados. La APS representa el terreno de actuación fundamental del Médico de Familia, mientras que la Medicina Familiar es la herramienta clave para el desarrollo pleno de la APS. Es decir, la APS es la estrategia y la Medicina Familiar la disciplina para realizarla (Rubinstein, 2006).

Son actividades del Médico de Familia, entre otras, el consejo o terapia individual, familiar, grupal, prematrimonial y matrimonial; el asesoramiento genético y cuidados prenatales; la medicina preventiva clínica y de mantenimiento de la salud; la terapéutica clínica ambulatoria; el abordaje integral de los problemas de salud; la atención continua en la consulta externa y cuidados comprehensivos sin distinción de sexo, edad, sistema u órgano afectado o enfermedad; las visitas comunitarias, domiciliarias, cuidado en hogares e intrahospitalarias y urgencias médicas; la participación y organización de actividades comunitarias en salud y educación comunitaria; la participación y organización de actividades docentes para el personal de salud y la comunidad; la medicina comunitaria y el diagnóstico de salud comunitario y la medicina costo – efectiva para el uso racional de los recursos (Rakel, 1984: 37).

Un Médico de Familia recibe muchas consultas por todo tipo de trastornos, además de

combinaciones complejas de trastornos somáticos, sociales y emotivos. Una parte mayoritaria de quienes asisten a la consulta, presentan cuadros clínicos indiferenciados. La razón por la cual se ven este tipo de cuadros clínicos se debe a que se trata del primer contacto con el sistema de salud, por lo que los problemas se ven en estadios incipientes. Llegado el caso, el Médico de Atención Primaria (MAP) sabe cómo, cuándo y a qué especialista derivar al paciente, de acuerdo a la dolencia o malestar que presente.

La mayor parte de los países que disponen de buenos sistemas de salud tienen un 50% de Médicos de Familia en sus sistemas de Atención Primaria. La Medicina Familiar, por definición, es la especialidad médica efectora de la APS. Dado que el propósito y la unidad funcional de los cuidados primarios es la familia y no el individuo, el abordaje de la atención de la salud para la Medicina Familiar se desarrolla dentro de este contexto micro social, y evita fragmentar a cada integrante del grupo en distintos componentes, cada uno con un proveedor de salud diferente (Rubinstein, 2001).

De acuerdo con los datos proporcionados por las Comunidades Autónomas sobre efectivos profesionales, se estima que en 2004 (último año disponible) el número de Médicos de Familia de Atención Primaria se sitúa en 30.366 en el conjunto de Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas. Esta cantidad supone, en términos de población protegida, una tasa de 74 Médicos de Familia de Atención Primaria por 100.000 habitantes. Esta tasa se sitúa en Madrid, para el mismo año 2004, en 81 MAP por 100.000 habitantes, por encima de la media nacional (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007).

Para terminar esta contextualización de la Atención Primaria, vamos a hacer una mención a tres ámbitos de especial interés centrados en el Médico de Atención Primaria (MAP): la labor prescriptora, las condiciones de trabajo y dos modelos de consulta médica.

En cuanto a la labor prescriptora, a la que dedicaremos una especial atención más adelante, si bien hay un pequeño porcentaje (creciente) de recetas emitidas por los Médicos de medicina especializada, es en los MAP sobre los que recae la mayor parte de la labor de prescripción de medicamentos, ya que emiten las recetas destinadas tanto a los pacientes que han diagnosticado en sus propias consultas, como a los que vienen diagnosticados de especializada (hospital) y tienen que recibir tratamientos durante ciertos periodos o incluso de manera crónica toda su vida.

Por otra parte, la realidad del colectivo de MAP en cuanto a sus condiciones de trabajo es un elemento que nos parece de gran relevancia a la hora de estudiar el proceso de prescripción,

ya que estamos convencidos de que existe una fuerte influencia en los dos sentidos, tanto en el hecho de que las condiciones de trabajo no son las más adecuadas para realizar una buena prescripción, como porque la prescripción en sí incide en las condiciones de trabajo del Médico. Nuestro apartado empírico (II) demuestra esta relación de manera llamativa y también aporta muchos elementos relacionados con el desgaste profesional. En este sentido, un estudio llevado a cabo en Madrid tenía por objetivo analizar el desgaste profesional y la prevalencia de psicomorbilidad entre facultativos de atención primaria, en centros de atención primaria del Área 8 madrileña, sobre una población de 244 Médicos y pediatras con labor asistencial en dicho área en el momento de realizarse el estudio, de los que respondieron un 80,3%. Según sus resultados, está afectado por *burnout* el 69,2% de los facultativos, entre ellos un 12,3% de forma aguda. Se encontró una asociación entre el desgaste profesional y aspectos como la percepción de que la presión en el trabajo produce con frecuencia una disminución de la calidad y la precipitación de errores médicos, o el atender a más de 1.700 pacientes en el cupo, o una presión asistencial de 35-47 pacientes/día (Molina Siguero et al, 2003: 564).

Por último, mencionamos a partir de lo recogido por Uribe (1996) la propuesta de Greenwood de un esquema bipolar de la consulta médica (que en la práctica no se encuentra en situación pura), de la relación que se establece entre Médico y usuario en el transcurso de una consulta médica, ya que describe una realidad empírica que refleja muy bien dos concepciones de la salud; el modelo intervencionista (paradigma biomédico) frente al modelo naturalista (paradigma biopsicosocial):

- En la medicina intervencionista, el Médico recibe a ese paciente como objeto técnico, tiene un reto que debe superar y una posibilidad de fracaso, clasifica la enfermedad, diagnostica lo que sucede, crea un pronóstico e intenta un tratamiento que sea seguido por el enfermo. El Médico no explica al paciente los porqués. Su estatus es superior al enfermo. Esta visión coincide con el paradigma biomédico.

- En la medicina naturalista, la autoridad del Médico se basa en los conocimientos y experiencia, no en la pura ciencia. La individualidad del paciente no se pierde pues se busca no la normalidad estadística, sino la vuelta al estadio anterior del sujeto. La individualidad del paciente es de gran ayuda en este caso al entender que la enfermedad radica en el equilibrio interior del sujeto concreto, no en una tipificación estadística. La colaboración médico-paciente es menos problemática. Aquí la terapéutica como método de solución se fundamenta en el seguimiento; esto es, la observación, con la mínima intervención posible, de la evolución positiva o negativa... Todo esto redunda en dos principios directivos en los tratamientos de Atención Primaria: disminuir el consumo de

medicamentos e intervenciones quirúrgicas, y apoyar el desarrollo de unas supuestas facultades innatas del organismo para luchar contra la enfermedad. Aquí entrarían desde la recomendación de ejercicios físicos y cambios de dietas, hasta la utilización del paso del tiempo como elemento aclarador de dudas médicas, así como la no injerencia (dependiendo de casos) sobre lo que se estereotipa como procesos normales de envejecimiento, deterioro y muerte. Esta visión coincide con el paradigma biopsicosocial.

Para Uribe, el Centro de Salud parece estar más decantado por la vía naturalista que por la intervencionista, correspondiéndose esta última con una concepción de la salud más presente en el Hospital.

En el Modelo Psicosocial de los Condicionantes de la Prescripción que presentamos al final de nuestro trabajo, en uno de los ejes representamos estas dos visiones, o paradigmas, de la salud que, a su vez, creemos que tienen una influencia decisiva en la manera en que cada MAP aborda la prescripción de medicamentos.

PARTE 2ª, MEDICAMENTO

3.- MEDICAMENTO, CIENCIA Y MERCADO

- Introducción al medicamento.

La OMS define a los medicamentos, medicinas, productos farmacéuticos y productos medicinales como:

> *aquellas sustancias o productos utilizados en el ser humano con fines profilácticos, diagnósticos o terapéuticos. Dentro de este grupo de sustancias se incluyen las sintéticas y naturales, las biológicas -como las vacunas y el suero-, y la sangre y sus derivados* (OMS, 2002a)

En particular, los "medicamentos esenciales" se definen como aquéllos de importancia vital que deben estar disponibles en todo momento, en las dosis apropiadas y en cantidades suficientes para satisfacer las necesidades elementales de salud de todos los segmentos de la población (Reséndez et al., 2000; OMS, 2002a). La salud y el acceso a los medicamentos son un derecho, conforme con el desarrollo de la sociedad, por motivos de justicia distributiva. El Estado tiene la obligación moral y política de garantizar esto, y de llegar a la eficiencia en el uso de los recursos sanitarios, incluidos los medicamentos.

Los fármacos son un factor fundamental del tratamiento de las enfermedades. El medicamento, que es al mismo tiempo un bien sanitario y un producto de gran consumo, está producido por una potentísima industria privada con dimensión y estructura en muchos casos multinacional. De Miguel y Salcedo (1987) señalan en su libro sobre la profesión farmacéutica que el Sistema Sanitario está basado en un modelo dominante de servicio público, con profesionales asalariados que distribuyen atenciones sanitarias en función de la evaluación de las necesidades del paciente, mientras que el sector farmacéutico tiene un modelo de profesión liberal, totalmente privatizada e inmersa en el sistema capitalista de oferta y demanda, poniendo como ejemplo que España llegó a ser en los años 70 el octavo consumidor de medicamentos del mundo, achacable en su inmensa mayoría al sector público.

Según la Encuesta Nacional de Salud de España, en el año 2006 el 62,2% de la población total contesta afirmativamente a la pregunta sobre haber consumido algún tipo de medicamento

en las dos semanas anteriores a la entrevista. Corresponde a varones el 55% y a mujeres el 69,2%, siendo para los mayores de 65 años un 89,3%, aumentando como era esperable el consumo de medicamentos con la edad. Estos porcentajes, que se han ido incrementando paulatinamente con cada encuesta nacional, evidencian de manera aplastante la enorme presencia del medicamento en nuestras vidas y, por ende, la importancia de su prescripción; entre los que consumieron medicamentos, sólo un 14,4% del total declaran haberlo hecho sin receta (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006).

Con este capítulo, entramos de lleno en el complejo mundo del medicamento y en un recorrido que nos llevará a correlacionar salud, desarrollo social, tecnología, consumo, marketing, bienestar y capitalismo. Y para ello, y como mejor manera de introducirnos en el tema, empezaremos con una reivindicación urgente de un ex directivo de una gran empresa farmacéutica y hoy profesor de universidad, el cual sostiene que el mismo método de investigación que permite el desarrollo de nuevos medicamentos, es decir, el ensayo clínico, no puede existir sin una socialización del medicamento. A partir de aquí, no hay sino que ampliar esta socialización, exponer al aire libre todos los resultados de los ensayos clínicos y con ello ampliar las bases democráticas del funcionamiento del sistema de salud, decidiendo entre todos qué es lo que necesitamos, qué progresos esperamos, cuáles son las prioridades y cuánto estamos dispuestos a pagar por cada una de ellas. No deberíamos admitir el monopolio de los expertos, sino que hemos de participar en el debate político. Ante los serios problemas que se presentan y las importantes desviaciones en el comportamiento ético y el rigor científico de la Industria Farmacéutica, es necesario transformar todas las cuestiones clave que rodean al mundo del medicamento en cuestiones políticas (Pignarre, 2005: 160-162).

3.1.- El medicamento como producto de gran consumo.

La realidad ha impuesto que los medicamentos se hayan convertido en un bien de consumo más, expuestos a la lógica de la comercialización y del mercado, lo que incentiva la existencia de medicamentos con poca o nula eficacia demostrada y la venta de nuevas alternativas terapéuticas que son muy parecidas a las que son ya bien conocidas, pero que les superan en precio y en incertidumbre sobre su seguridad dada su novedad. Con estas circunstancias, es fundamental seguir una serie de recomendaciones para asegurar el mejor uso de los medicamentos (Valsecia y Figueiras, 2008) y que se mantenga una lógica clínica en toda la cadena del medicamento que va desde el registro de nuevas sustancias hasta su consumo; que se realice una prescripción razonada de los medicamentos por encima de una prescripción puramente comercial; potenciar los sistemas de farmacovigilancia y llevar a cabo programas de

formación continuada de carácter independiente para los profesionales sanitarios.

Esa lógica del mercado antes aludida, ha llevado a la era del exceso: un enorme número de productos, muchos de ellos muy similares; excesiva promoción; mucha información respecto a los nuevos productos en contraste con una carencia de conocimientos precisos sobre los medicamentos veteranos disponibles por parte de los prescriptores; falta de tiempo para analizar con rigor toda la información disponible; falta de rigor en la promoción de los medicamentos así como en su prescripción:

> *En los países industrializados existe una creciente preocupación en cuestión de medicamentos debido a la gran cantidad de recursos que se destina a las prestaciones farmacéuticas y a la baja calidad que, en general, se observa en las prescripciones (*Caamaño et al, 2001: 43)

Estos elementos producen un alejamiento del patrón que en términos académicos o estrictamente terapéuticos se califica como “uso racional” o “uso apropiado” del medicamento; es decir, estamos ante un problema de “uso irracional” del medicamento veinticinco años después de la famosa conferencia de Nairobi (1985) sobre el “Uso Racional de Medicamentos”, habiéndose producido la siguiente evolución desde entonces:

– Incremento exponencial en el número de medicamentos comercializados, que no refleja una mejoría proporcional en el estado de salud de la población.
– La mayoría de las novedades comercializadas son nuevas moléculas de familias de medicamentos ya conocidas con anterioridad, no aportándose en general ninguna ventaja terapéutica importante.
– Comercialización simultánea de nuevos medicamentos en varios países, con rápida difusión comercial, frente a un volumen de información científica poco digerible por los prescriptores si se quiere hacer un estudio crítico.
– Proliferación de mensajes que quedan en el subconsciente: “para cada problema existe un medicamento” o “hay medicamentos para sentirse bien”... banalizando los conceptos “medicamento” y “salud”, acelerando la rotación de productos nuevos por viejos generando la idea en el prescriptor de que un medicamento con más de 5 años en el mercado “ya pasó de moda”, y no está bien visto usarlo, ni prescribirlo.
– Diferencia entre los tiempos del mercado y los de la ciencia, mucho más lentos, produciéndose como consecuencia una mala prescripción.

El medicamento hace tiempo que es un bien de gran consumo que se comercializa como un licor o un refresco. Los numerosos riesgos inherentes a la civilización postindustrial, como la

sobrealimentación, la polución, el sedentarismo o el ritmo de vida ajetreado, no se pueden enfrentar sin más incrementando el consumo de medicamentos. El uso racional del medicamento es una necesidad creciente, al igual que el reconocimiento de sus riesgos y la importancia de las terapias no farmacológicas, tanto por parte de los facultativos como por parte del público, entre quien debe divulgarse la cultura de la auto responsabilidad en la protección de la salud. El ciudadano es el principal responsable de cuidar de su salud, contando con el Médico como profesional que colabora con él en esta tarea. Los servicios médicos y los medicamentos como bienes esenciales para la salud son un derecho acorde con el desarrollo de la sociedad del bienestar y la justicia distributiva. El Estado tiene la obligación moral y política de garantizar una atención sanitaria de calidad. Las industrias sanitarias, incluyendo la farmacéutica, intervienen en todo este cuadro como elementos del libre mercado cubriendo necesidades y persiguiendo beneficios en la sociedad capitalista. Se hace, por tanto, especialmente necesario un entendimiento entre todos estos agentes, que haga de la salud un bien accesible y sostenible. Y, por otra parte, es pertinente analizar de manera crítica los sistemas de calidad que se aplican al Sistema Sanitario (Yzaguirre, 2014a).

Todo ello, contribuye decisivamente a lo que hemos venido a denominar la "industrialización social de la prescripción" y que más adelante desarrollaremos, al someter a toda la cadena del medicamento a una lógica puramente instrumental y consumista y, en esa dirección, contaminar igualmente el acto de prescribir y al profesional que lo asume, que se encuentra en medio de un remolino de influencias, muchas de ellas irracionales, contra el cual es difícil luchar.

La biomedicina, como paradigma dominante, minimiza y enfoca las causas de la enfermedad sólo en factores fisiológicos y biológicos, apartando las raíces socioeconómicas de las dolencias y orientándose a enfermedades en lugar de a la prevención o al mantenimiento de la buena salud. Cuando la medicina obvia la contaminación, el hedonismo, el estrés, la alienación, el consumismo, los riesgos laborales o la comida procesada con productos químicos, está colocando un escudo ideológico que oculta las verdaderas causas de muchas enfermedades. Así, por ejemplo, a los pacientes depresivos se les recetan fármacos antidepresivos, en muchas ocasiones de dudosa efectividad, y se les aconseja cambiar de estilo de vida. ¿Qué se les está pidiendo, que cambien de empresa, de vivienda o de pareja, quizás?... pero no se denuncian las condiciones sociales que les han llevado a esa situación. Como decía Lupton:

> *Desde esta perspectiva, la institución médica existe para asegurar que la población estará lo suficientemente sana como para contribuir al sistema económico como trabajadores y consumidores, pero no se presta a invertir recursos en aquellos que no responden al tratamiento o que son incapaces de volver al mercado de trabajo. La*

medicina, por tanto, sirve para perpetuar las desigualdades sociales, la brecha entre privilegiados y no privilegiados (citado en Bissell y Morgall, 2005: 22/23).

Otra visión de interés es la de Ulrich Beck (1998), quien argumenta que las dificultades económicas ya no supondrán la pérdida de salud, como defendía la tradición marxista. Sin embargo, las dificultades ambientales provocadas por el capitalismo industrial pueden suponer una amenaza para toda la sociedad. Beck sugiere que la gestión del riesgo ha entrado también en el mercado (la gestión de residuos nucleares, el filtrado de la contaminación, las vitaminas y los desarrollos nutricionales en alimentación, las nuevas drogas y fármacos, los tratamientos médicos, los seguros sobre las catástrofes…).

La que indicamos a continuación es una idea propia y mordaz, aunque ya la hemos visto apuntada en Gérvas (2007: 95), que nos sirve para ilustrar las contradicciones de esta realidad que liga a la ciencia con la mentalidad capitalista y la razón instrumental. Primero, les cuidamos para hacerlos productivos, y que obtengan lo suyo; luego, con lo que obtienen, los ponemos a consumir como locos, convenciéndoles de que en el consumo, con cada novedad adquirida, encontrarán la felicidad; hacemos que el consumo, como parte de la actividad humana, construya el yo y perfile la identidad; añadimos mucha tecnología costosa para ampliar el bienestar que merecen, aunque ello conlleve incrementar ciertos riegos; como consecuencia del modo de vida que llevan, y de las condiciones de trabajo que soportan, se nos empiezan a poner fofos, a tener afecciones cardíacas, psicológicas, respiratorias...; les inducimos hipocondría, les descubrimos "nuevas enfermedades" que pueden padecer y les exponemos a riesgos tecnológicos: ¡A cosechar recetas! El círculo del bienestar capitalista y la razón instrumental se ha cerrado; el capitalismo necesita individuos sanos para trabajar, pero también consumidores "necesitados" (o "enfermos") de productos y servicios. Se hacen coincidir los deseos de los trabajadores con la lógica capitalista. La publicidad y el placer triunfan. El Estado vela por nosotros y nuestra salud; las empresas investigan cómo satisfacernos mejor; cada malestar, se puede recetar; ¡alcanzamos la felicidad *prêt-à-porter*!

Si el sistema capitalista se ha preocupado por la salud de la población ha sido porque necesitaba una fuerza de trabajo sana o unos soldados en buenas condiciones. Ahora que la salud posee una cobertura pública y una industria enorme detrás que cumple un papel fundamental en el mundo y en el capitalismo, parecería que lo que nos esté demandando el sistema es gente enferma y dependiente, convencida de que tiene que tratarse ciertas "enfermedades". Vivimos en el tiempo de la medicalización de la vida. El capitalismo y el Estado del bienestar de las sociedades democráticas modernas quieren hacerse cargo de nuestra salud, de la de todos, mediante un acceso público a bienes desarrollados y comercializados por

empresas industriales privadas; el Estado, la ciencia, la medicina y el gran capital aliados para nuestro bienestar; el Estado monitoriza al individuo a través de la salud y el capital hace negocio suministrando alivios que son subvencionados por el Estado. El bienestar se ha convertido en un negocio en las sociedades opulentas. La imagen que se nos ocurre es un tanto onírica: grandes plantaciones de cuerpos, tiernamente confinados en invernaderos institucionales desplegados para la protección de la salud, en los que se cosechan recetas, siendo las plantas más productivas las de más edad. El capitalismo ha optado por echar la culpa al individuo, a su estilo de vida, a sus necesidades de bienestar y a su predisposición a la enfermedad, sin desarrollar suficientemente la prevención, la educación para la salud, el cuidado de las condiciones de vida y la responsabilidad por la propia salud. Eso sí, se fomenta el hedonismo como signo de identidad y plenitud de vida. Para Crawford:

> *El capitalismo moderno requiere tanto trabajadores como consumidores y por lo tanto dos modelos de conducta fundamentalmente diferentes entre sí, dos estructuras de la personalidad opuestas, dos éticas. Lo que beneficia a los gestores de la producción – un patrón de ética, personalidad y conducta compatible con el trabajo disciplinado- es la ruina para los propios gestores de la producción cuando se traduce en términos de consumo* (citado en Bissell y Morgall, 2005: 30)

La salud como problema social cada vez tiene más relación con la cultura y el modo de vida y menos con la producción capitalista. Los problemas sociales, y el ámbito de la salud como uno de los principales, tienen una relación creciente con el progresivo desencantamiento del mundo, con un sentido progresivamente racionalizante y reificante de la vida, que preside -como ya apuntara Weber- el curso de la civilización burguesa y capitalista de occidente (Rodríguez Ibáñez, 1978: 16-20).

Por lo que estamos viendo, una economía basada en la responsabilidad y el autocontrol no resulta suficiente para la producción de beneficios, sino que esta base tiene que existir en la producción, pero a la vez tiene que convivir junto a un mercado de consumo irresponsable y emocional, en el que consumir se convierte en una forma de gratificación inmediata, de reducción del estrés y consecución de bienestar emocional y físico. Este tipo de consumo se ha llamado "retail therapy" (algo así como "terapia al por menor"): compramos para sentirnos mejor y aliviar los "malos humores" (Minjeong, 2009: ii). Producimos para ganar dinero y así poder consumir más de la oferta de productos que nos ofrece el mercado para atender nuestras necesidades.

Otros autores, como Pratt (2004: 1), advierten que la noción de "retail therapy" sugiere que el hacer compras ofrece alguna solución a los problemas reales, pero, por supuesto, mirado más

de cerca, lo que se pone de manifiesto es que la terapia al por menor es una anti-terapia: es una técnica de la evitación, una distracción, que no confronta los problemas ni les da solución.

Este estatus especial de consumismo que adquiere el medicamento como producto de gran consumo, potenciado por un barniz de "panacea universal", lo vamos a ver relacionado con lo religioso en más de una ocasión. Las analogías entre la religión y el consumo, la secularización y el individualismo, siguen de actualidad. Diversos estudios hacen paralelismos entre el creyente de antaño y el consumidor occidental actual. El incremento del consumo religioso es un reto para la comprensión del proceso de secularización. Los procesos de secularización e individualización, propios del desarrollo del sistema capitalista y del consumismo, no evitan que ciertas actividades antes profanas adquieran hoy un cierto estatus de religiosidad. El consumo puede llegar a actuar como vehículo de cierta trascendencia, así como hay comportamientos del consumidor que guardan relación con lo sagrado. El auge de la cultura de los centros comerciales ha convertido ir de compras en una actividad influyente en la construcción de la identidad. Las marcas crean una relación entre el consumidor y los productos, similar a la confianza religiosa: no racional, pero auténtica, apasionante, real. Se habla también del *shopping* como una actividad religiosa o espiritual. El consumismo es un nuevo modo de espiritualidad que se podría incluso describir como la paradigmática actividad religiosa postmoderna, así como un comportamiento cultural primario para los occidentales, actuando, entonces, los grandes centros comerciales como las catedrales de hoy (Cusack, 2008: 229-232).

Señalar, por último, que dada la importancia creciente de la estrecha relación existente entre medicamento y sociedad, hace algunos años nació una nueva disciplina, la "Farmacología Social" que, en su concepto más amplio, es el estudio del uso del medicamento como producto en una sociedad moderna y de cómo utiliza las medicinas la sociedad. Existe una experiencia de diversos profesionales que directa o indirectamente tienen que ver con el medicamento, además de farmacólogos clínicos, Médicos o farmacéuticos, tales como legisladores, economistas, juristas, veterinarios, comunicadores de prensa, radio, televisión, docentes, sociólogos, etc. En consecuencia, se habla de una "Farmacología Social Interdisciplinaria" (Alloza, 2004: 321). Esta disciplina estudia la investigación farmacológica de los medicamentos tanto en el paciente como en la sociedad, en el Sistema Sanitario y en la Industria Farmacéutica, con la finalidad de fundamentar las políticas y estrategias sanitarias de los medicamentos. Representa una nueva aproximación a los medicamentos, incluyendo la investigación (clínica y social) de la vida real de los medicamentos dentro de la comunidad y sus consecuencias para la sociedad, las autoridades sanitarias, los servicios sanitarios y los fabricantes de medicamentos.

En una editorial, Serradell (1989, 308) ya habla de la "Farmacia Social" como nueva

disciplina, muy relacionada con la medicina comunitaria, y dirigida a entender el comportamiento de los grupos sociales en la utilización que hacen del medicamento, para lo cual recurre a los principios de otras disciplinas. Sin duda nos parece que es el mejor reconocimiento de la necesidad que tiene el campo sanitario de sumar diversas ciencias, en particular la sociología, que le puedan aportar métodos y teorías que vayan más allá de la concepción biológica de la salud para entrar de lleno en su dimensión biopsicosocial.

En el enfoque que se le da desde el mundo de la farmacología a este campo, parece que limitan su alcance a un estudio de expectativas y comportamientos de los pacientes respecto a la salud y la enfermedad. Por nuestra parte, y en base al estudio empírico incluido en esta tesis, creemos que se debe ir más allá en esta disciplina e incluir las concepciones de la Industria y del Sistema Nacional de Salud, de los Médicos y de los pacientes, pues son los polos principales sobre los que se articula la relación entre el medicamento y la sociedad. Es decir, no se trata de hacer una especie de epidemiología del consumidor de medicamentos, sino que hay que analizar el todo social en el que se produce la investigación, divulgación, producción, comercialización, prescripción, regulación, consumo y subvención de los fármacos. Esta visión más amplia apenas queda bosquejada por Serradell cuando señala, brevemente, que hay otros campos de estudio como las estrategias de la Industria para influir en la profesión médica y en la población o los parámetros económicos y legislativos de la atención primaria.

3.2.- La investigación sobre medicamentos: entre la ciencia y el mercado

3.2.1.- Investigación farmacológica y racionalidad científica.

De acuerdo con el trabajo desarrollado por Velasco Martín (2000: 11) para la cátedra de Farmacología de la Universidad de Valladolid, bajo el título *Sociología del medicamento: factores que influyen en su génesis, prescripción y consumo,* puede definirse a la farmacología (del griego *pharmacon*= medicamento, *logos*= estudio o tratado) como “el estudio de los medicamentos”. Un medicamento o fármaco es una sustancia química que interacciona con sistemas biológicos modificando su comportamiento, sea esta modificación favorable o desfavorable para el material viviente, sea éste de origen animal o vegetal. Si la acción es desfavorable se habla de toxicología y la acción de la sustancia química se dice que es nociva. Recordemos que en inglés, droga y medicamento es la misma palabra, y que un medicamento puede curar o bien envenenar según su dosis. En nuestro contexto, sólo nos interesan aquellos fármacos que son útiles en la

prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades humanas, dentro de aquellos aspectos que proporcionan la base racional para su uso clínico.

Se denomina "acción farmacológica" a la modificación que produce una sustancia en las funciones del organismo. Tiene que tenerse en cuenta un principio fundamental:

> *Las modificaciones que imprimen los fármacos en los organismos vivos son de carácter cuantitativo y no cualitativo; o sea, dicho de otra forma, los fármacos no crean nunca acciones fisiológicas nuevas, se limitan a modificarlas incrementándolas o disminuyéndolas; este es uno de los pocos dogmas de la farmacología* (Velasco Martín, 2000: 14)

Los medicamentos tampoco restauran la integridad de las células lesionadas por la enfermedad; así por ejemplo, los antiácidos, los anticolinérgicos y los antihistamínicos H2 no curan la úlcera gastroduodenal, pero al neutralizar el ácido clorhídrico gástrico o disminuir su secreción facilitan la cicatrización de la úlcera.

La farmacología es una ciencia fundamentalmente descriptiva que utiliza la observación y la experimentación para analizar la acción de las sustancias químicas sobre la materia viva. La finalidad aparente de la investigación farmacológica es aumentar el conocimiento sobre la acción farmacológica que determinadas sustancias producen en el organismo, con el objetivo último de mejorar la salud de éste. Desde el punto de vista metodológico, recurre a las técnicas habituales de la física, química y fisiología, careciendo de metodología propia. Tiene puntos de contacto con la biofísica, bioquímica, fisiología, psicología y la sociología; como ciencia biológica que es, sus avances dependen de los de las matemáticas, la física y la química.

Aparentemente, la investigación farmacológica se sitúa dentro de las coordenadas de la racionalidad científica preconizadas por el positivismo. La obtención del conocimiento sobre nuevos fármacos está basada en la experimentación y en el uso del método hipotético-deductivo.

La única herramienta considerada hoy en día válida para evaluar la eficacia y seguridad de un fármaco o producto sanitario durante el proceso de desarrollo es el ensayo clínico. El desarrollo clínico de un fármaco se establece convencionalmente en cuatro fases (después de su experimentación sobre animales):

- Fase I: Se realiza sobre voluntarios sanos. Está constituida por estudios de farmacocinética y farmacodinámica que proporcionan información preliminar sobre el

efecto y la seguridad del producto en un número pequeño de voluntarios sanos (frecuentemente varones estudiantes) o en algunos casos en pacientes, y orientan la pauta de administración mas adecuada para seguir con el desarrollo clínico del producto. Se trata de estudios de dosis única, que requieren la aprobación del comité ético.

- Fase II: Se realiza sobre enfermos controlados y escogidos estudiados intensamente de manera abierta e incontrolada, son utilizados para observar si los efectos farmacológicos deseados son conseguidos en estados patológicos y se ensaya normalmente en un ambiente hospitalario.
- Fase III: Se realiza sobre enfermos frente a placebos, otros fármacos de similar acción y se debe efectuar de forma ciega y controlada para no inducir a resultados falsos o influenciados.
- Fase IV: Son estudios que se realizan con un medicamento después de su comercialización; estos ensayos podrían ser similares a los descritos en las fases anteriores si estudian algún aspecto aún no valorado o condiciones de uso distintas a las autorizadas. En cierto sentido esta última fase cubre toda la vida del fármaco y trata de responder a algunas de estas preguntas: ¿Altera algunos procesos subyacentes de la enfermedad?, ¿por qué no responden algunos pacientes?, ¿hay alguna indicación nueva?

Una vez superadas las tres primeras fases de la investigación, es cuando se llega al registro farmacéutico del nuevo medicamento ante las autoridades sanitarias, que es un requisito necesario para la puesta en el mercado de una especialidad farmacéutica en cualquier país del mundo.

Pero hay fuertes críticas a los intereses industriales que se encuentran tras los ensayos clínicos. Por ejemplo, tal y como expone el Dr. Jonathan Quick, Director de OMS/EDM, la fiabilidad de uno de los elementos clave para el desarrollo adecuado de nuevos medicamentos, los ensayos clínicos, se encuentra en peligro debido a tres sesgos importantes (OMS 2002c: 2): Los conflictos de intereses por parte de los investigadores; la participación inapropiada de los patrocinadores de la investigación en su formulación y realización; y las desviaciones en la publicación de los resultados. Sobre esta cuestión clave de la fiabilidad de los ensayos clínicos, y su publicación, volveremos más adelante.

3.2.2.- La "innovación tecnológica".

Una cuestión determinante a la hora de analizar el mundo del medicamento, y a la Industria Farmacéutica, es la cuestión de la "innovación", puesto que una de las mayores justificaciones del beneficio social que aporta la Industria es que innovan en materia de

medicamentos en beneficio de los pacientes. Pero esto no es del todo cierto. En una editorial de la revista Atención Primaria, se recogen las resoluciones del Comité de Evaluación de Nuevos Medicamentos, del Institut Català de Salut, el cual señala que las novedades generalmente no suponen una mejora terapéutica y da el siguiente dato, de los 144 nuevos medicamentos evaluados durante el período 2000-2011, el 89% de ellos no supone un avance terapéutico, un porcentaje idéntico al que otiene la revista "Prescrire" cuando en 2010 publicó los resultados de sus evaluaciones durante el período 2000-2009. (Editorial semFYC, 2012: 449).

En esto de la innovación, coincidimos con Pignarre y por ello introducimos en nuestro estudio una mención a los estudios de Ciencia, Tecnología y Sociedad. La farmacia es un asunto de innovación tecnológica en el campo de la bioquímica con gran repercusión en la sociedad. Un sector económico de tan enorme dimensión y con tales expectativas de progreso, cabe imaginar que pasará por auténticos momentos de angustia cuando la invención se ralentiza o incluso se estanca. Estamos ante una Industria que soporta unos elevadísimos costes de investigación y desarrollo, frente a unos bajísimos costes de fabricación. De ahí la imperiosa necesidad de inventar permanentemente y, cuando la invención se ralentiza, los esfuerzos por conservar el mayor tiempo posible el monopolio de las anteriores innovaciones. Así que el esfuerzo recae, amén de en las consabidas acciones comerciales que son complementarias, sobre la invención y la protección jurídica de esa invención (Pignarre, 2005: 22, 23).

Lo que se produce en la evolución temporal de los descubrimientos de nuevos medicamentos desde la década de 1930 hasta hoy, es un efecto tijera. Mientras hasta 1975 el número de invenciones se incrementan y los costos de I+D están más o menos controlados, a partir de 1975 se produce el ocaso de la revolución terapéutica y el número de invenciones disminuye tan radicalmente como se incrementan los costes de I+D. Pignarre habla de un cambio de método en la investigación. De ser estudios abiertos a ser controlados, dejándose de utilizar el peligroso método de Justin-Besançon en los ensayos clínicos, de manera que al reducirse la posibilidades de realizar ensayos clínicos sobre humanos las posibilidades de inventar se reducen. De esta manera, el método de ensayos clínicos aplicado a principios de la década de 1970 para disciplinar los múltiples inventos de los químicos antes de convertirse en el eje de funcionamiento de los laboratorios farmacéuticos, acabó con la máquina de hacer billetes (Pignarre, 2005: 61, 75).

Con todo ello, se puede entender mejor dónde se origina una de las derivas más llamativas y actuales de la Industria como la "invención de enfermedades". En el camino de desarrollo de nuevos medicamentos, se deben producir unas cantidades ingentes de conocimientos e invenciones fallidas que, bien utilizadas, y aprovechando la insaciable demanda de bienestar de

las poblaciones opulentas y su fe en la tecnología, pueden ampliar un mercado paulatinamente estancado.

En lo que se refiere a la protección jurídica de los inventos, también ahora entendemos mejor escándalos como el de las patentes de los medicamentos antisida, las cuales actúan como barrera infranqueable para el tratamiento en países pobres. Treinta y nueve de los más grandes laboratorios farmacéuticos del mundo denunciaron a Sudáfrica por violación de los acuerdos internacionales, ya que en 1997 sancionó una ley autorizando la producción local y la importación a bajo precio de genéricos antisida. El escándalo fue descomunal y ante tal presión los laboratorios renunciaron a su reclamación en 2001. Las cifras son espeluznantes: sólo el 5% de los 40 millones de personas infectadas por el VIH reciben atención. En África subsahariana residen tres cuartos del total de infectados. La falta de tratamientos antivirales en África ocasiona tres millones de muertos cada año. Menos de un 2,5% de los seropositivos por VIH en los países en vías de desarrollo reciben tratamiento (Pignarre, 2005: 118).

La investigación, producción y comercialización de medicamentos para el tratamiento de enfermedades de gran impacto, nos sumergen de lleno en las cuestiones éticas de calado que ligan ciencia, mercado y sociedad:

> *Entramos también en la doble cara del uso social del conocimiento científico: como recurso económico y como recurso sanitario. Lo que se ha expresado de manera algo dramática como "patentes contra pacientes" (*Sádaba Rodríguez I, 2007: 170)

La cuestión, si somos capaces de reponernos ante esta realidad, es cómo contener y corregir los excesos de la Industria Farmacéutica aprovechando su enorme capacidad para inventar nuevos medicamentos (Pignarre, 2005: 152). La respuesta no parece posible sin antes atender estas otras cuestiones como de qué manera las sociedades opulentas, y sus ciudadanos, serían capaces de contener su insaciable demanda de recursos (bienestar, comodidad, tecnologías fáciles...) y su tendencia a eludir cualquier dificultad con el mínimo esfuerzo cuando se trata de afrontar problemas comunes como llevar una alimentación sana, envejecer o pasar un duelo ante la pérdida de un ser querido.

Si una gran parte de nuestras sociedades han perdido la capacidad de afrontar las cosas de la vida y destinamos una parte importante de nuestros recursos a paliar con píldoras esa carencia, ¿qué tipo de sociedades estamos avalando? ¿aquellas que en lugar de ser educadas en la realidad lo son en los sueños? ¿estamos diseñando entre todos "un mundo feliz"? Se le atribuye a Aldous Huxley la lúcida frase "La medicina ha avanzado tanto que ya nadie está sano" (Blech,

2005: 15).

Como avanzábamos más arriba, una de las reivindicaciones ante el estado actual de las cosas es que los ciudadanos tomen partido en todo lo relativo a la salud y, en particular, que intervengan en la definición de las prioridades de investigación y de asignación de recursos para nuevos medicamentos y en su comercialización. Por ejemplo, impulsando que se abran licitaciones según ciertas prioridades; que se de valor a los principios activos y no a los nombres comerciales; que se negocie la duración de las patentes en función de los beneficios económicos que produzcan y de las necesidades sociales, etc. En una palabra, que se decida democráticamente, con luz y taquígrafos, cómo queremos que funcione el complejo mundo del medicamento y qué límites queremos ponerle, lo que nos lleva a detenernos en prácticas como la siguiente, cada vez más habitual entre los laboratorios, por la que se vacía al medicamento de valor sanitario dejándolo reducido a mero producto comercial: los medicamentos “me-too”.

3.2.3.- Ciencia con fines meramente comerciales: medicamentos “me-too”.

La Doctora Marcia Angell ha escrito sobre la quiebra que supone la esponsorización de la investigación clínica por parte de la Industria Farmacéutica. En su libro *The Truth about the Drug Companies...* (2004-a) aborda los principales problemas de la Industria Farmacéutica como el de la utilización de la ciencia con fines meramente comerciales.

Uno de los casos que ponen en evidencia la relación entre la ciencia y el mercado en el mundo del medicamento son los medicamentos “me-too”. El mayor resultado de las grandes compañías lo producen los medicamentos “me-too” o imitaciones (medicamentos réplica) que son una variación mínima, “trucos”, para ampliar los derechos de monopolio de una superproducción ya vieja; están diseñados para mantener dichos beneficios incluso tras el tiempo de patente del medicamento original. Estos medicamentos introducen mínimas variacioes sobre los que tienen caducada la patente para renovar su comercialización eludiendo el genérico. ¿Cómo se desarrollan?; en lugar de compararse en los ensayos clínicos con el medicamento que vienen a reemplazar (el cual pasa a producirse como genérico) para ver las mejoras terapéuticas reales que incorpora, se siguen comparando con placebo, lo que sin duda les ofrece un margen de credibilidad y, sobre todo, un gran margen económico por su bajo coste de producción.

El caso de estos medicamentos me-too es muy llamativo a la vez que diáfano para nuestra comprensión de la dimensión comercial del medicamento. Estas drogas inútiles respecto a sus antecesoras “jubiladas comercialmente”, entran en el mercado disfrazadas de novedad, mientras

que en realidad su producción responde a una estrategia comercial para sustituir a un medicamento anterior cuya patente está a punto de vencer dando paso al genérico. En verdad, sus propiedades terapéuticas resultan básicamente las mismas que las de su predecesor, pero al ser aceptados legalmente como nuevos medicamentos la empresa que los fabrica tiene derecho a explotarlos nuevamente en régimen de monopolio protegido con patente durante muchos años, induciendo publicitariamente su necesidad a pacientes y prescriptores, cuando la llegada del genérico cubre las necesidades terapéuticas y sanciona que las ventas del fármaco original han remunerado a su productor y ahora toca que la sociedad se beneficie del avance científico a precio mínimo. El sentido común dicta que en beneficio de la población y una vez que el medicamento original superó su periodo de patente y de explotación comercial exclusiva, lo que correspondería es su desarrollo y distribución como medicamento genérico, y debía evitarse el lanzamiento de dicho medicamento maquillado como nuevo, creándose expectativas terapéuticas y provocándose con técnicas publicitarias su necesidad de consumo por parte de la población. El éxito de estos medicamentos responde al poder del marketing sobre los Médicos que los prescriben y los pacientes que los demandan, así como a la incapacidad de la administración pública de poner límites al mercado.

Un desglose de los 1.035 nuevos fármacos aprobados por la Administración Federal de Medicamentos de EEUU entre 1989 y 2000 reveló que más de las tres cuartas partes se clasificaban como productos sin beneficios terapéuticos comparados con productos ya existentes, es decir, como medicamentos *me too*. Entre el año 2000 y el 2004 se aprobaron en EEUU 314 medicamentos como nuevos, de los que realmente sólo 32 pueden considerarse verdaderamente "nuevos".

Esta utilización de la ciencia con fines meramente comerciales, es decir, sin que se haga una aportación sustancial a la salud, es extensible a muchos otros casos. La dimensión comercial de la Industria Farmacéutica -y otras industrias- se sirve de la ciencia hasta caer en el abuso y el engaño. En nuestra opinión, el fenómeno de la invención de enfermedades, o el de los medicamentos "me-too", es una prueba más de que la medicina actúa como un poder -un "saber" en el sentido foucaultiano-, que afecta de manera directa al comportamiento y a la vida de las personas. No es una ciencia en términos convencionales. Los saberes médicos, unidos a los intereses comerciales, y sumados a la promesa idealizada del Estado del bienestar y a la demanda social de "felicidad", en una sociedad rodeada de opulencia y tecnología en progreso constante, conforman el caldo de cultivo para la utilización de la salud, la ciencia y el conocimiento como materias primas de la cadena de producción de grandes empresas, las cuales, para desarrollar el negocio, exageran o inventan enfermedades, con la colaboración de los Médicos, los pacientes y los gobiernos.

En ese contexto, el Médico de Atención Primaria objeto de nuestro estudio empírico no es más que un peón al servicio de una estrategia que le desborda y supera: ¿qué Médico se atrevería a desaconsejar la vacuna de la gripe A a una madre para sus hijos, tras las campañas mediáticas, el apoyo institucional y la alarma social creada? Es sorprendente, pero como vamos a ver a lo largo de este apartado, lo que se dice de la salud, de los medicamentos y de las enfermedades "no es de fiar", provenga de quien provenga, de una revista científica internacional, de la OMS, del Ministerio de Sanidad, del especialista o del Médico de familia. La medicina queda expuesta al cruce de fuertes intereses e interpretaciones sospechosas por muy diversos motivos, que se ponen en evidencia de distintas maneras, por ejemplo, a través de clamorosos olvidos de los que nos ocuparemos a continuación.

3.2.4.- Olvidos sociales de la farmacología.

Desde el punto de vista de la sociología de la ciencia este es un tema muy pertinente, ya que demuestra que la decisión de qué cosas merece la pena investigar es una decisión política y económica, y el olvido de la investigación en muchos temas es una muestra de que el proceso de producción del conocimiento científico está fuertemente influido por factores extracientíficos. Frente al desarrollo de medicamentos *mee-too* en el primer mundo opulento, en el que se inventan enfermedades a la carta que abrazan ciudadanos hipocondríacos que con el consentimiento de su Médico favorecerán la cuenta de resultados de los laboratorios, nos encontramos con una clamorosa negligencia que ignora el desarrollo de medicamentos para tratar enfermedades graves en el tercer mundo.

Una importante proporción de la población mundial no accede a los medicamentos esenciales, lo que tiene un impacto enorme en la salud de sus poblaciones. La Organización Mundial de la Salud ha diseñado el Programa de Medicamentos Esenciales desde 1985 como una alternativa de solución a dicha situación, aunque según un documento elaborado por Médicos Sin Fronteras (2006) las enfermedades olvidadas siguen extendiéndose entre los habitantes de los países en vías de desarrollo principalmente. Al no representar una expectativa económica atractiva, ya que los potenciales consumidores de medicamentos en estos países no tienen capacidad adquisitiva, son comercialmente inviables y, por ello, no son objeto de investigación por parte de las farmacéuticas.

Estamos hablando de enfermedades desconocidas en los países ricos como la tripanosomiasis humana africana (o enfermedad del sueño), la tripanosomiasis humana americana (también conocida como enfermedad de Chagas), la úlcera de Buruli, el dengue, la leishmaniasis

(o kala azar), la esquistosomiasis, la filariosis linfática... Otras enfermedades más conocidas por afectar también a países ricos, han caído en el olvido en lo que se refiere a la imposibilidad de acceso, en los países pobres, de medios diagnósticos y tratamientos seguros y asequibles. Se trata de las "tres grandes" del grupo de enfermedades olvidadas: el VIH/SIDA, la malaria y la tuberculosis.

Sesenta millones de personas corren el peligro de contraer la enfermedad del sueño. El kala azar acaba con la vida de 60.000 personas cada año. Cada día, 1.400 niños mueren víctimas de complicaciones asociadas al VIH/SIDA. La enfermedad de Chagas se cobra la vida de hasta 50.000 personas cada año en el continente americano. La tuberculosis es responsable de casi dos millones de muertes anuales. Cada año se producen 340 millones de infecciones de transmisión sexual. El olvido de estas enfermedades es una de las consecuencias de un deficiente sistema de desarrollo de medicamentos y de una política economicista de patentes, que enfocan todo el interés en la obtención de beneficios dinerarios, olvidando las necesidades reales y los beneficios humanos.

Del total gastado en investigación en salud, por encima de los cien mil millones de dólares EEUU al año, un 90% se dedica a problemas de salud del 10% de la población mundial (el gap 10/90). Entre 1975 y 2004, de los 1.556 nuevos fármacos comercializados en el mundo, únicamente 20 (un 1,3%) iban destinados al tratamiento de enfermedades tropicales y la tuberculosis, que representan el 12% del total de carga de las enfermedades mundiales. En el desglose de los 1.035 nuevos fármacos aprobados por la Administración Federal de Medicamentos de EEUU entre 1989 y 2000, menos del 1% iban destinados a tratar enfermedades que afectaban principalmente a los pobres, para las cuales nuevos tratamientos tendrían un efecto importante en el mundo de la atención sanitaria.

Por otra parte, hay un olvido en cierta manera paradójico por afectar esta vez a los ricos: la pandemia del tabaquismo. Si bien sólo se empezó a luchar contra ella de verdad hace unos años, en cambio se cumplen nada menos que 60 desde que en 1950 se publicara el riguroso trabajo epidemiológico de Richard Doll y Bradford Hill, que fue la primera prueba concluyente que demostraba una asociación entre el tabaco y el cáncer de pulmón (Maldonado-Fernández, 2005: 745). Es muy interesante reflexionar sobre el consumo de tabaco y el consumo de medicamentos, pues comparten algunas características como que van dirigidos a los países ricos o que ambos se supone que ayudan a alcanzar algún tipo de libertad (el tabaco explorando nuevas sensaciones que nos liberan de nuestras cadenas...). Lo más llamativo es que forman un extraño matrimonio cuando pensamos en que se trata de dos bienes de gran consumo que se complementan muy bien: el consumo continuado del uno puede producir enfermedades graves que el consumo

continuado del otro puede aparentemente curar; una combinación perversa para la salud pero en sintonía con la lógica del mercado que persigue ante todo una aceleración de la circulación de bienes y servicios, aún a costa de falsear el verdadero valor de las cosas.

Salvando las distancias, los medicamentos gozan de prestigio popular, como gozó y aún goza el tabaco, pero en los dos casos un uso inadecuado entraña serios riesgos. Ambos productos comparten la existencia de importantes intereses económicos detrás de su comercialización así como fuertes contradicciones en sus complejas relaciones con quienes los consumen, quienes los producen y quienes los regulan, aunque en el caso del tabaco, que sigue siendo un veneno legal muy consumido "que chupa recursos sanitarios por un tubo", parece que ha sido desenmascarado.

3.2.5.- Otro olvido: las patentes y el tercer mundo. La protección jurídica de la invención.

Pignarre (2005) analiza uno de los argumentos que esgrime la Industria para defender el derecho de patentes en el Tercer Mundo, y es que de otra manera nadie querrá financiar las investigaciones. Pero este razonamiento significaría que el progreso no podría continuar sin pagar el precio de obviar millones de vidas que habitan en los países pobres. Es decir, se trataría de optar por prolongar la duración y la calidad de vida de las poblaciones ricas del Norte a costa de acortar la esperanza de vida en el Sur. El razonamiento instrumental de la Industria es preocupante:

> *Esta dialéctica obscena en la que quiere encerrarnos la industria farmacéutica de los países ricos, es el inicio de un reinado de terror (*Pignarre, 2005: 121)

La Declaración de DOHA de 2001, logró modificar tras una polémica internacional un acuerdo (ADPIC, acuerdo sobre los derechos de la propiedad intelectual vinculados al comercio) claramente abusivo de la Organización Mundial del Comercio de 1994 que imponía la obligatoriedad de las patentes. Dicho acuerdo, entre otras, recogía las siguientes medidas: que el laboratorio que produjera genéricos tenía que comprar al propietario del medicamento además del derecho de patente también el de otros productos vinculados; imposiciones de la empresa productora del medicamento patentado para la forma de producir el genérico; obligación al que desarrolle el genérico de todas las mejoras realizadas al producto; limitación de las exportaciones... (Forcades, 2006: 11).

En 2005 el parlamento indio se vio obligado a aprobar, presionado por los acuerdos de la Organización Mundial del Comercio, una nueva ley de patentes que modificaba la de 1970 para

someterse estrictamente al sistema de patentes, al que hasta el momento se resistía en los casos en los que se consideraba que se hacía uso abusivo de las patentes autorizando a los laboratorios indios a producir legalmente genéricos. En 2003 la industria india de genéricos daba trabajo a 500.000 personas en más de 20.000 empresas. Con esta libre competencia que eliminaba el sistema de patentes, el precio de un tratamiento para el SIDA en la India se había reducido en 2004 de 1.500 dólares por persona y año, a 150 dólares (Forcades, 2006: 9). Para esta autora:

> *Las grandes compañías farmacéuticas utilizan hoy su riqueza y poder para defender sus propios intereses a costa del bienestar, la salud y la vida de otras personas* (Forcades, 2006: 15)

Durante la polémica sobre la obligación que se impuso a los países pobres de cumplir con las patentes de antirretrovirales, aunque costara la vida a sus ciudadanos, la Oficina Mundial de la Propiedad Intelectual (OMPI) perteneciente a la ONU, difundió un documento para defender a los industriales de la farmacia en los países ricos, en el cual se trataba de desmantelar las seis acusaciones principales contra el sistema de patentes. A continuación, y dado su interés, indicamos el enunciado de los seis mitos "combatidos" por OMPI (www.wipo.org) y, en cursiva, algunos comentarios de Pignarre (2005: 125):

1. Las dificultades de acceso a la atención sanitaria y de disponibilidad de medicamentos esenciales son consecuencia del sistema de patentes.

   Esto es tristemente cierto en el caso de los medicamentos contra el sida. De ser un mito no se explicaría que países que no respetaron el sistema de patentes como la India hayan podido combatir mejor el SIDA que otros que tuvieron que aceptarlos.

2. El coste elevado de los medicamentos es principalmente una consecuencia del sistema de patentes que permite que los industriales fijen precios artificialmente elevados.

   Es muy fácil comparar los precios de un medicamentos durante su patente y el de los genéricos. En EEUU la diferencia puede ser del 80% Basta con peguntarse por qué la OMPI no desvela estas diferencias de precios.

3. El sistema de patentes favorece los intereses de los industriales a expensas del bien común.

   En la práctica existe contradicción entre los intereses de los industriales y el bien común.

4. El sistema de patentes imposibilita una auténtica competencia.

   Eso nunca lo dijo nadie. El sistema de patentes fija las reglas de la competencia.

5. El sistema de patentes es singularmente injusto con los países subdesarrollados,

que deben dar respuesta a situaciones sociales y económicas muy complejas y deberían estar exentos de las obligaciones ligadas a la propiedad intelectual internacional, especialmente en el caso de ciertos medicamentos.

Sí, los países más pobres tendrían que ser dispensados de las obligaciones vinculadas a las patentes sobre ciertos medicamentos... Debería instaurarse un foro de negociación en el que EEUU no posea derecho de veto.

6. Los tratados internacionales sobre la protección por medio de patentes interfieren en el derecho elemental del hombre de disponer de medicamentos capaces de salvar la vida.

Es indudable que estas interferencias existen, aunque no de forma sistemática.

Lo que se encuentra detrás del sistema de patentes es la constatación de que el mercado jamás fue una realidad natural, sino bien al contrario, una realidad cultural o social, fruto de leyes y normas que lo que hacen no es regular una pretendida realidad natural proclamada por los defensores a ultranza del libre mercado, sino que de una manera bien distinta posibilitan y construyen una realidad intrínsecamente cultural en la que los intereses económicos modelan y limitan a su antojo el mercado, que siempre tiene normas que lo regulan. El mercado libre no existe, aunque sí el "mercado salvaje" hecho a medida de los intereses del más fuerte, con algunas normas que tratan de limitarlo para evitar los abusos más flagrantes.

Relacionado con lo que acabamos de ver para las patentes, también la prescripción de medicamentos es un proceso cultural creado por la conjunción de la medicina que dice curar cualquier dolencia, el paciente que dice necesitar cura, ciertas concepciones del Estado del bienestar que dice que todos tenemos derecho a eso, al bienestar, y la farmacia, que dice que tiene el remedio, y que siguiendo "leyes naturales" le corresponde la honorable tarea de atender positivamente todos estos decires, aunque para ello lógicamente tiene que recuperar la fuerte inversión realizada y remunerar al capital que la hace posible, desarrollando así un mercado de consumo de medicamentos en masa.

El tema de las patentes afecta igualmente al mundo rico, aunque en menor medida que al pobre. Como todos recordaremos, en otoño de 2005 se vivió con angustia la amenaza de una pandemia por gripe aviar y el auge del medicamento que la trataba, el "tamiflú". "Es la primera vez en la historia que se conoce la amenaza de la gripe con antelación" (Elena Salgado, Ministra de Sanidad, Diario El País, 8/11/2005, pág. 34). Esta antelación novedosa, tanto desde el punto de vista de la prevención, como del de la producción de medicamentos, otorga al caso una dimensión especial, porque si bien la tecnología médica es capaz de prever el impacto de una enfermedad, en cambio no queda garantizado ni el remedio, ni el acceso al remedio debido al sistema de

patentes:

> *Por primera vez en la historia somos capaces de prever con suficiente antelación la globalización de una enfermedad pero vivimos maniatados para proveernos de fármacos que la contrarresten debido a las normativas internacionales del capitalismo mundializado (OMC)... Las patentes son, inexorablemente, una "cuestión de supervivencia" para las abultadas carteras de los "mastodontes" financieros que operan en el mercado de medicamentos (*Sádaba Rodríguez I, 2007: 169)

El tema de las patentes - verdadera ancla jurídica que cose el medicamento a su propietario legal, es decir, vincula rígidamente ciencia y mercado - daría aún para más. Baste introducir el concepto de "biopiratería" que manejan algunos autores referido al empleo de los sistemas de propiedad intelectual para legitimar la propiedad y el control exclusivo de los recursos biológicos y de los productos y procesos biológicos que se han utilizado durante siglos en las culturas no industrializadas (incluyendo semillas de cultivos, sector en el que también han entrado las multinacionales farmacéuticas):

> *Las solicitudes de patentes sobre biodiversidad y conocimientos tradicionales que se basan en la innovación, la creatividad y el ingenio de la gente del tercer mundo son actos de biopiratería que niegan la innovación incorporada en los conocimientos tradicionales* (Shiva V, 2003: 51)

Dos de las posibles claves ante el actual sistema de patentes serían, de una parte, que se aplique verdaderamente a la innovación y a los avances sustantivos, y no a pequeñas variaciones sobre lo mismo y, de otra, que exista un sistema internacional justo para que, llegado el caso de verdadera necesidad, se puedan producir medicamentos en grandes cantidades y baratos que den respuesta a retos como los del sida en África y otros países.

Aquí no termina esta relación entre ciencia y mercado, que lo impregna todo en el mundo del medicamento. En el siguiente epígrafe, veremos cómo se ve afectada la principal arteria de la ciencia: la circulación del conocimiento científico.

3.3.- La difusión del conocimiento farmacológico: entre la ciencia y el marketing.

3.3.1.- Revistas científicas.

Como se ha señalado, tras los ensayos clínicos y la publicación de sus resultados, que son

la fuente esencial de producción de ciencia y conocimiento en materia de medicamentos, se encuentran fuertes críticas debido a la existencia de investigadores con conflicto de intereses, intrusismo por parte de los patrocinadores y la publicación incorrecta, interesada, de resultados.

De esto precisamente es de lo que se quejaron en un editorial conjunta (Davidoff, 2001) nada menos que trece destacadas revistas médicas[4], miembros del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas[5], y es la razón por la que adoptaron medidas para reducir los sesgos en la comunicación de las conclusiones de investigaciones clínicas. Los editores explicaron la base del endurecimiento de su normativa en una declaración publicada simultáneamente en sus revistas, cuyos elementos primordiales nos parece muy oportuno resumir ya que de ellos se desprenden serias deficiencias en el tratamiento del saber científico (OMS, 2002c: 2):

– Los datos de los ensayos clínicos deben ser recogidos y presentados de modo objetivo y desapasionado, lo que resulta primordial para la práctica científica de la medicina porque configura las decisiones terapéuticas adoptadas por los Médicos e impulsa la política pública y privada de atención de salud.
– Nos preocupa que el actual entorno intelectual en el que se conciben algunas investigaciones clínicas; se recluta a los participantes en los estudios; y se analizan y comunican (o no comunican) los datos, puede amenazar la necesaria objetividad.
– Los ensayos clínicos son instrumentos potentes y deben utilizarse con cuidado. Permiten a los investigadores probar hipótesis biológicas en pacientes vivos y, además, tienen la posibilidad de modificar las normas asistenciales.
– El efecto económico de tales cambios puede ser muy notable. Los ensayos bien ejecutados, publicados en revistas de alta calidad, pueden ser utilizados para comercializar medicamentos y dispositivos médicos, pudiendo dar lugar a una notable ganancia financiera para el patrocinador.
– Los enfermos participan en los ensayos clínicos en gran parte por motivos altruistas. Teniendo en cuenta esa realidad, el empleo de los ensayos clínicos de modo fundamental para la comercialización es, en nuestra opinión, una burla de la investigación clínica.
– Muchos ensayos clínicos se realizan para facilitar la aprobación reglamentaria de un dispositivo o medicamento más que para probar una nueva hipótesis científica concreta.
– Los investigadores pueden tener escasa o nula intervención en el diseño del

[4] Lancet. Annals of Internal Medicine, Journal of the American Medical Association, The New England Journal of Medicine, The New Zealand Medical Journal, Canadian Medical Association Journal, Ugeskrift for Laeger, MEDLINE/Index Medicus, Tidsskrift for den norske laegeforening, Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, The Medical Journal of Australia y Western Journal of Medicine.
[5] http://www.icmje.org/ y http://www.revespcardiol.org/cardio/ctl_servlet?_f=40&ident=13062920

ensayo, ningún acceso a los datos brutos y participación limitada en la interpretación de los datos. Esas condiciones son draconianas para científicos que se respetan a sí mismos, pero muchos las han aceptado porque saben que si no lo hacen, el patrocinador hallará a alguien dispuesto a hacerlo.

– Si son desfavorables para el patrocinador del producto, los resultados del ensayo terminado pueden quedar enterrados en lugar de publicados.

– Como editores, nos oponemos firmemente a los acuerdos contractuales que niegan a los investigadores el derecho a examinar independientemente los datos o a presentar un manuscrito para su publicación sin obtener primero el consentimiento del patrocinador. Esos acuerdos no sólo erosionan la estructura de la indagación intelectual que ha impulsado investigaciones clínicas de muy alta calidad, sino que también hacen que las revistas médicas participen en una posible presentación equívoca, ya que el manuscrito publicado tal vez no revele la amplitud con la que los autores carecían de poder para controlar la realización del estudio que lleva sus nombres.

– Teniendo en cuenta esta preocupación, hemos revisado y reforzado recientemente la sección sobre ética de la publicación.

– Editores de 14 destacadas revistas de neurología han anunciado que los autores que presenten artículos para las mismas tendrán que declarar que tienen derecho a publicar todos los datos, cualesquiera sean las opiniones del patrocinador. Asimismo exigen a los autores que firmen una declaración de sus acuerdos financieros con las fuentes de apoyo públicas, privadas y de la Industria.

Para terminar, los editores insisten en que los manuscritos presentados a sus revistas son propiedad intelectual de los autores y no de los patrocinadores del estudio, y argumentan que la libertad académica incluye el derecho de los autores a tener acceso a todos los datos obtenidos en su estudio, revisarlos, obtener independientemente análisis de éstos y publicar sus datos basándose en sus propias decisiones y no en las del patrocinador financiero.

Drummond Rennie, jefe de redacción del prestigioso *Journal of the American Medical Association* JAMA, denunció en un editorial de 1999 que algunos laboratorios utilizan la estratagema de publicar artículos en las revistas médicas y científicas europeas y norteamericanas, que multiplican los resultados del mismo estudio, aunque presentados de otro modo y con autores diferentes. El laboratorio da con ello la impresión de que un alto número de casos y diferentes estudios confirman las benevolencias de su medicamento (Pignarre, 2005: 143).

Como vemos, no se trata sólo de analizar las influencias sociales o comerciales del proceso de prescripción en la clínica, que es un entorno diferente al de la investigación científica

médica. Se trata de que en el mismo corazón del proceso científico se están produciendo influencias no científicas que, evidentemente, se amplificarán según descendemos al entorno de la práctica médica y de la aplicación en pacientes.

3.3.2.- Medios de comunicación y marketing farmacéutico.

Otra dimensión de esta problemática es la de los medios de comunicación dirigidos al gran público. Para Angell (2004-b), como para otros autores, los gastos en marketing son excesivamente elevados. Las farmacéuticas gastan en este apartado más que en cualquier otro, más que en investigación, si bien no se sabe muy bien dónde va ese dinero, aunque cabe suponer que se dirige a la fuerza de ventas, agasajos y educación para Médicos. Se sospecha que la mayor parte se dirige a persuadir a Médicos y pacientes para que elijan un medicamento *me-too* sin emplear en ello mucha base científica, pero también se actúa a distintos niveles sobre los medios de comunicación de masas.

Actualmente, la presencia de los medicamentos es notoria y relevante en los medios de comunicación. Son frecuentes las referencias a fármacos e inclusive la mención de sus nombres comerciales en los textos informativos, así como son habituales los artículos periodísticos que tratan sobre las novedades terapéuticas y los beneficios y quizás los riesgos de los tratamientos, con gran detalle. Destacan las grandes campañas de publicidad en medios de comunicación de masas cuyo destino último es la venta de medicamentos.

En los últimos 25 años, en nuestro país, el volumen de información sobre medicamentos y tratamientos ha ido creciendo en cantidad, en sintonía con el desarrollo del periodismo médico español. De un modo u otro, toda esta información influye en las personas/pacientes/consumidores finales y los propios Médicos. Asimismo, las noticias que aparecen en los medios, pueden tener también relevantes consecuencias para la Administración y las autoridades reguladoras, así como para otros agentes vinculados con los medicamentos.

En buena parte, la opinión de los ciudadanos acerca de los medicamentos se fundamenta en lo que escuchan o leen en los medios. Los enfermos, a partir de esta información, pueden llegar a tomar relevantes decisiones que atañen a su salud. El punto de partida para que el paciente valore con el Médico las posibilidades terapéuticas de su enfermedad, en ocasiones, es la información de Internet o los recortes de prensa.

También, para los Médicos, el primer punto de acceso a la información sobre los resultados

de la investigación con medicamentos y las novedades terapéuticas son, en muchas ocasiones, los medios de comunicación.

En otras ocasiones, las farmacéuticas se sirven de potenciales pacientes de una posible enfermedad, a los cuales "instruyen" de alguna manera "informándoles" de posibles dolencias o consecuencias ligadas a una enfermedad y les recomiendan que acudan al Médico en busca de confirmación de si padecen la enfermedad para que les sea aplicado un tratamiento farmacológico mediante una receta. Entre tanto, la red de visitadores ha bombardeado previamente a los Médicos que se ven aliviados al poder contar con las herramientas (los medicamentos) con las que poder dar respuesta a la demanda de sus pacientes.

Las asociaciones de pacientes, pueden utilizar las informaciones periodísticas -muchas de ellas financiadas y creadas por la propia Industria- como herramientas de coerción para la aprobación de una nueva indicación terapéutica y otras demandas (Casino, 2007).

Como ejemplo de la complejidad del terreno que se pisa en materia de conocimiento científico-médico y divulgación, cabe citar el escándalo que se suscitó en 2006 en la comunidad científica por el fraude cometido por el investigador Hwang Woo Suk, pionero de la clonación genética de Corea del Sur, al que se acusó de falsear sus experimentos con células madre de embriones humanos, poniendo con ello en la picota a las publicaciones especializadas que se hicieron eco de sus supuestos logros médicos; las prestigiosas *Science* y *Nature*.

En el reportaje de El Mundo[6] podemos seguir el debate suscitado. Para el editor de la revista Medicina Clínica, Miguel Vilardell, la publicación científica española con mayor impacto en el sector y la única en lengua castellana que aparece en todos los índices bibliométricos internacionales (recibe y evalúa cada año más de 1.600 trabajos originales sobre medicina general, de los cuales sólo el 25% ve la luz), el caso de Hwang Woo Suk es excepcional: "Cada año se mandan a las publicaciones millones de artículos de investigación y estas situaciones son muy raras, aunque es cierto que provocan un gran daño y generan desconfianza". Medicina Clínica confía en los procedimientos tradicionales con los que las principales revistas del sector evalúan la idoneidad y la calidad científica de los trabajos que publican, muy similar al de los grandes medios científicos internacionales como *The New England Journal of Medicine, The Journal of the American Medical Association, The Lancet* o *The British Medical Journal.* El primer paso es someterse a la evaluación del comité editor del medio, integrado por un grupo de personas con muchísimos años de experiencia en la divulgación científica. Se decide si el tema es de interés, pertinente y responde a la actualidad. El segundo paso es el análisis del contenido por

[6] Diario El Mundo. Suplemento de Salud N 646, 7 enero 2006

parte de especialistas en la materia objeto del trabajo. Es lo que se conoce en el sector como revisión entre pares o compañeros (en inglés, *peer-review*).

Por su parte, Agustín Gómez de la Cámara, Presidente de la Comisión de Investigación del Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid y coordinador estatal de la Red Temática de Medicina Basada en la Evidencia, señala que "*el sistema de publicación y divulgación de artículos científicos debe ser revisado en su totalidad*". En la comunidad investigadora existe desde hace tiempo "cierto malestar" respecto al proceso de revisión de los trabajos originales de las grandes revistas médicas: "*Todas tienen su política de publicación que a veces es nítida y en otros casos no*". En cuanto al *peer-review*, "*ofrece una falsa sensación de seguridad*". En su opinión, este método de filtro "*es arbitrario; estos expertos no otorgan veracidad a la investigación, sino conformidad con la política editorial de la revista"*. Y hace hincapié en que las editoriales médicas son "*empresas privadas que responden a unos intereses"*. Aboga por que sean organismos públicos independientes los que se encarguen de difundir los hallazgos científicos. Aún así, admite que no existe ningún mecanismo para eliminar el fraude. Otro asunto crucial para Gómez de la Cámara son los medios de comunicación. Considera fundamental proteger el escenario científico de la agitación mediática evitando el sensacionalismo y marcando la diferencia entre la comunicación profesional y la de los medios dirigidos al público general. La raíz de casos como el de Hwang Woo Suk hay que buscarla igualmente en el feroz interés de los profesionales de la investigación biomédica por acumular publicaciones o el excesivo número de revistas científicas en circulación (El Mundo, 2006).

En otro orden de cosas, cualquier política de contención del gasto público en materia de medicamentos tiene una respuesta inmediata en los medios de comunicación. Como ejemplo madrileño, el Consejero de Sanidad de la Comunidad de Madrid encontraba resistencias por parte de la Industria Farmacéutica para aplicar políticas de contención en medicamentos en un contexto de incremento del gasto de la factura farmacéutica que en los últimos 12 meses le costó a la Comunidad de Madrid 1.300 millones de euros, un 4,9% más que el año anterior (Diario El País, 27.XI.2009): *Farmaindustria se levanta contra la propuesta de Güemes para abaratar los fármacos*. La respuesta de la Industria no se hace esperar: *Los fabricantes de medicamentos alertan de que se va a dejar de invertir en innovación si un fármaco nuevo cuesta lo mismo que uno ya existente*, recurriendo a uno de los argumentos más sólidos de la Industria y es que los medicamentos requieren de una gran inversión en investigación. Argumentan que un cambio en el sistema haría que las farmacéuticas dejaran de investigar en mejoras de los fármacos ya existentes, por lo que sólo podrían dedicarse a las moléculas absolutamente nuevas, con el resultado de que éstas tendrían que ser más caras para que compensara la inversión correspondiente. La solución para controlar el gasto que daba Farmaindustria es regular la

demanda; sin duda un sarcasmo, porque precisamente si de algo saben los laboratorios es de técnicas de impulso y promoción de la demanda, con lo que constatamos que donde se siente cómoda la Industria Farmacéutica es en el terreno del mercado, en términos más sociológicos, "en el campo de las percepciones y los decires", donde campan a sus anchas.

En el Periodista Digital (29.XI.09)[7], encontramos otra interesante noticia titulada "*Algo huele a podrido en Farmaindustria*", en la que se expone el tratamiento que se da en Estados Unidos a los regalos de la Industria Farmacéutica. Como ejemplo, se indica que al doctor Thomas Spencer, de la Universidad de Harvard, se le "olvidó" mencionar que entre 2000 y 2007 cobró un millón de dólares procedente de compañías farmacéuticas como asesor y consultor. Sus colegas Joseph Biederman y Timothy Wilens, psiquiatras como él, pasaron por alto otros 1,6 millones de dólares cuando, cumpliendo la ley, tuvieron que hacer una relación de sus posibles conflictos de intereses. Y es que los Institutos Nacionales de Salud de EEUU obligan a que se declare cualquier pago superior a 10.000 dólares al año por asesorar a fabricantes de fármacos. Y los tres especialistas, que ejercen además en el Hospital General de Massachusetts, incumplieron reiteradamente las reglas internas de su universidad y la normativa federal. La noticia continua con veladas acusaciones de dádivas a medios de comunicación por parte de Farmaindustria para preservar su buena imagen.

El 5.02.11 leemos en el Diario El País que el Gobierno socialista ha impugnado la ley gallega del medicamento, promovida por el Gobierno autonómico del PP. El Consejo de Ministros aprobó impugnar la ley ante el Tribunal Constitucional, aduciendo que restringe la prestación farmacéutica al establecer un catálogo de medicamentos obligatorio más restrictivo que el nacional. En medio de la enorme crisis económica que estamos viviendo, el mejor argumento de la Xunta es que con esta ley ahorrará 110 millones de euros. Esta ley, que fija la marca del medicamento que deben dar las farmacias con independencia de lo que diga el Médico en la receta, es en realidad un paso importante hacia la desvinculación de la receta y la marca comercial. Y paradógicamente resulta que tiene que ser un gobierno liberal el que la fomente y un gobierno socialista quien la paralice, argumentando que supone un recorte de derechos de los gallegos frente a otros ciudadanos al impedirles acceder a unas 400 presentaciones aprobadas a nivel nacional. Con esto se le quitarán las ganas a cualquier administración pública que quiera aventurarse a tener iniciativas para la racionalización del gasto farmacéutico.

Dentro de la marea que están provocando las filtraciones de Wikileaks sobre miles de documentos clasificados del Departamento de Estado de los EEUU, se encuentran casos que refieren las presiones que ejerció el gobierno norteamericano en favor de los laboratorios

[7] Periodista Digital, 29 de noviembre de 2009, disponible en: http://www.periodistadigital.com/salud/farmacia/2009/11/29/codigo-huele-medico-podrido-regalo-farmaindustria-generico-soborno.shtml

farmacéuticos para evitar la entrada de genéricos en países pobres, los cuales tratan de conseguir medicamentos asequibles por esta vía (Diario El País, 7.02.11: 30). Si bien en 2003 la Organización Mundial del Comercio (OMC) dispuso que países en dificultades, con una crisis sanitaria, no tuvieran que respetar la protección intelectual de un fármaco y pudieran fabricar o importar genéricos de dicho fármaco, la presión estadounidense y la de los propios laboratorios, intentan que la medida no sea adoptada por los gobiernos de estos países. El ejemplo más llamativo, narra el Diario El País, es el de Guatemala, donde el Presidente, Óscar Berger, llegó a firmar en 2004 una nueva ley para facilitar el acceso a los genéricos, tal y como proponía su ministro de Sanidad, Marco Tulio Sosa, apoyado por las movilizaciones de la premio Nobel de la Paz, Rigoberta Menchú, y de Médicos sin Fronteras. Ante esta situación, el embajador norteamericano se puso en acción. Llegaron las presiones y, al final, "el presidente revocó la ley, y Guatemala volvió al redil".

Como podemos ver, la enorme influencia de los medios de comunicación y la fácilmente franqueable cadena de valor del medicamento (la porosidad comercial del medicamento), hacen factible que un proceso que debería ser sobre todo científico, se vea desbordado por las presiones políticas que se generan en torno a las noticias que suscitan y a las reacciones que se promueven en torno a los intereses que le rodean.

Este capítulo dedicado al medicamento, la ciencia y el mercado, no puede terminar sin que hagamos un recorrido centrado en las críticas vertidas desde distintas perspectivas a la Industria Farmacéutica y los rincones más dudosos de su negocio.

3.4.- Críticas a la Industria Farmacéutica: el medicamento como negocio.

El completo informe elaborado en 2005 por el Comité de Salud del Parlamento inglés realiza de manera contundente en su resumen inicial la siguiente afirmación:

> *In making our recommendations we were very impressed by the comments of Sir Richard Sykes: Today the industry has got a very bad name. That is very unfortunate for an industry that we should look up to and believe in, and that we should be supporting. I think there have to be some big changes (*House of Commons, 2005: 6).

Que se podría traducir más o menos como que estamos ante una Industria fundamental, que necesitamos, pero que tiene muy mala fama, realiza prácticas que van contra el interés público y debe abordar cambios profundos. Con este comentario, lanzado desde un ámbito

gubernamental del mayor nivel que, como veremos, no es precisamente el más crítico con la Industria Farmacéutica, nos vamos a introducir en un apartado dedicado a algunos de los principales problemas y críticas que rodean al mundo empresarial de los medicamentos. Cabe señalar que no todo lo que vamos a ver son críticas endosables directamente a la Industria Farmacéutica; es cierto que en ella se hace visible lo peor del mundo del medicamento, pero también es cierto que ese mundo incluye a los ciudadanos, a los Médicos y a la administración pública, que juegan papeles igualmente importantes.

Quince años antes del estudio del Parlamento inglés con el que abrimos este apartado, un autor español señalaba que la Industria Farmacéutica es una parte fundamental del Sistema Sanitario dentro de una economía de mercado, y su búsqueda del beneficio económico es compatible con un trabajo honesto y de calidad, pero, que sin control, esa búsqueda de beneficio puede distorsionar el mercado, ya que las actividades de la Industria "pueden entrar en contradicción con los objetivos del Sistema Sanitario en su conjunto" (Gérvas, 1989: 592).

Estos problemas alcanzan todos los rincones de la cadena de valor del medicamento; la influencia de la Industria es enorme, llega a cada nivel del ámbito sanitario, entre los cuales se encuentra la misma prescripción de medicinas. Nos encontramos ante una problemática amplia que se entrelaza con varias dimensiones de la realidad social:

> *The consequences of lax oversight is that the industry's influence has expanded and a number of practices have developed which act against the public interest. The industry affects every level of healthcare provision, from the drugs that are initially discovered and developed through clinical trials, to the promotion of drugs to the prescriber and the patient groups, to the prescription of medicines and the compilation of clinical guidelines (*House of Commons, 2005: 3).

La Comisión del Parlamento Inglés, no obstante, reconoce el mérito de la Industria en muchos sentidos, pero pone en evidencia su incapacidad para ejercer el control de calidad y la disciplina que requiere su especial actividad. Y dentro de sus principales conclusiones señala, entre otras, que la influencia de la Industria Farmacéutica es tal que domina la práctica clínica hasta limitar su independencia; que debe incrementar su transparencia y que ejerce un excesivo secreto en el proceso de aprobación de medicamentos (House of Commons, 2005: 97).

Una de las vías clásicas y de más antigüedad y vigencia de penetración de la Industria en el Proceso de Prescripción de Medicamentos es a través de los visitadores médicos, verdaderos símbolos de la dimensión comercial del medicamento, al mismo tiempo que auténticos perseguidores de guante blanco de los Médicos de Atención Primaria, como se constata en

nuestro apartado empírico y como muestran diversos estudios sobre la materia.

Un ejemplo de su influencia queda expuesto en el estudio mediante cuestionario llevado a cabo en 2001 para conocer la opinión de los MAP de Ourense con respecto a algunos aspectos de su prescripción. En lo que se refiere a la relación con la Industria Farmacéutica, la totalidad de los Médicos que contestaron admitía recibir la visita de delegados farmacéuticos, con un promedio de 2,8 por día. Asimismo, un 27% admitía participar en estudios patrocinados por la Industria Farmacéutica y un 84 % de los Médicos creían adecuado el patrocinio por parte de los laboratorios de cursos y otras actividades formativas (Díaz Grávalos et al, 2001, 365).

Otro ejemplo lo tenemos en el relevante trabajo de Chressanthis et al (2012), que estudiaron la influencia que tenían los visitadores médicos en las decisiones de los facultativos y, de manera particular, si la limitación del acceso de los visitadores médicos a los facultativos modificaría su práctica profesional. Se analizaron las decisiones clínicas de entre 58.000 y 72.000 médicos en Estados Unidos. Los resultados del estudio arrojaron datos que demostraban una clara diferencia en la toma de decisiones clínicas, como la adopción o no de nuevos medicamentos, entre el grupo de médicos que tenían un muy bajo trato con los visitadores y otros médicos con mayor trato.

El caso es, que los negocios de la Industria Farmacéutica marchan de modo espectacular, mientras los grandes gastos en farmacia desbordan los presupuestos del Sistema Sanitario. Los beneficios de las diez empresas farmacéuticas más grandes del mundo crecieron alrededor de un 13% en el año 2002, un periodo de crisis generalizada. Se invierte en este opulento sector más dinero en marketing que en investigación. Un tercio de los ingresos y otro tercio de su personal lo dedican las "Big Pharma"[8] a lanzar medicamentos al mercado. En este contexto no cabe extrañar que parte de su negocio se dedique a exagerar, o incluso inventar, las enfermedades para las que comercializan productos (Blech, 2005).

Se pone en evidencia la existencia de un gran problema del sector farmacéutico debido a su propensión a la exageración. A modo de ejemplo, el gerente de la empresa Roche en Australia, Fred Nadjarian, declaró en el *British Medical Journal* "*La gente de marketing siempre lo infla todo. Se dejan llevar por un entusiasmo natural".* Él mismo pretendió comercializar su antidepresivo con el objetivo de disminuir la "fobia social", una supuesta forma patológica de la timidez. Patrocinada

[8] Es el nombre con el que se conoce el sector de grandes empresas farmacéuticas que más facturan y más beneficios obtienen. Se le han dedicado incluso documentales educativos advirtiendo contra el exceso de la publicidad de medicamentos como: "Big Bucks, Big Pharma. Marketing Disease & Pushing Drugs" producido en 2006 por "Media Education Foundation: documentary & films": www.mediaed.org/cgi-bin/commerce.cgi?preadd=action&key=224#filmmaker-about.

por su empresa, una nota de prensa afirmaba que padecían este síndrome denominado "aniquilador del alma" más de un millón de australianos y que, mediante terapia del comportamiento y medicamentos, era tratable. Pero para las pruebas de los estudios clínicos, Nadjarian y su gente no lograron reunir suficientes personas. La fobia social es una patología mucho más complicada de lo que ellos afirmaban. Ante estos trucos, no son pocos los Médicos y estudiosos que se escandalizan:

> *Si sumamos todas las estadísticas… cada uno de nosotros debería tener unas veinte enfermedades. Muchas cosas se presentan de forma totalmente exagerada* (Moynihan, 2002: 867)

> *La divulgación de determinados problemas se eleva desmedidamente mediante estudios de dudosa epidemiología, para demostrar al afectado que se encuentra muy bien acompañado* (Füessl, 2002: 20)

Algunos Médicos logran un estatus más elevado, obtienen más ingresos y ganan influencia cuando se conquista un nuevo territorio para la medicina. Asimismo, catedráticos de prestigiosas universidades se implican en el debate como creadores de opinión en ocasiones al servicio de la Industria Farmacéutica. Éstos se lucran por una conferencia, un artículo o una comparecencia en rueda de prensa. Asimismo, efectúan una publicidad manifiesta de las enfermedades y los productos idóneos para curarlas:

> *Cuando no hay enfermedades, las empresas farmacéuticas quiebran. La tragedia de la ciencia está en que los médicos están dispuestos a vender sus conocimientos para servir a los intereses de las empresas farmacéuticas (*Internacional Herald Tribune, 04-01-2003)

La medicalización dirigida de los problemas humanos constituye la base del negocio para algunas empresas del sector farmacéutico, fabricantes de instrumental y grupos de Médicos. Los medios de comunicación también sacan cierto provecho cuando hacen pasar por enfermas a las personas sanas en sus informes inconsistentes.

> *Muchos periodistas y redactores se explayan con fórmulas médicas insustanciales en las cuales el alarmismo por la última plaga asesina va acompañado de la noticia sobre un nuevo remedio milagroso* (Moynihan, y Smith, 2002: 859-860)

A través de las agencias de relaciones públicas, llegan a los medios de comunicación la mayoría de los datos de la población referentes a la salud que se recogen por encargo de empresas y clínicas. Los datos y las cifras de las noticias de prensa son prácticamente imposibles

de verificar. La cifra defendida de los casos clínicos se reduce, frecuentemente, a estimaciones arbitrarias.

En el año 2002 el propio boletín de medicamentos esenciales de la OMS (OMS, 2002c) dedica su editorial a preguntarse "¿Fomento de la ciencia o de las ventas?". En dicho editorial, se evidencia la vinculación de la promoción de medicamentos con el uso de fármacos más modernos y costosos, pero no necesariamente más eficaces. Un estudio del Instituto Nacional de EE.UU. para la Fundación de Investigaciones y Enseñanzas sobre Gestión de la Atención de Salud, muestra que la publicidad directa al consumidor puede inducir a un exceso de demanda inapropiada de algunos medicamentos de prescripción. Como dato relevante, la Fundación señala que las ventas de los 50 medicamentos más anunciados en los EE.UU. aumentaron en conjunto el 32% de 1999 a 2000, en comparación con el 13,6% para todos los restantes medicamentos de prescripción. La investigadora canadiense Barbara Mintzes (OMS, 2002c: 1) señala que el 52% de los anuncios de medicamentos aparecidos en la televisión estadounidense en 1998 violó la reglamentación del organismo regulador (la FDA). Entre los motivos fundamentales figuran la información inapropiada sobre el riesgo, la exageración de los beneficios y los usos no aprobados.

3.4.1.- Campañas de concienciación o disease awareness

Desde mediados del siglo XX hay una tendencia a enmarcar todo tipo de problemas o trastornos de la salud como si respondieran a una enfermedad, para la cual se busca un diagnóstico y un tratamiento. Al mismo tiempo, se ha ido modificando la escala de valores, hasta elevar la imagen corporal y el estado anímico a la categoría de ideales principales. Esta alta exigencia personal produce estrés, trastornos adaptativos y poca tolerancia a la frustración, a una población sujeta a cánones de belleza, juventud y disfrute. Desde estos parámetros, las personas giran la mirada hacia el Sistema Nacional de Salud en busca de una solución rápida, fácil y eficaz a "sus problemas". Todo ello se enmarca dentro de la medicalización de la sociedad, proceso clave al que dedicaremos más atención, en el que destacan dos fenómenos complementarios: la promoción de las enfermedades y la aparición de los llamados "medicamentos del bienestar" (Farré M., Pardo R. y Abanades S. 2007: 1).

En lo que se refiere a la promoción de las enfermedades, se trata de lo que se ha venido en denominar las "no enfermedades", que se refieren a cualquier proceso humano o problema que se entiende como "condición" que requiere atención médica, y que suelen venir acompañados de "no tratamientos", es decir, aquellos fármacos utilizados para "tratarlas". Algunos de estos medicamentos / "no tratamientos" se engloban entre los que se han venido en denominar los "medicamentos del bienestar" (*lifestyle drugs* o *lifestyle medicines*). Por ejemplo los antidepresivos

para superar la timidez o la tristeza; los antisecretores gástricos para la indigestión o para la dispepsia funcional; los contraceptivos orales para poder tener relaciones sexuales “durante las vacaciones”; las cremas blanqueadoras para aclarar el color de la piel, etc (Farré M., Pardo R. y Abanades S. 2007: 4).

En 1965 el New England Journal of Medicine prestó atención al tema: Meador CK. “The art and science of nondisease” (N Engl J Med. 1965, 272, 92-5) y en 2002 el British Medical Journal publicó la lista de las veinte “no enfermedades” más diagnosticadas como envejecimiento; trabajo; aburrimiento; ojeras; ignorancia...

Se convierte así en enferma, a gente que está sana, y se desarrolla toda una estrategia corporativa en torno a la promoción de la enfermedad. Se exageran los síntomas, se activan métodos diagnósticos para detectarlas y se facilita la prescripción de medicamentos para curarlas (Farré M., Pardo R. y Abanades S. 2007: 2).

Podemos llamar a estas estrategias *disease awareness* o también *disease mongering*. ¿Cuál es su intención oculta?, vender los medicamentos y las terapias correspondientes. Estas campañas publicitarias, a menudo de carácter global, tienen como objetivo concienciar a la población de la existencia de enfermedades específicas. En el sector farmacéutico, este método indirecto de promocionar medicamentos goza de manera progresiva de mayor popularidad. Los fabricantes de medicamentos sugieren a la gente, a través de Internet, anuncios en revistas o en vallas publicitarias, que precisan de tratamiento, ya que pueden padecer una enfermedad, como en el caso de la osteoporosis. Dichas campañas de concienciación, tan sólo son una pequeña muestra de la letanía que intenta disuadirnos de cómo está nuestra salud.

Los inventores de enfermedades son los encargados de abocarlas a la sociedad: cada vez más, se encargan de predicar sobre los síntomas y síndromes que supuestamente amenazan al bienestar corporal y mental de las personas, ante lo cual pronto aparece el remedio adecuado en forma de producto de gran consumo: un novedoso medicamento infalible.

Revistas de prestigio hablan incluso de que “se puede hacer mucho dinero si se dice a la gente que está enferma”, con artículos donde se analizan cuestiones como “Vender malestar: la Industria Farmacéutica y el comercio de la enfermedad” donde se advierte de la existencia de un poderoso esfuerzo impulsado por las compañías farmacéuticas con la colaboración de las agencias de comunicación, de publicidad, de medios de masas y de Médicos, cuyo principal objetivo es convencer al máximo de personas posible de que están enfermas. Señalan, asimismo, que la construcción social de la enfermedad está siendo substituida por la construcción

corporativa de la enfermedad (Moynihan et al, 2002).

Como ejemplo de la situación actual de la publicidad, en el año 2009 se hizo un estudio sobre la publicidad de medicamentos en revistas españolas de ginecología, para determinar la presión publicitaria existente y si los anuncios de medicamentos publicitados se ajustaban a la normativa vigente. De los 139 anuncios identificados, en un 82% se observó incumplimiento legislativo y en un 41,5% mensajes publicitarios engañosos. Los autores concluyen aconsejando una actitud crítica de los profesionales sanitarios hacia la publicidad. (Diez y Hidalgo, 2012: 270).

Y como ejemplo de caso paradigmático de invención de enfermedad, cabe consignar el presentado por Gavilán et al (2014) en torno a la promoción del síndrome por déficit de testosterona, que resulta ser una amalgama de síntomas inespecíficos propios del proceso fisiológico del envejecimiento, que han sido objeto de una intensa actividad promocional por la cual se presenta el problema como de alta prevalencia y de elevado impacto en la salud pública, al mismo tiempo que se comercializan preparados de testosterona de fácil administración en el mercado farmacéutico, con el aval de laboratorios, medios de comuncación, expertos y sociedades científicas.

3.4.2.- Orientación de las farmacéuticas hacia el mercado y el beneficio.

La Doctora Marcia Angell ha escrito sobre los excesos en la Industria Farmacéutica, entre ellos el de beneficios económicos. Las 10 compañías más importantes en EEUU tuvieron un beneficio medio del 17% en comparación al 3,1% del resto de las industrias americanas, y esas 10 compañías obtuvieron más beneficios juntas que el resto de las 490 empresas industriales de la lista Fortune de 500 (Angell, 2004-b). En el caso de las farmacéuticas, parece que hay una llamativa relación entre los excesos de los beneficios y los del gasto farmacéutico, que, en nuestra opinión, no hace sino evidenciar que este tipo de empresas están absolutamente orientadas a la labor comercial que trastoca su *cientifismo*, su utilización de la ciencia, en una mera materia prima de su cadena de producción, una explotación de la ciencia para obtener los mayores beneficios.

La Comisión de Salud del Parlamento Inglés, habla con la autoridad de un órgano gubernamental que ha llevado a cabo una investigación profunda y eleva su informe dedicado a la influencia de la Industria Farmacéutica a la más alta autoridad del Reino Unido. Si bien su tono tiene una gran contención, su análisis y sus conclusiones son de una relevancia extraordinaria. El informe señala que el origen de la mayoría de los problemas detectados resulta ser que:

> *es cuestionable que (*estas empresas*) antepongan los intereses de sus accionistas a los intereses de la salud de la Nación, concentrándose sobre todo en una visión de mercado* (House of Commons, 2005: 97).

Como señala Philippe Pignarre, buen conocedor de la mentalidad de la Industria Farmacéutica, y nada sospechoso de excusarles sus faltas:

> *es bastante inútil denunciar a los industriales del medicamento como -capitalistas malvados- sin comprender cómo y por qué actúan* (Pignarre, 2005: 129).

La Comisión destaca que sus preocupaciones principales están centradas en el volumen, el grado y la intensidad de la influencia de la Industria, no sólo en el ámbito de la medicina y la investigación clínica, sino también sobre los pacientes, los reguladores, los medios de comunicación, los funcionarios y los políticos. Es decir, constatamos que esta influencia se despliega en varios frentes, todos ellos de primera magnitud. La posibilidad de que ciertos componentes de cualquier campaña sean secretos y que su fuente quede sin declarar, preocupa de manera particular. La Comisión afirma en sus conclusiones que:

> *al adquirir tal dimensión el conjunto de influencias, hay que reconocer el potencial de esta Industria para distorsionar las cosas* (House of Commons, 2005: 97).

Los laboratorios utilizan varias estrategias para obtener unas ganancias mil millonarias como la presión propagandística de los medicamentos que fabrica, aunque no sean útiles y puedan ser nocivos e incluso mortales; explotar al máximo los medicamentos en forma de monopolio y en condiciones abusivas, de manera ajena a las necesidades objetivas de los enfermos y a su capacidad adquisitiva; reducir a la mínima expresión la investigación de las enfermedades que afectan principalmente a los pobres y concentrarse en los problemas de las poblaciones con un alto poder adquisitivo, aun cuando no se trate de enfermedades; o forzar las legislaciones nacionales e internacionales para que favorezcan sus intereses (Forcades, 2006: 15).

En un libro reciente, *Medicamentos que matan y crimen organizado*, Peter Gøtzsche (2013) profundiza en el lado oscuro del medicamento, por ejemplo que son los mismos laboratorios que los fabrican quienes testan los medicamentos en dudosos ensayos clínicos, o la capacidad de estos mismos laboratorios para terminar con la neutralidad de los profesionales de la medicina y de la universidad, políticos, periodistas, funcionarios públicos o agencias reguladoras de medicamentos. Como dice Carles Llor (2014: 176):

me gustaría subrayar que la industria farmacéutica ha salvado muchas vidas, pero sobre todo en las últimas décadas tenemos muchísimos ejemplos de manipulaciones que han causado muchas muertes también...

3.4.3.- Colaboraciones necesarias y otras influencias.

La Industria Farmacéutica no está sola en estos procesos de mercantilización de la salud. Son precisos colaboradores estrechos. La Comisión de Salud del Parlamento Inglés lo pone en evidencia en sus conclusiones al señalar que:

> *El sistema regulador, la profesión médica y el gobierno han fallado en la tarea de asegurarse de que las actividades de la Industria se aliaban más claramente a los intereses de los pacientes y del Sistema Nacional de Salud* (House of Commons, 2005: 97).

A todo ello, cabe añadir la larga lista de factores que se encuentran por encima de la acción directa de la Industria como las concepciones dominantes de bienestar y salud; las promesas del Estado del bienestar -sin dejar de reconocerle las conquistas fundamentales logradas en beneficio de la población-; el consumismo y el hedonismo reinantes en las sociedades ricas.

Una nueva estrategia de las farmacéuticas es apoyar organizaciones que se presentan como de iniciativa ciudadana que se preocupan por un tema, mientras que dichos ciudadanos resultan ser contratados por la Industria para apoyar sus intereses desde abajo (Angell, 2004-b).

Para Angell (2009), que escribió el artículo “Drug Companies and Doctors: A Story of Corruption”, la profesión médica ha abdicado de su responsabilidad de educar a los estudiantes de medicina en lo que se refiere a la prescripción de medicamentos. Es la Industria la que soporta la educación continua de los Médicos, congresos y encuentros de las asociaciones profesionales. Aunque la llaman educación, sale de los presupuestos de marketing. Si bien se han publicado códigos de conducta, muchos de ellos a iniciativa de las propias farmacéuticas para limitar sus propios presupuestos de marketing, la realidad es que los regalos y agasajos, viajes, comidas... se siguen produciendo por vías secundarias (Angell, 2004-b: 1451).

En una editorial especial publicada en JAMA, once autores denuncian la existencia de conflictos de intereses en los Médicos, entre su compromiso de dar la mejor atención al paciente y el deseo de las farmacéuticas y sus representantes de vender sus productos. Estos conflictos se producen cuando los Médicos se encuentran en situaciones que pueden poner en peligro las

exigencias morales de su profesión. Los controles actuales no cumplen satisfactoriamente con la protección de los intereses de los pacientes y se necesita una regulación más estricta, que incluya la eliminación o modificación de las prácticas comunes relacionadas con pequeños regalos, muestras farmacéuticas, ámbito de la formación médica continua, fondos para viaje, oficinas de oradores, consultoría, contratos de investigación, etc. Los autores proponen una política en virtud de la cual los centros médicos académicos tomarían la iniciativa en materia de eliminación de conflictos de interés, que todavía caracterizan la relación entre los Médicos y la industria del cuidado de la salud (Brennan T.A. et al, 2006: 429).

Para Forcades, el desproporcionado privilegio del que disfruta la Industria Farmacéutica no es fruto del "libre mercado" sino todo lo contrario, de una política que busca proteger un sector estratégico. La conclusión de esta autora apunta a que la economía está siendo regulada por la política, pero en un sentido contrario al del bien común y al de la regulación del mercado para evitar prácticas abusivas y contrarias al libre mercado. Son precisamente leyes políticas las que han creado situaciones de privilegio y de abuso en un sector a la vez estratégico para la economía y para el cuidado de la salud de la población. La conclusión no es que la economía tiene que ser regulada por la política, porque ya lo está siendo. Lo que es preciso es que la política, que necesariamente regula el mercado, sea una política justa del bien común. Una política democrática no sólo de forma.

Según señala la Doctora Angell, la Industria tiene el mayor lobby americano en Washington DC; hay más personal dedicado a lobbyists (*lobbysters*, promotores de intereses) que miembros del Congreso. Esto hace que la legislación sobre la prescripción y las políticas correspondientes, estén hechas habitualmente por encargo de la Industria, como por ejemplo normas para extender los derechos exclusivos de comercialización de las marcas, dificultando la entrada de los medicamentos genéricos, ganando de hecho mediante diversos "trucos" hasta 30 meses más de exclusividad. Esta autora evidencia que entre 2000 y 2003 casi la totalidad de las grandes farmacéuticas pasaron por los tribunales por prácticas fraudulentas. Ocho de ellas fueron condenadas a pagar 2,2 billones de dólares en multas. En cuatro casos reconocieron su responsabilidad por actuaciones criminales que ponen en peligro la salud y la vida de miles de personas. Angell denuncia que la agencia reguladora de los medicamentos con más peso del mundo, es decir la FDA americana, tiene excesivos vínculos con la Industria a la cual debe regular, y muestra que hay mucha información relevante sobre la investigación, el desarrollo, el marketing y la fijación del precio de los medicamentos que se guarda en secreto (Angell, 2004-b).

Para otro autor, es muy llamativa la fuerza de las farmacéuticas frente a los gobiernos. Un ejemplo es el de Pfizer, gigante farmacéutico y uno de los principales agentes económicos del

mundo. En el año 2002 esta empresa se enfrentó al gobierno francés amenazándole que se retiraría del mercado francés si sus peticiones no se satisfacían en relación a unos precios claramente abusivos. El final de la historia es que el gobierno cedió (Pignarre, 2005: 129). Para conocer la dimensión de este gigante, sirvan estos datos: en el año 2004 Pfizer obtuvo una tasa de ganancias del 22% de un total de ventas que ascendieron a 53 billones de dólares, frente a un total de ingresos debidos a las declaraciones de la renta de 32 billones de euros en ese año (Forcades, 2006: 13).

El refuerzo del poder político y económico de la Industria Farmacéutica americana empezó con una ley de ampliación de patentes llamada Hatch-Waxman, que se aprobó en el mandato de Reagan por los republicanos en el año 1984 y se afianzó aún más con la puesta en marcha diez años más tarde de la Organización Mundial del Comercio que tenía por objetivo que el proceso de globalización no socavara las reglas de funcionamiento del gran capital.

3.4.4.- ¿Qué podemos hacer?.

Por muy abrumadora que parezca la capacidad de influencia de los laboratorios farmacéuticos y su desarrollada industria, todos podemos aportar nuestro granito de arena para frenar sus excesos. El libro de la doctora Angell (2004), *The Truth about the Drug Companies: How They Deceive Us and What to Do about It*, cuenta con un apartado final que orienta a los pacientes empoderándoles a proteger sus intereses. Cuando su Médico le prescriba un medicamento, hágale alguna de estas preguntas: ¿cuáles son las pruebas de que este medicamento es mejor que uno alternativo o que otro tratamiento? ¿están publicadas?; ¿se basa usted en la información de los representantes de las compañías farmacéuticas?; ¿podría un medicamento más barato ser igual de eficaz tomado en las mismas dosis? (a menudo el mejor tratamiento consiste en aumentar la dosis de una medicina antigua; los nuevos no tienen porqué ser mejores; los viejos suelen ser más seguros); ¿los beneficios de este fármaco compensan los efectos secundarios, el precio y el riesgo de interacción con otras medicinas que estoy tomando? (todos los medicamentos tienen efectos secundarios); ¿tiene usted algún vínculo financiero con la compañía que fabrica este medicamento? ¿recibe regalos de las farmacéuticas? ¿le pagan para que me prescriba esta medicina y me incluya en un estudio de una farmacéutica? Y, por otra parte, hágales a sus senadores y representantes en el congreso esta pregunta: ¿La Industria Farmacéutica hace contribuciones a su campaña? Y si lo hace, ¿de cuánto estamos hablando?.

Ante la pregunta de qué podemos hacer frente a lo que parece una posición de dominio excesivo de un sector económico, la respuesta creemos que tiene que encontrarse en la concienciación y movilización de la sociedad civil, en alianza con los profesionales comprometidos

con el bien común, pues en última instancia somos los agentes finalistas de la maquinaria.

Y desde la Academia, sin duda lo que se puede hacer es mucho, impulsando investigaciones que profundicen en la influencia que el mercado ejerce sobre los avances científicos -su verificación y difusión- y la práctica profesional -conflicto de intereses-. Se debería ahondar en las relaciones que se producen entre iniciativa privada, beneficio económico y bienes esenciales, sean servicios como la salud o la educación, o bienes básicos como el agua, la alimentación o la vivienda.

4.- MEDICAMENTO Y SOCIEDAD

4.1.- El medicamento como realidad social.

Destaca Arranz (1988: 137), farmacéutico que analizó la modernización de la prestación farmacéutica en España tras la transición, que al decretarse la libertad de prescripción de medicamentos en el Seguro de Enfermedad de nuestro país en 1964, el gasto farmacéutico alcanzó un alarmante 56% del gasto total de la asistencia médica de la Seguridad Social. Los estudios de Arranz van más allá de una visión económica o técnica del medicamento, prestando atención a lo que denomina la "sociología farmacéutica". La socialización de la asistencia médica; la mayor demanda asistencial; la masificación de las consultas; una organización asistencial burocratizada; la "medicina apresurada" y poco discriminatoria en lo que a la prescripción de medicamentos se refiere; una deficiente preparación profesional en el uso de los medicamentos del Médico General; un interés comercial combativo de los laboratorios farmacéuticos que son los que producen la oferta de medicamentos; representan para Arranz los elementos más característicos de unos medicamentos que, por otra parte, no dejan de mejorar su eficacia en el tratamiento de las enfermedades.

El objetivo de un medicamento es prevenir una enfermedad, recuperar la salud o atenuar algún síntoma; es por ello que se trata de un bien esencial, porque está destinado a una de las mayores necesidades del hombre. Los medicamentos se encuentran presentes en múltiples aspectos del diario vivir de las personas y han mejorado de la calidad de vida y la atención sanitaria. El acceso a los medicamentos es un elemento central que influye decisivamente en el bienestar de todos los países y sus poblaciones. En la actualidad, la sociedad no sería la misma sin ellos y cada día la preocupación por su uso eficaz, inocuo y racional es mayor. El uso inapropiado de los medicamentos conlleva múltiples consecuencias indeseables, incluidos, como hemos visto, resultados fatales. La producción, la vigilancia y el uso de medicamentos atañen, por tanto, al bienestar y a los derechos del individuo y de la sociedad, y plantean problemas científicos, éticos, sociales, económicos, jurídicos y políticos de gran relevancia y complejidad.

Por todo ello, el medicamento sobrepasa con creces el ámbito científico y el Médico; en la actualidad pertenece al ciudadano, quien exige más calidad de vida y de bienestar. El medicamento, más allá de los conceptos clínicos y farmacológicos, tiene una connotación de bien

social que lo caracteriza en una dimensión tanto o más trascendente que las vinculadas a sus efectos o a su compleja cadena de valor desde la investigación hasta el consumo.

La Industria Farmacéutica y la ciencia farmacológica, se adaptan a los cambios tecnológicos y se hacen más sociales al estudiar todas las variables que tercian tanto en el buen uso del medicamento como para cubrir cualquier necesidad de la población comercializando medicinas, al tiempo que sortean al máximo sus efectos negativos, aunque sin eliminarlos. Para Abajo, es evidente que los medicamentos constituyen un importante determinante de la salud:

> *aunque sólo fuera porque de ellos depende en buena medida la capacidad que hoy tiene la Medicina de interrumpir o modificar el curso natural de las enfermedades...* (Abajo, 2001: 281).

No obstante, los medicamentos, en ocasiones y como veremos en otro apartado, pueden pasar de ser una solución a ser la causa de enfermedades y, con ello, un problema social paradógico característico de la sociedad del riesgo. La prevalencia de ingresos hospitalarios, a nivel internacional, por problemas vinculados con medicamentos es variable, alcanzando en algunas series cifras de hasta el 28% (Alonso Hernández y Otero López, 2002: 77-89). Esto es debido a diversos factores como la inadecuada selección del medicamento; enfermedades no tratadas; reacciones adversas; interacciones entre medicamentos; incumplimiento del tratamiento; uso de fármacos sin una indicación apropiada o sobredosis (Abajo, 2001: 282). Los eventos adversos vinculados con los medicamentos constituyen un nuevo problema de salud, determinando una relevante morbimortalidad (Otero y Domínguez, 2000: 258-266). El costo ocasionado por estos problemas en EEUU se estima en 170 billones $/año (Hinchen, 2006).

Como ya vimos, la salud es un elemento fundamental de toda sociedad que puede variar en función de las condiciones de vida de las personas y, por ello, depende de factores económicos, sanitarios y socioculturales. El modo en que una persona se enfrenta y percibe un proceso salud-enfermedad se encuentra condicionado por múltiples factores sociales. Los comportamientos y prácticas que adopte con el fin de recuperar o mantener la condición de bienestar estarán determinados por el conocimiento que tenga sobre el problema, las alternativas para solventarlo, su fuerza de voluntad y el contexto social. De igual manera, los medicamentos no son una cuestión que competa de forma exclusiva a los profesionales sanitarios, sino que comportan una importante dimensión social que precisa de un abordaje multidisciplinar para comprender mejor la forma en que la sociedad los percibe, ya que son bienes sociales.

Las ciencias sociales pueden ayudar a explicar cómo afectan a la utilización de los medicamentos las percepciones de los individuos, así como su entorno cultural y social (Haaijer-Ruskamp y Hemminki, 1993: 97). Cuestiones como la eutanasia, el control de la fertilidad, la

modificación de la conducta humana (posibilidad mostrada por Aldous Huxley en "Un mundo feliz", pero experimentada en el GULAG stalinista y en los campos de concentración nacis), la toxicología ambiental, etc. tienen una dimensión netamente social. Así, vemos que los medicamentos, aparte de sus efectos farmacológicos, tienen efectos sociales, culturales y psicológicos (Haaijer-Ruskamp y Hemminki, 1993: 104).

Para ilustrar la importancia de la percepción de la salud entre la población y su particular relación con el medicamento, recogemos a continuación un ejemplo.

4.1.1.- Un ejemplo de percepción del tratamiento de la osteoporosis

Como hemos señalado anteriormente, antes de abordar el presente estudio el tesinando participó en una investigación de la Dir. Gral. de Farmacia de la CM que tenía como objetivo intervenir en MAP para reducir la prescripción "no racional" en el tratamiento de la "osteoporosis"[9]. Dentro de dicha investigación, se encargó a la empresa de estudios sociológicos CIMOP un estudio sobre las percepciones que tenían las mujeres de ciertas edades sobre esta enfermedad (Informe interno CIMOP, 2005). La osteoporosis se percibe principalmente como una descalcificación del cuerpo ligado a procesos naturales, tal y como se representa en este gráfico:

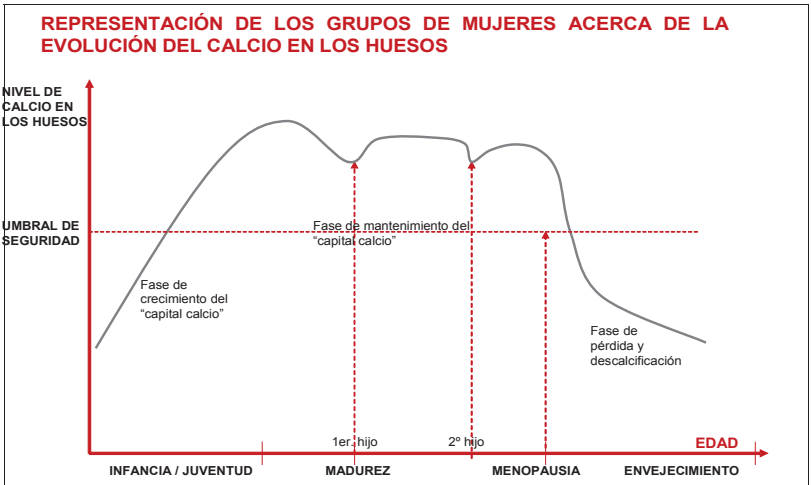


Tabla 5: Percepción del calcio en los huesos. Fuente: CIMOP, 2005: 185.

[9] Los resultados de la investigación fueron expuestos como Comunicación Oral en el Congreso de la Sociedad de Farmacia de Atención Primaria en el año 2006, bajo el título "Resultados del programa de ayuda a la toma de decisiones en osteoporosis: evidencia científica y preferencias de los pacientes" (Ausejo et al).

Como contraste a esta información, precisamente la campaña que desarrolló la Comunidad de Madrid para “combatir” estas percepciones, que estaban “afortunadamente” alineadas con la estrategia comercial y publicitaria de las farmacéuticas (que utilizaban un anuncio protagonizado por Lola Herrera en edad menopáusica para advertir sobre la gravedad de la enfermedad), era la de transmitir al Médico que la osteoporosis y la menopausia no estaban ligadas como se pretendía. Así como la menopausia suele aparecer en torno a los 50 años, la osteoporosis suele aparecer a partir de los 65. Todo ello se estaba produciendo en un contexto de interés de las farmacéuticas que querían reconquistar el mercado de la mujer menopáusica, perdido al parecer por los problemas que acarrearon ciertos tratamientos hormonales que fueron retirados del mercado, por lo que utilizaron toda su capacidad para “reducir” la edad en que se padecía la enfermedad, provocando un incremento relevante en el gasto farmacéutico de estos medicamentos en edades que no se correspondían con la evidencia médica, es decir, indujeron una prescripción no racional de medicamentos para tratar una enfermedad que no era tal.

En el estudio de CIMOP, se ponía de manifiesto que el calcio de los huesos se percibe como el factor más correlacionado con la osteoporosis. En los grupos de discusión analizados, surge un imaginario acerca de cómo se produce el proceso de calcificación de los huesos, que sería la prioridad de las medidas de prevención y tratamiento. Dicho imaginario se construye en función del juego entre dos parámetros: los ingredientes (minerales u otros elementos) necesarios para el desarrollo del hueso y su calcificación, y la fijación de esos ingredientes en el organismo.

Pues bien, en lo que se refiere a la percepción de las mujeres, había dos visiones básicas, una “natural” y otra “artificial”. Cuando los ingredientes incorporados al organismo son “naturales” (el calcio de la leche de “antes”, por ejemplo) y las formas de ayudar a que dichos ingredientes se fijen e integren en el hueso son también “naturales” (como, por ejemplo, los estrógenos, generados por el mismo organismo), la fijación es máxima y los efectos secundarios son inexistentes, de manera que se produce una combinación idónea para la calcificación. En cambio, si los ingredientes son “artificiales” (el calcio “incorporado” industrialmente a un producto, por ejemplo) y la forma de ayudar a la incorporación de dicho calcio al hueso es también artificial (ciertos medicamentos en las edades post-menopáusicas, por ejemplo), se cree que reduce parcialmente la eficacia en la fijación del calcio en los huesos y, además, aparecen y se intensifican los “efectos secundarios”. A partir de las percepciones de las mujeres en los modos de incorporación del calcio en los huesos y los posibles efectos secundarios de una u otra forma de ingesta del mismo, así como de otros elementos que el organismo necesita, los grupos estudiados por CIMOP relacionan estrechamente con la forma más lenta y/o más rápida de actuación, una u otra forma de ingestión más natural y/o artificial.

Con todo ello, CIMOP confeccionó el gráfico de la página siguiente que permite ver de manera esquemática ese imaginario de los grupos estudiados frente al tratamiento de la osteoporosis, a partir de la idea de que todo se centra en una cuestión de calcificación y de la manera más adecuada de lograrla.

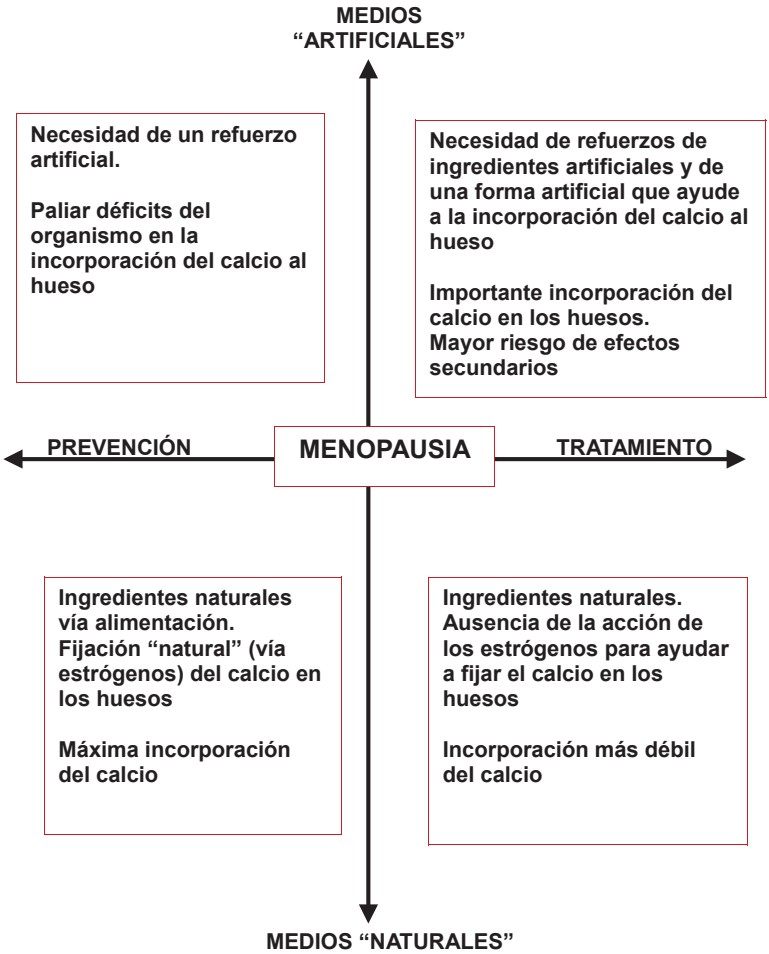


Tabla 6: Percepciones de las mujeres en los modos de incorporación del calcio en los huesos y formas de ingesta (CIMOP, 2005: 147).

Nos parece un ejemplo muy adecuado para conocer la riqueza y complejidad de las imágenes que se forman los posibles pacientes sobre sus afecciones y los mecanismos que intervienen para combatirlas. Al mismo tiempo, nos parece igualmente ilustrativo para entender los mecanismos que pulsan los departamentos de marketing de la Industria Farmacéutica para orientar las percepciones de sus clientes potenciales hacia una demanda de tratamientos y medicamentos. Si la industria automovilística ha logrado radiografiar los elementos que juegan en la elección de un vehículo, a la Industria Farmacéutica hay que reconocerle el mérito de haber sido capaz de radiografiar, para aquellas afecciones que "curan" sus medicamentos, el imaginario que lleva a un paciente potencial a convertirse -finalmente- en un consumidor, aunque sea en muchas ocasiones por vías indirectas. Dentro de la osteoporosis esto se ve muy bien con los diagnósticos gratuitos y absolutamente discutibles de la calidad ósea a partir de medidas en los dedos de los pies que, una vez realizados, pueden lanzar a la persona "diagnosticada" por una entidad privada, aparentemente desinteresada, al Médico de cabecera, es decir, a pedir a su Médico de Atención Primaria que le trate la osteoporosis "cabalgante" que le han detectado tan amablemente en un centro cultural del municipio en que vive, unos señores encantadores de una Fundación que lucha contra esta plaga y a favor del bienestar óseo de la población.

Como hemos visto, el medicamento está presente en la sociedad de muy diversas formas, ya que está estrechamente ligado a la salud y la salud lo impregna todo, incluyendo otra dimensión de lo social, las normas y el derecho, por lo que echaremos un vistazo aunque sea breve a la regulación jurídica del uso del medicamento.

4.2.- La regulación jurídica del uso del medicamento en España.

Un aspecto de interés para conocer mejor la relación entre el medicamento y la sociedad es, sin duda, su presencia en las leyes.

La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud recoge, en su capítulo II, la reordenación del ejercicio de las competencias que con carácter exclusivo corresponden al Estado en materia de evaluación, registro, autorización, vigilancia y control de los medicamentos y de los productos sanitarios; asimismo, se garantiza la mejor coordinación entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, a la que le corresponden, entre otros cometidos, la evaluación y, en su caso, autorización de los medicamentos y de los productos sanitarios, mientras que el ministerio, a

través de la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios, debe resolver sobre la financiación pública y el precio de los medicamentos y productos sanitarios previamente autorizados.

En el capítulo IX de dicha Ley 16/2003, se regula la participación de los ciudadanos y de los profesionales en el Sistema Nacional de Salud, lo que tiene, en nuestra opinión, una especial relevancia dado que en el transcurso de este trabajo nos hemos percatado de la importancia fundamental que representa la implicación de los ciudadanos en el debate sobre los retos que plantean la salud pública y los medicamentos. Dicha participación se articula principalmente a través del Consejo de Participación Social del Sistema Nacional de Salud. Este órgano que pretende ofrecer un cauce de comunicación entre las Administraciones públicas sanitarias, los profesionales y las sociedades científicas, las organizaciones sindicales y empresariales y los consumidores y usuarios.

Las competencias que corresponden al Estado en relación con los productos farmacéuticos son la legislación, tal y como señala el art. 149.1 de la Constitución; la evaluación, autorización y registro de medicamentos de uso humano y veterinario; tanto por ciento que corresponde a la financiación publica; garantizar el depósito de sustancias estupefacientes de acuerdo con lo dispuesto en los tratados internacionales; la importación de medicamentos extranjeros urgentes, no autorizados en España; la adquisición y distribución de medicamentos y productos sanitarios para programas de cooperación internacional.

Con la Ley 29/2006, "de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios", se supera la anterior Ley 25/1990. La nueva Ley regula, en el ámbito de las competencias que corresponden al Estado, los medicamentos de uso humano y productos sanitarios, su investigación, evaluación y autorización, fabricación, comercialización, información y publicidad, importación y exportación, prescripción y dispensación, seguimiento de la relación beneficio-riesgo, así como la ordenación de su uso racional y el procedimiento para, en su caso, la financiación con fondos públicos. En su artículo 8, la Ley ofrece diversas definiciones, algunas de las cuales recogemos en el Anexo de términos de interés, en particular las referidas a "***Medicamento de uso humano", "Principio activo" y "Medicamento genérico".***

El título VI de la Ley está dedicado al uso racional de los medicamentos. En relación con la receta médica, es destacable la previsión que contiene la Ley, que atribuye al Médico u odontólogo en exclusiva la facultad de prescribir medicamentos, tendente a erradicar prácticas no deseables. La receta médica se configura como una auténtica garantía de servicio profesional para el paciente, por lo que el farmacéutico dispensará con receta aquellos medicamentos que la

requieran y no podrá prescribir por sí mismo un medicamento que precise de receta médica, pero sí colaborar en el seguimiento farmacoterapéutico de los tratamientos prescritos, a través de los procedimientos de la atención farmacéutica.

El capítulo I del título VI está dedicado a "las garantías de formación e información independiente y de calidad para la utilización adecuada de los medicamentos y productos sanitarios", quedando así confirmada en nuestra legislación la importancia fundamental que supone, en materia de medicamentos, la formación de los profesionales y la información independiente y de calidad en materia de medicamentos. En este sentido, la Ley establece que las administraciones competentes, deberán promover la formación universitaria y post-universitaria continuada y permanente sobre medicamentos, terapéutica y productos sanitarios de los profesionales sanitarios, así como instrumentar un Sistema ágil, eficaz e independiente que asegure a los profesionales sanitarios información científica, actualizada y objetiva de los medicamentos y productos sanitarios. Este es un apartado que tal y como hemos podido comprobar empíricamente está sin resolver adecuadamente. El capítulo II del título VI se dedica al uso racional de medicamentos en la atención primaria. Entre otras medidas cabe destacar la referida a que las unidades o servicios de farmacia impulsen la coordinación y trabajo en equipo y colaboración con los hospitales y servicios de atención especializada. Este punto es igualmente muy importante y también está sin resolver satisfactoriamente.

El título VII está dedicado a la financiación pública de los medicamentos. Regula el régimen de fijación y revisión de precios industriales y de márgenes de distribución y dispensación, incorporando, como criterio para la fijación de precio, la valoración de la utilidad terapéutica del medicamento y el grado de innovación.

El Real Decreto-ley 4/2010, de 26 de marzo, de racionalización del gasto farmacéutico con cargo al Sistema Nacional de Salud, se hace eco de la crisis económica y, si bien señala que los crecimientos del gasto en medicamentos en el SNS pasaron de crecimientos interanuales superiores al 10%, a crecimientos en el entorno del 5-6% a partir de 2004, se hace necesario acometer medidas que posibiliten la sostenibilidad de la prestación farmacéutica. El Decreto reconoce que el gasto farmacéutico es uno de los principales componentes del gasto sanitario y que su reducción persigue el control del gasto sanitario en general, para lo cual se hace preciso adoptar una serie de medidas de contención y reducción del gasto farmacéutico a través de la moderación del crecimiento de la factura farmacéutica del Sistema Nacional de Salud. Entre otras muchas medidas, se recoge la reducción del precio de los medicamentos genéricos; una interesante modificación de la Ley 29/2006 que, en la actual redacción, viene a insistir en la necesidad de garantizar la independencia de las decisiones relacionadas con la prescripción,

dispensación, y administración de medicamentos respecto de intereses comerciales, para lo cual se prohíbe el ofrecimiento directo o indirecto de cualquier tipo de incentivo, bonificaciones, descuentos, primas u obsequios... a los profesionales sanitarios implicados en el ciclo de prescripción, dispensación y administración de medicamentos.

Esta última medida refuerza de manera indiscutible la impresión que se tiene de la importantísima influencia que se está ejerciendo en la prescripción de medicamentos desde los laboratorios y la Industria Farmacéutica, mediante técnicas comerciales y visitadores.

De manera reciente, los Reales Decretos-ley 4/2010, 8/2010 y 9/2011, establecen medidas extraordinarias para combatir la crisis, incluyendo la reducción del gasto público a través de la racionalización del gasto sanitario con muchas medidas centradas en la factura farmacéutica. En particular, el RDL 9/2011 introduce una importante novedad: "La prescripción, indicación o autorización de dispensación de los medicamentos se realizará por principio activo, en la receta médica oficial u orden de dispensación, del Sistema Nacional de Salud", aunque como comentaremos en otro lugar, se admiten unas excepciones que reducen la eficacia racionalizadora de la medida.

Para cerrar este capítulo, haremos una mención crítica al Sistema Nacional de Salud en tanto en cuanto es el ordenador de la actividad sanitaria y tiene capacidad -vía normativa- para controlar el mercado y la oferta farmacéutica, sea por vía normativa o por otros mecanismos. En este papel, el SNS es muy criticado por los Médicos de Atención Primaria, como se verá en el apartado empírico. Sirva aquí como ejemplo lo dicho por un Médico de Atención Primaria que ejerce en Madrid, para quien el sistema público no utiliza mecanismos suficientes para fomentar cambios en la prescripción, como por ejemplo verdaderos incentivos que ayuden a prescribir mejor, la implantación de la receta de crónicos, etc. y en cambio, denuncia este autor:

> *se limita a intervenir, por ejemplo, tratando de disminuir el número de recetas: con ello se logra aumentar la prescripción irracional (envases grandes, medicamentos nuevos, etc.) (*Gérvas, 1989: 593)

Otra dimensión que nos da cuenta del carácter social del medicamento son los importantes recursos públicos que se le dedican, cuestión a la que dedicaremos un breve apartado para hacernos una idea de su magnitud.

4.3.- El gasto farmacéutico público en España.

Basta avanzar unos pocos datos sobre el gasto farmacéutico público para darnos cuenta

de que estamos ante algo sorprendente por su cuantía. En 2009, se facturaron al Estado más de novecientos treinta millones de recetas, un 4,9% más que en 2008 ; y en 2010, se facturaron más de novecientos cincuenta millones, un 2,5% más que en 2009 (en el año 2001 fueron 225 millones). El número de recetas facturadas ha supuesto en 2012 un total de 913,7 millones. En los años 2010 y 2011 se observó una contención en el crecimiento de recetas facturadas, pero en 2012 se produce un descenso del -6,1% respecto a 2011. En términos económicos, el gasto farmacéutico a través de receta oficial del Sistema Nacional de Salud, ascendió en 2009 a más de doce mil quinientos millones de euros, es decir, más de dos billones de las antiguas pesetas, con un gasto medio por receta facturada de 13,4 €. En 2012 es la primera vez desde el año 2004 que la factura farmacéutica pública baja de los 10.000 millones (datos recogidos de la web del Ministerio de Sanidad y Consumo, 2010-2014 y de su Informe Anual del Sistema Nacional de Salud).

El gasto sanitario público en España para el año 2005, se estimó en 50.053 millones de euros. Esto representa un 5,5% del PIB y un 15,2% del gasto de las Administraciones Públicas. El ritmo de crecimiento anual de este gasto durante el periodo 1999 a 2005 ha sido, como media, del 8,53%. En este mismo periodo, el PIB ha crecido en términos medios anuales un 7,7%, por debajo del gasto sanitario público (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007).

El gasto farmacéutico de las Comunidades Autónomas del SNS, que incluye tanto los productos prescritos mediante recetas médicas como el consumo de productos farmacéuticos en los hospitales, prácticamente ha duplicado su volumen entre 1999 y 2005, pasando de 7,4 millones de euros en 1999 a 12,1 en 2004 y 13,1 en 2005. En términos porcentuales, su presencia en la composición del gasto sanitario total siguió una línea ascendente hasta estabilizarse en un 28,6% en 2005 (si nos centramos en el gasto en farmacia a través de recetas médicas, ese porcentaje es del 22,3%). Es importante señalar que mientras las recetas médicas suponían un 84,2% del gasto de farmacia en 1999, su proporción sobre el total no ha dejado de descender hasta un 78,5% en 2005; por el contrario, el gasto farmacéutico hospitalario no ha dejado de crecer (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007).

Según podemos observar en la siguiente tabla, durante el periodo 1999 a 2005 se ha producido un incremento notable de la población protegida del 10,5% y, paralelamente, se produce una disminución del porcentaje de aportación que corresponde abonar al usuario pasando de un 7,4% en 1999, a un 6,3% en 2005. Por otra parte, se incrementa de manera constante el número de recetas por paciente y año, pasando de 15,1 en 1999 a 18,4 en 2005, con el consiguiente incremento igualmente constante del gasto por paciente y año que pasa, en el mismo periodo, de 166€ a 241€, lo que supone un 45,4% más que en 1999.

EJERCICIO	POBLACIÓN PROTEGIDA	% APORTACIÓN	Nº RECETAS POR PACIENTE Y AÑO	GASTO POR PACIENTE Y AÑO
1999	37.701.409	7,36%	15,1	166 €
2000	38.005.649	7,12%	15,7	177 €
2001	38.635.900	6,99%	16,08	188 €
2002	39.350.916	6,89%	16,8	203 €
2003	40.229.889	6,85%	17,56	222 €
2004	40.717.076	6,37%	17,9	234 €
2005	41.666.798	6,26%	18,35	241 €

Tabla 7: Gasto farmacéutico por receta médica del SNS referido a población protegida.

Gasto farmacéutico por receta médica del SNS referido a población protegida. Elaboración propia sobre datos del portal estadístico del Ministerio de Sanidad y Consumo *http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/home.htm*

Como vemos, su evolución es imparable. En el año 2003, el gasto farmacéutico ascendió a 8.956 millones de euros. Entre el año 2003 y el 2009 el gasto creció un 39,8% a un ritmo de un 6,6% anual, muy por encima del PIB.

Gasto farmacéutico	Feb 03-Ene 04	Feb 09-Ene 10	% var. 09 / 03
Gasto (millones €)	8.956	12.520	39,8%
Nº recetas (millones)	705	933	32,3%
Gasto medio por receta (€)	12,7	13,4	5,6%

Tabla 8: Evolución del gasto farmacéutico en España entre 2003 y 2009.

Evolución del gasto farmacéutico en España entre 2003 y 2009. Fuente: WEB Ministerio de Sanidad y Consumo www.msps.es/profesionales/farmacia/datos/home.htm

Los datos actualizados para 2010 son de aproximadamente 958 millones de recetas facturadas al SNS y un gasto de 12.207 millones de euros (www.msps.es/profesionales/farmacia/datos/diciembre2010.htm), si bien, como se ha señalado, a partir de ese año se produce una contención e incluso una reducción.

A continuación, mostramos un gráfico del gasto farmacéutico per cápita en cada Comunidad Autónoma:

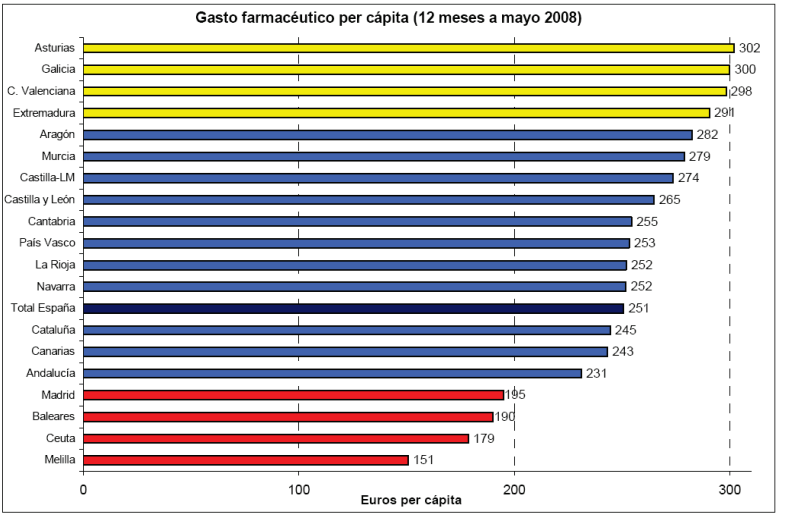


Tabla 9: Gasto farmacéutico per cápita en España. Comparativa entre CCAA.
Gasto farmacéutico per cápita en España. Comparativa entre CCAA. Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo. En amarillo, las 4 de arriba, CCAA con gasto farmacéutico superior a la media en más de un 15%. En rojo, las 4 de abajo, CCAA con gasto inferior a la media española en más de un 15%.

En su estudio sobre el gasto farmacéutico, la Agencia de evaluación y calidad pone en evidencia que la mayor parte del gasto farmacéutico público corresponde a la receta, situándose en 2005 en el 78,5%, si bien ha ido disminuyendo su porcentaje frente al gasto en farmacia hospitalaria, que viene creciendo en los últimos años como se puede observar en el siguiente gráfico de la evolución de la evolución de la composición del gasto:

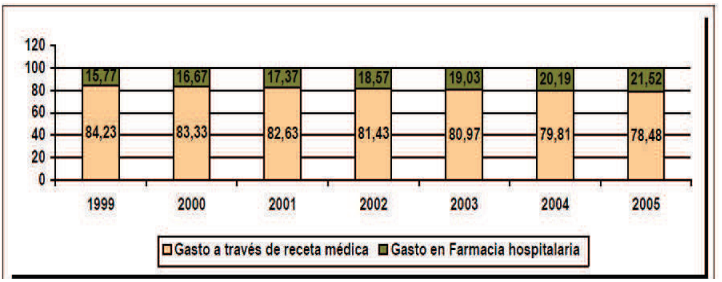


Tabla 10: Gasto en farmacia: composición receta/hospital, en España.
Gasto en farmacia: composición receta/hospital, en España. Fuente: Agencia de evaluación y calidad, 2008: 13.

Existen todo tipo de informes y datos que analizan y requete-analizan la inmensa fuente de

datos que representa el gasto farmacéutico. Aquí, hemos querido recoger pocos pero de gran relevancia para transmitir lo que a efectos del presente trabajo resulta fundamental, y es el enorme volumen de recetas que se prescriben anualmente en nuestro país y la descomunal factura que paga por ellas el SNS a los laboratorios farmacéuticos.

La Agencia española de evaluación y calidad en el estudio citado de 2008, analizaba la incidencia de las medidas adoptadas para la racionalización del gasto farmacéutico en el contexto del plan estratégico de política farmacéutica del Gobierno. En la justificación del estudio se señala que el gasto sanitario tiende a crecer más que la renta, aumentando su participación en el PIB (en 2005 alcanzó el 15,3% del PIB en Estados Unidos, el 9% en el conjunto de la OCDE y el 8,2% en España). Aunque el gasto español está por debajo del promedio OCDE, el gasto en medicamentos (2% del PIB, en 2005) se sitúa por encima de la media de los países OCDE (1,5% en el mismo año). Esta tendencia del crecimiento del gasto sanitario, que afecta igualmente al gasto público en sanidad (en España el gasto sanitario público es el 71% del gasto sanitario total) plantea un reto para la estabilidad presupuestaria (Agencia de evaluación y calidad, 2008: 9). En medio de la actual crisis económica, es evidente que los gobiernos tienen que incluir obligatoriamente en su agenda el tema del gasto farmacéutico y abordar medidas para su restricción.

En sus conclusiones, el estudio citado pone de relieve que la eficacia de las acciones para contener el gasto no se podía centrar en los precios, sino que debía dirigirse a la oferta (competencia del Estado) y a la prescripción (competencia de las CCAA). La oferta se regularía mediante la aplicación del principio de financiación selectiva para aquellos medicamentos que hayan demostrado valor terapéutico sobre su coste-eficacia. En cuanto a la prescripción, se centraría en medidas de uso racional de medicamentos. Asimismo, el estudio reconoce que la falta de centralización de las medidas dificulta su eficacia y afirma que se hace necesario un plan de intervención en el ámbito hospitalario (Agencia de evaluación y calidad, 2008: 6).

Esta última mención al ámbito hospitalario se ve doblemente reforzada en el apartado empírico de nuestro estudio, en tanto en cuanto el ámbito hospitalario, además de ser responsable de manera creciente del gasto farmacéutico, es también responsable de una parte relevante de las recetas de tratamientos crónicos que, si bien se emiten en Atención Primaria, son prescritas en origen en el Hospital (la llamada prescripción inducida), existiendo cierta resistencia por parte de Médicos de hospital, y pacientes, a que el MAP modifique esa prescripción aunque sea de su competencia. Por otra parte, un reciente artículo de el Diario El País (sociedad 10.IX.11: 40) pone de relieve que “el gasto farmacéutico hospitalario crece a un ritmo desbocado”. En particular sufrió un incremento del 55% entre 2007 y 2011. En el artículo se reconoce “la falta de medidas

concretas para atajar una factura que no hace sino engordar la deuda sanitaria de las regiones", confirmándose la percepción que tienen los Médicos de Atención Primaria entrevistados en el apartado empírico de la tesis, de que ellos reciben toda la presión por parte del Sistema para que controlen el gasto, mientras que los Médicos de hospital, con gran responsabilidad en el gasto, no reciben la misma presión. En el mismo artículo, se pone en evidencia otro problema del gasto farmacéutico de los Hospitales. En la misma Comunidad Autónoma (Madrid), el Hospital 12 de Octubre llegó a gastar dos millones de euros más que La Paz por la compra de idénticos fármacos. (Diario El País, sociedad ,10.IX.11: 41).

En el siguiente gráfico se muestra el crecimiento interanual del gasto farmacéutico en España a través de receta médica (no incluye el gasto farmacéutico hospitalario), del número de recetas, del gasto medio por receta y del PIB nominal (1999 a 2007):

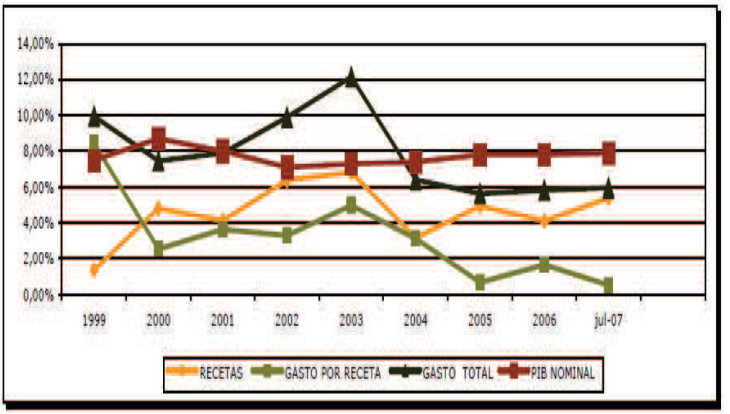


Tabla 11: Crecimiento interanual del gasto farmacéutico en España a través de receta médica: 1999-2007.

Crecimiento interanual del gasto farmacéutico en España a través de receta médica: 1999-2007. Fuente: Agencia de evaluación y calidad, 2008: 18.

Por poner un ejemplo autonómico, en los años 2000 se creó en el Parlamento de Galicia una "Comisión Mixta para o Estudio e Avaliación do Gasto Farmacéutico". En su dictamen de 2004, dicha Comisión señaló que entre 1990 y 2002 hubo un incremento de más del 270% en el gasto farmacéutico total, de más del 47% en el número de recetas facturadas y de un 152% en el coste medio por receta.

Con todos estos datos y magnitudes, es fácil imaginarse a los Médicos de Atención Primaria prescribiendo sin parar millones y millones de medicamentos desde las consultas cada año. Calculamos que viene a suponer en torno a un centenar o dos de recetas al día por Médico.

Para cerrar el capítulo dedicado a la relación entre medicamento y sociedad, a continuación nos vamos a referir a su componente tecnológica, ligado, como veremos de una manera profunda, con el desarrollo del Estado del bienestar.

4.4.- Tecnología, riesgo e irracionalidad.

Es inevitable realizar una consideración sobre la dimensión tecnológica del medicamento, ya que condiciona en gran medida su papel en el campo de la salud y buena parte de factores clave como su imagen de solución mágica de problemas, sus bajos costes de producción, su éxito en el Estado del bienestar, sus riesgos, etc.

La tecnología faculta la transformación del mundo según la voluntad y las necesidades humanas. A menudo, las consecuencias de cambiar el mundo aplicando medios tecnológicos, son impredecibles. En la actualidad, la tecnología puede definirse como:

> *la aplicación del conocimiento científico a la solución de problemas prácticos y la obtención de metas humanas; un cuerpo de conocimientos desarrollados por una cultura que provee métodos o medios para controlar el entorno, extraer las fuentes, producir bienes y servicios, así como mejorar las condiciones de vida* (Núñez Jover, 1990: 43-60)

En los últimos años, la asistencia médica ha cambiado sobremanera debido, fundamentalmente, a la acumulación de conocimiento y al extraordinario desarrollo de la tecnología médica, que ha originado significativos cambios en la configuración de los servicios de salud. Hay una continuada incorporación de nuevas tecnologías médicas a los servicios asistenciales, de incuestionable eficiencia diagnóstica o terapéutica.

Según la OTA de los EEUU, *Office of Technology Assessment* (Oficina de Evaluación de Tecnología) la tecnología médica consta de los medicamentos, que fueron uno de los motivos principales del uso de la tecnología; los aparatos; los procedimientos médicos y quirúrgicos utilizados en la atención médica y los modelos de organización y sistemas de apoyo con los que se presta la atención sanitaria y se atiende a los pacientes (Castro Ruz, 2003: 224).

Lázaro y Mercado (1998) divide el uso de la tecnología médica en apropiado, cuando la

síntesis de la evidencia científica fija en qué circunstancias clínicas particulares puede ser apropiada la aplicación de una tecnología; e inapropiado, en casos como cuando el objetivo anhelado puede lograrse con medios más sencillos; cuando el paciente está en una situación demasiado avanzada para responder al tratamiento; cuando sus complicaciones sobrepasan el probable beneficio; cuando la calidad de vida ofrecida no es suficiente para justificar la intervención o cuando se consumen excesivos recursos que se recortan en otras actividades que podrían ser más beneficiosas.

En la otra cara de la moneda de la tecnología encontramos los riesgos que conlleva. En los años 60, el riesgo se definía como un asunto técnico o científico en el que la pregunta a responder es ¿cuán seguro es "suficientemente seguro"? En este contexto, Chauncy Starr publica en 1969 su "Social benefits versus technical risks" (beneficios sociales versus riesgos técnicos) como una guía de toma de decisiones ante problemas tecnológicos. Su definición de "riesgos aceptables" de entonces se basaba en que existe un comportamiento social de tipo "equilibrio" entre riesgos y beneficios que la gente podía aceptar. El mayor descubrimiento de Starr fue comprobar que la gente estaba deseosa de aceptar riesgos voluntarios (1000 veces más que los riesgos involuntarios) y que el nivel de aceptación subía proporcionalmente a la valía percibida de sus beneficios. En otras palabras, la gente está muy dispuesta a arriesgarse siempre y cuando se les dé la oportunidad de tomar ellos la decisión. Algunos autores han analizado los riesgos de los medicamentos y han acusado a la medicina de no actuar con antelación sino retrospectivamente, ya que, cuando surgen complicaciones con algún medicamento suele ser a posteriori y como una sorpresa para todos. Esto se achaca a que la medicina se concibe como una ciencia natural, basada en el ensayo y el error, y por lo tanto tremendamente retrospectiva (Bissell y Morgall, 2005).

A pesar de las mejoras que viene aportando efectivamente la tecnología a la práctica médica, las muertes debidas a un error médico persisten. Los expertos del "Institute of Medicine of the National Academies" de EE.UU. estiman que al menos 98.000 personas mueren en este país al año debido a errores médicos ocurridos en los hospitales. Esta cifra es superior a las muertes por accidentes de tráfico, cáncer o SIDA. Incluso muere más gente por errores médicos que por accidentes laborales (Kohn Corrigan et al, 2000).

Un ejemplo, entre tantos, es el caso del Neurotin (un medicamento para la epilepsia de la casa Pfizer). Entre 1998 y 2002 se habían registrado ocho suicidios en EEUU entre enfermos que tomaban este medicamento. En el primer semestre de 2003 la cifra ascendió a 17. Una vez que se divulgó la noticia y se abrió un registro, en el año siguiente se documentaron 2.700 intentos de suicidio, de los que 200 terminaron con la muerte del enfermo. En noviembre de 2004 la British

Medical Journal informaba del hecho de que ni Pfizer ni la agencia reguladora Food and Drug Administration (FDA), habían tomado todavía medida alguna, ni siquiera la de indicar en el prospecto el incremento de riesgo de suicidio (Forcades, 2006: 16).

Otro ejemplo llamativo del peligro que representan los medicamentos nos lo proporciona la red de centros regionales de farmacovigilancia de Francia, según la cual 1.300.000 franceses son hospitalizados en el sector público por efectos indeseables de un medicamento, lo que corresponde a un 10% del total de las hospitalizaciones en ese país. De dichas hospitalizaciones, un tercio se encuentran en estado grave, y un total aproximado de 18.000 personas mueren cada año, algo así como el doble de las muertes que se producen en Francia por accidentes de carretera (Pignarre, 2005: 147).

En relación a la práctica profesional del Médico de Atención Primaria, para Vicuña (2006: 210) el medicamento dificulta la adaptación al padecimiento, la reflexión íntima, la aceptación del sufrimiento. Es la alternativa "mágica", fácilmente aplicable y que une los intereses del paciente y el médico. El medicamento, representa la fe en la ciencia y el debilitamiento de la autoridad, hasta el punto de adquirir un protagonismo irracional en la relación clínica (Vicuña, 2006: 121).

El medicamento, como producto cultural, está plenamente integrado en la mentalidad de la sociedad, de manera que se recurre a él con mayor facilidad de la debida. Su utilización se ha generalizado de tal manera que la gente ya cree saber cuándo recurrir a él, a qué tipo de específico y en qué cantidad. Este tipo de conocimientos tiene una base netamente empírica, de manera que en determinados momentos pueden dar con la solución y en otros producir tragedias.

Se realizó un estudio a partir de datos del Reino Unido, EE.UU. y España, durante el período 1974-1993, en el que se estimó que aproximadamente un 4% de las nuevas entidades farmacológicas que se introdujeron en el mercado tuvieron que ser retiradas posteriormente por el descubrimiento de reacciones adversas no conocidas o bien cuantificadas durante el desarrollo clínico. Pero en la última década, esta proporción se ha ido incrementado continuamente. Es indudable que los medicamentos han aportado enormes beneficios para la salud de la población, pero también que han venido acompañados de una importante iatrogenia[10] e ineficiencias en el uso de recursos. Se ha estimado una incidencia de efectos adversos prevenibles de medicamentos en el medio ambulatorio de 5,6 por 1.000 personas-mes (Garjón Parra: 2009). Como dice un experto español en farmacología:

La iatrogenia es el aspecto negativo del consumo de medicamentos; tiene una

[10] iatro: prefijo que significa médico; iatrógeno: mal producido por la práctica del médico o del medicamento.

> *trascendencia enorme. La carga social de la iatrogenia puede evaluarse en función de las muertes, hospitalizaciones, tratamientos, pérdidas de actividad, incapacidad, molestias...* (Velasco Martín, 2000: 39)

En la relación del medicamento con el riesgo, encontramos dos factores: la baja percepción del medicamento como riesgo y la presencia del Médico que hace de experto legitimador del medicamento al prescribirlo oficialmente. Ambos factores se alían para que no percibamos el medicamento como un riesgo y, de percibirlo, la tendencia natural que tenemos a asumir riesgos voluntarios, máxime si contamos con el consejo del facultativo, nos lleva a una amplia aceptación del medicamento excesiva a la luz del uso inadecuado que hace una buena parte de la población. Está claro que mientras los fármacos continúen teniendo, como tienen, efectos secundarios serios, ya sean físicos, psicológicos o éticos, el estudio del riesgo y de las percepciones del riesgo por parte de la gente en referencia al medicamento será un aspecto muy importante a tener en cuenta.

Los Estudios CTS o estudios de ciencia, tecnología y sociedad nacidos en los años 60, ponen en evidencia la nueva relación existente entre la ciencia y la sociedad, en la que se puede enmarcar la tecnología médica y, en particular, el medicamento. Para López Cerezo (2003: 16), es necesaria una democratización de la ciencia en el sentido de participación y apertura de las políticas en materia de ciencia y tecnología a las opiniones y participación de los ciudadanos.

Nos encontramos en la era del consumo. El sistema capitalista, el proceso de racionalización, el carácter reificante del consumo y el desarrollo tecnológico, hacen al pensamiento (actualmente representado mayoritariamente por la ciencia) esclavo de la volición humana y sus inclinaciones, estableciéndose una máxima, la satisfacción de todas nuestras necesidades, y un valor fundamental, el hedonismo de masas, legitimando los placeres, haciendo de todo un placer, prometiendo dar satisfacción a cualquier sueño material. Y sospechamos que todo ello ha contribuido a la tremenda crisis económica en la que estamos sumidos y de la que aún no sabemos cómo y cuándo vamos a salir, ni si ello conllevará un cambio de paradigma o si volveremos a basar nuestro bienestar en un consumismo irracional.

Es pertinente, por tanto, finalizar este apartado refiriéndonos brevemente a la Teoría Crítica y su capacidad analítica ante las contradicciones de la moderna sociedad y su industrialización irracional. Hegel descubrió una negatividad de la sociedad burguesa que estaba entretejida con aspectos positivos, y que produce profundas contradicciones que son veladas por el ropaje legal y la capacidad racionalizante de la ciencia. A partir de Horkheimer, Adorno y Marcuse, la Teoría Crítica va a ocuparse de la irracionalidad y del inhumanismo cuyo máximo exponente serán los

campos de concentración nazis y su macabro exterminio, dentro del peor producto arrojado por la moderna sociedad industrializada, que subsume al individuo en la supremacía de sus propias necesidades, cuya persecución, en pos de una quimérica felicidad material, instrumentaliza la vida y le hace confundir la claridad con las más oscuras tinieblas: “la conciencia falsa ha pasado a hacerse conciencia general”. Más adelante volveremos a la Teoría Crítica.

Como culminación de todo lo visto hasta aquí sobre el medicamento, es pertinente realizar una incursión a una dimensión holística que engloba no sólo la utilización de medicamentos, sino a toda la medicina: el proceso de medicalización de la sociedad, que corre paralelo al desarrollo y expansión del medicamento.

5.- LA MEDICALIZACIÓN DE LA SOCIEDAD

5.1.- Los inicios de la medicalización.

Talcott Parsons publicó en 1951 una obra fundamental para la Sociología de la Medicina: *The Social System*. En dicho libro, Parsons expone su modelo estructural-funcionalista de la sociedad, en el que los sistemas sociales están relacionados con sistemas de personalidad y cultura como fundamento del orden social, y presenta su concepto del rol del enfermo ("sick role"), una aportación clave que describe un conjunto de expectativas según un patrón que define las normas y valores relativos al estar enfermo. El rol del enfermo se caracteriza porque el enfermo no es responsable de su condición; al enfermo se le exime de desempeñar los roles sociales "normales"; el enfermo debe intentar curarse y debe buscar la ayuda de un profesional y colaborar con él. Parsons, también señala que desde la sociedad se concede a los médicos una función de control social que les hace similares a los curas en su papel de controlar las desviaciones de la conducta. En efecto, esto supone que la medicina es una institución para el control social de la conducta desviada. La conducta desviada se refiere a cualquier acto o conducta que perturbe las normas de un sistema social determinado. La desviación, en el caso de los enfermos, es la enfermedad; un trastorno tanto biológico como social de la condición normal del ser humano, ante el cual un sistema social toma medidas -en este caso a través de la práctica médica- que controlen las enfermedades y restablezcan la salud. En este contexto, Parsons expuso la función de control de la medicina dentro de un sistema social (Parsons, 1984). Esta función, por su importancia, lleva en sí el germen de la medicalización de la sociedad.

En 1970, siguiendo lo dicho por Parsons, Zola analizó la medicina como una institución de control social, reemplazando las instituciones que tradicionalmente habían cumplido esta función como la religión y la ley; así, en nombre de la salud, se medicalizará la vida cotidiana. Este es un proceso que se desarrolla desde el siglo XVIII y que va más allá de las patologías individuales para abordar también los hitos del ciclo de la vida como por ejemplo la vejez. La medicalización es un proceso histórico paralelo a otros grandes procesos como la industrialización, el desarrollo

tecnológico y el control social, cuyo nacimiento queda expuesto por Foucault:

> *el hecho de que la existencia, la conducta, el comportamiento, el cuerpo humano, se viesen englobados, a partir del siglo XVIII, en una red de medicalización cada vez más densa y más amplia, que cuanto más funciona menos se escapa a la medicina (*Foucault, 1992: 54)

Para Foucault, "la medicina moderna es una medicina social cuyo fundamento es una cierta tecnología del **cuerpo social**" (Foucault, 1992: 55). Esta idea de que la medicina es una tecnología del cuerpo social nos parece muy acertada, por cuanto ubica a la medicina como agente social y la caracteriza como tecnología, lo que sin duda nos permite afirmar que el medicamento es un exponente singular de esa dimensión tecnológica y de la ligazón existente entre medicina y sociedad.

Pero Foucault va más allá, y argumenta que con el capitalismo se realiza una auténtica socialización del cuerpo, en cuanto fuerza de trabajo, y también en cuanto individuo constituyente del Estado. Y es precisamente a través de la medicina que el Estado aplica una estrategia biopolítica para ejercer el control social. Foucault señala tres etapas en la formación de esa medicina social (Foucault, 1992: 60 y ss):

La medicina de Estado, que se desarrolla sobre todo en Alemania a principios del siglo XVIII, y en cuyo contexto se producen dos procesos sobresalientes: la normalización de la enseñanza médica, lo que resulta muy interesante porque, como estamos viendo, una de las claves fundamentales de la prescripción racional de medicamentos es la formación de los profesionales en la que desde hace ya siglos interviene el Estado; y la creación de un cuerpo de funcionarios Médicos que administran la salud en nombre del Estado, mostrando así su preocupación, su supervisión, de los individuos que lo constituyen, cuestión igualmente interesante por cuanto en esta etapa histórica localizamos el origen de nuestros Médicos de Atención Primaria.

La medicina urbana, fruto del desarrollo de las grandes ciudades como París a lo largo del siglo XVIII y de la aplicación de estrategias de control basadas en la cuarentena, lo que permite llevar a cabo lo que Foucault (1992: 64) denomina "una medicina de las condiciones de vida del medio de existencia".

La medicina de la fuerza laboral, que se origina en el siglo XIX en Inglaterra en torno a los pobres y obreros, y a ciertos temores políticos y sanitarios que cristalizaron con ayuda de la

epidemia de cólera de 1832, que comenzó en París y se propagó a toda Europa. Fue en Inglaterra, por su fuerte desarrollo industrial, donde nació una norma clave, la *Ley de pobres*:

> *que convierte a la medicina inglesa en medicina social, en la medida en que las disposiciones de esa ley implicaban un control médico del indigente... surge... un importante factor en la historia de la medicina social: la idea de una asistencia fiscalizada, de una intervención médica que constituya un medio de ayudar a los más pobres a satisfacer unas necesidades de salud que por su pobreza no podrían atender y que al mismo tiempo permitiría mantener un control por el cual las clases adineradas, o sus representantes en el gobierno, garantizaban la salud de las clases necesitadas y, por consiguiente, la protección de la población más privilegiada (*Foucault, 1992: 66).

Se desarrolla así el control médico de la población, el control de la vacunación, el registro de las enfermedades susceptibles de convertirse en epidemias, la localización de lugares insalubres... y otras estrategias dirigidas al control de la salud y el cuerpo de los estratos más humildes, para que fueran más aptos para el trabajo al mismo tiempo que menos peligrosos para los más adinerados.

Para Foucault, de los tres modelos triunfó el último, el sistema inglés, ya que se mostró capaz de introducir formas de poder distintas según la necesidad:

> *permitió, por un lado, vincular tres cosas: la asistencia médica al pobre, el control de la salud de la fuerza laboral y la indagación general de la salud pública, protegiendo así a las clases más ricas de los peligros generales, y por otro lado -y en ello consiste su originalidad- permitió la realización de tres sistemas médicos superpuestos y coexistentes: una medicina asistencial dedicada a los más pobres, una medicina administrativa encargada de problemas generales, como la vacunación, las epidemias, etc., y una medicina privada que beneficiaba a quien tenía medios para pagarla (*Foucault, 1992: 68).

Foucault analiza la aplicación racional de la ciencia a la vida cotidiana en el siglo XIX, incluyendo a la medicina en una amplia red cuya función era la de regular la salud y la moral de toda la población, dentro de lo que denominó “la gubernamentalidad” (gobernamentality), relacionado estrechamente con el diseño de la cárcel (o asilo) ideal que ideó Bentham a finales del XIX, el cual permitía que los guardas pudieran ver, en todo momento, a los prisioneros encarcelados donde se les sometió a lo que Foucault denomina “panopticismo” (Lock, 2001: 9534).

Una hipótesis plausible es que, además de responder a las necesidades de salud de la

población, el proceso de prescripción responde también a un ejercicio de control de la fuerza de trabajo, a un control social del Estado y, no menos importante, a la protección de las clases más pudientes. Y como muestra, véase la orientación de la investigación e inversión en nuevos medicamentos totalmente volcada a los países y enfermos ricos, mientras se olvidan las enfermedades de los pobres. Dicho lo cual, es oportuno recordar que a día de hoy la medicina ha aportado, y aporta, muchos e importantes elementos que son muy positivos para el bienestar de la población. Se han producido mejoras en las infraestructuras higiénico-sanitarias así como en la profesión e investigación médica, que inciden directamente en una mejor salud de la población. Las infraestructuras y bienes sanitarios, los equipos tecnológicos para las pruebas diagnósticas, los medicamentos... han ido mejorando de manera muy importante. Los servicios sanitarios se han incrementado ampliamente en los países desarrollados, y la medicina preventiva y la educación para la salud han contribuido a mejorar el bienestar de todos.

Basándonos en el análisis de Foucault, se refuerza la idea del gran protagonismo y dimensión del proceso de prescripción, que es un verdadero instrumento de gestión de lo social. Al mismo tiempo, se asienta algo que venimos una y otra vez detectando, y es que la prescripción de medicamentos no es un mero acto científico, es mucho más, es un hecho social de una gran magnitud al servicio del control y de la gestión del cuerpo social. A esta dimensión, utilizando la nomenclatura de Foucault, la vamos a denominar “medicina del cuerpo social” (utilizaremos esta expresión cuando más adelante desarrollemos nuestro Modelo Psicosocial de los Condicionantes de la Prescripción). La medicina analizada desde esta perspectiva foucaultiana, cobra su completa dimensión, y recoge tanto el proceso de medicalización de la sociedad, como el que hemos venido en denominar “industrialización social de la prescripción”, estando este último al servicio del primero.

Una expresión de esta dimensión es que, al igual que surgieron en Inglaterra pequeñas insurrecciones antimédicas en la segunda mitad del siglo XIX (Foucault, 1992: 68), hemos visto recientemente en Europa, y en nuestro propio país con el caso de la gripe A que, ante las alarmas de los medios de comunicación, de la OMS y de los gobiernos, algunos Médicos se movilizaron a través de los medios de comunicación y de internet rebelándose contra las informaciones “oficiales” y denunciando los errores de los más altos representantes de la salud pública mundial y nacional. Se creó el blog “Gripe A: ante todo mucha calma”, disponible en: http://gripeycalma.wordpress.com/ apoyado por una larga lista de profesionales de la medicina y blogs especilizados disponible en http://gripeycalma.wordpress.com/informacion/. También se publicaron artículos como “Ante la gripe A, paciencia y tranquilidad” (Juan Gérvas, Diario El País, 14.VIII.2009) y se difundieron vídeos con gran éxito por la red como “Campanas por la gripe A” (Teresa Forcades, a través de Alish, disponible en http://vimeo.com/6790193).

Ahora que internet y las nuevas tecnologías están revolucionando la comunicación humana, estamos más cerca de una actualización, en una mayor dimensión, de los movimientos de protesta contra la medicalización y a favor del derecho a una vida digna, a enfermarse, a curarse y a morir, según el propio deseo.

5.2.- La medicalización en la actualidad.

En las enciclopedias y diccionarios de medicina, no siempre se puede encontrar la entrada "medicalización". En el Diccionario de Medicina de Espasa Calpe (1999), por ejemplo, encontramos la siguiente defínción:

> *Medicalización (medicalization): Absorción de problemas de naturaleza no médica por la medicina, sea por* (1) *atribución externa (Ej. aborto provocado), sea por* (2) *la visión incorrecta del hombre por parte de la clase médica (como la confusión de cuestiones de conciencia con casos psiquiátricos). Ver cientifismo (sic).*

Aprovechamos la definición anterior para ver el término cientifismo (o cientificismo, pues el propio diccionario utiliza ambos):

> *Cientificismo (scientificism): Visión de la ciencia y de la medicina que sólo admite como verdadero lo que puede ser verificable mediante la observación propia del método científico hipotético-deductivo. Su consecuencia en el ámbito de la medicina es que el paciente queda reducido a ser un organismo estropeado, con el descuido consiguiente del apoyo moral que debe dársele a él y a su familia.*

En la página de recursos on line para la salud de la mujer que mantiene el gobierno federal de los EE.UU. http://womenshealth.gov/, al que se accede tras una búsqueda en la web de la biblioteca nacional de medicina de EEUU http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/, encontramos una utilización actual del término "medicalization", en la entrada dedicada a la Female Genital Cutting, FGC (mutilación genital femenina), cuando alude a que en algunos países donde se realiza FGC, sus líderes han tratado de reducir los problemas físicos causados al practicar la FGC, pidiendo a los hospitales y a los Médicos que realicen la cirugía. "Esta medicalización de la FGC ofende", afirma con rotundidad la web, y es visto como una manera de que los partidarios de la FGC continúen con la práctica. Esta visión coincide con la "atribución externa" de la definición antes vista. Respecto a la que sería una "atribución interna", encontramos un ejemplo en la enciclopedia Britannica on line www.britannica.com, en la que al hablar de desórdenes mentales se menciona

una crítica a la medicalización de comportamientos y como ejemplo pone cuando se clasificó en el pasado la homosexualidad como un desorden mental.[11]

Barrán et al (1993) exponen el estado de la situación a finales del siglo XX, aludiendo a varios elementos como las transformaciones de la medicina en las relaciones humanas, en las conductas y hábitos a lo largo del tejido social; los aparatos institucionales en torno a la salud y su poder de influencia sobre los ámbitos jurídicos, legislativos y educativos; la imposición de una cultura médica de la enfermedad, frente a otras posibles comprensiones; la pérdida de significado del dolor; etc.

Como ejemplo de cómo se produce hoy en día la medicalización de la sociedad, Blanco García (2007) analiza el caso de la maternidad. La medicalización del embarazo se produce a través de dos fases: una primera en el s. XVIII, en la que se consideraba el embarazo como algo natural y se dejaba que fuera la naturaleza quien dictara sus propias órdenes. En esta fase el conocimiento de los especialistas coincidía con la información que se daba a las mujeres. En una segunda fase, al comenzar a sistematizarse el conocimiento que daban las mujeres acerca de sus experiencias, los Médicos las convirtieron en conocimientos técnicos. Más tarde, el embarazo se definió como algo patológico y cayó progresivamente bajo control del Estado y de los profesionales de la salud. Este proceso está ligado a una creciente secularización de la sociedad, que confía cada vez más en el conocimiento científico como conocimiento objetivo.

La Sociología del conocimiento muestra cómo el triunfo de la ciencia es consecuencia no sólo de su carácter objetivo, sino de la tecnificación general de la sociedad y del poder que la ciencia tiene en ella. No en vano, han sido los avances tecnológicos que han permitido controlar más de cerca el desarrollo del embarazo, los principales responsables del triunfo del modelo biomédico en este campo. Las ecografías, las pruebas de embarazo, las nuevas técnicas de inducción del parto, las cesáreas, las nuevas anestesias… convierten a las madres en una herramienta o artefacto más dentro del entramado tecnológico en el que trabajan los Médicos. La madre aparece como un cuerpo gestante sin tener en cuenta su personalidad y sus circunstancias de vida, lo que la convierte en un objeto de análisis más que en un ser humano.

En su trabajo sobre la historia de la sexualidad y la narración del ejercicio de un poder que tiene a la sexualidad desviada, y al cuerpo que la acoge como objeto, Foucault (1998: 28), refiriéndose a la variedad de perversiones sexuales, dice que

La medicalización de lo insólito es, a un tiempo, el efecto y el instrumento de todo ello...

[11] http://www.britannica.com/EBchecked/topic/161092/Diagnostic-and-Statistical-Manual-of-Mental-Disorders

las rarezas del sexo dependen de una tecnología de la salud y de lo patológico.

Vemos así, en la particular y lúcida visión del filósofo, otra faceta de la medicalización, en esta ocasión sobre la sexualidad: la medicina penetrando los cuerpos erráticos al servicio de las formas de poder estudiadas por Foucault. Insiste en la idea en otro de sus trabajos, diciendo:

> *...en Occidente tenemos una medicalización de la sexualidad en si misma, como si ella fuese una zona de fragilidad patológica particular en la existencia humana. Toda sexualidad corre a la vez el riesgo de estar enferma y de inducir enfermedades sin cuento* (Foucault 1994: 119).

Al mismo tiempo, Foucault (1998: 41) habla de otro proceso que denomina "*la medicalización de los efectos de la confesión*", refiriéndose a la utilización en el siglo XIX que hacen los Médicos de las confesiones de los desviados para incluirlas en el diagnóstico y, por tanto, formar así parte de la cura.

Al abordar una crítica de la medicalización de la sociedad como crítica al modelo biomédico se produce, en nuestra opinión, una cierta contradicción, puesto que si se pretende que el concepto salud alcance el bienestar completo de la persona (modelo biopsicosocial), entonces se facilita una concepción de la enfermedad igualmente global que abarca toda "carencia de salud o bienestar". A partir de ahí, no es difícil concebir un tratamiento médico ante la falta de salud que desbordaría, claro, el concepto más estrecho de la medicina biomédica. Aquí, una cuestión clave, va a ser definir qué es el bienestar, pues en función de dicha definición tendremos un modelo de salud a partir del cual obtendremos un modelo sanitario y un catálogo diferente de enfermedades y afecciones, así como de tratamientos. Es preciso delimitar lo mejor posible los campos; ¿con qué nos quedamos, con una medicina biomédica que sólo atienda problemas "biológicos" aplicando procedimientos clínicos, o con una medicina que atienda "el completo bienestar físico, mental y social y no meramente la ausencia de enfermedad o dolencia" tal y como definió la OMS el concepto de salud en 1946?

De alguna manera, el propio afán de protección al ciudadano que persigue la definición maximalista de la OMS, puede abrir el camino a la medicalización de la sociedad. No se nos puede escapar que cuando ciertos Médicos y ciertas empresas tratan procesos naturales, podrían argumentar que lo hacen en aras a mejorar la salud y el bienestar de la sociedad, basándose precisamente en la definición del organismo internacional de la salud.

La respuesta a nuestra reflexión la encontramos en Márquez y Meneu (2003: 48) cuando

se preguntan qué es y qué no es una enfermedad, enunciando, a nuestro entender de manera preclara, la siguiente definición en negativo:

> *Operativamente podemos definir una "no-enfermedad" como un proceso o problema humano definido desde alguna instancia como una condición médica para el que se obtendrían mejores resultados si no fuera considerado y tratado así.*

Eso sí, los autores aclaran que esta definición supone que aceptemos que no todo sufrimiento o malestar, en un amplio sentido, es una enfermedad. En este sentido, la orfandad sería un doloroso proceso pero natural al fin y al cabo, y desde luego preferible a su única alternativa verosímil, es decir, morir antes que los progenitores. Si este tipo de procesos se declaran, por ejemplo, como un caso de "inadecuada elaboración del duelo", serán susceptibles de medicalización.

Pero los límites no están muy claros. La siguiente apreciación de Chodoff transmite la complejidad del terreno que pisamos:

> *Medicalizar la condición humana implica aplicar una etiqueta diagnóstica a sentimientos o conductas desagradables o no deseables que no son claramente anormales, sino que se sitúan en un área nebulosa difícil de diferenciar de toda una gama de experiencias que frecuentemente van ineludiblemente unidas al hecho de ser persona* (Chodoff, 2002: 627)

Otros autores asocian la medicalización en el campo de la enfermedad mental con la preponderancia del paradigma biomédico y analizan la producción de medicalización atendiendo a un tipo de modelo de atención, ya que:

> *las diversas formas de medicalizar en salud mental responden a un sistema, a una estructura o modelo asistencialista, que sostiene un circuito de dependencia, des-socialización y des-politización y una lógica hegemónica en su intervención* (Laplacette, 2008: 26).

Ese desbordamiento de la mirada médica hacia el campo de una "salud social" para mejorar el bienestar de las personas, ese ir más allá de las enfermedades "clínicas", puede tener más de una lectura, y puede referirse tanto al Médico que procura tener una relación humana con sus pacientes y se preocupa por sus problemas vitales y no únicamente por los meramente biológicos como, por otra parte, al Médico que ante cualquier síntoma personal, trae desde el campo de la experiencia de la vida su abordaje desde lo médico, cayendo entonces en una

medicalización de la vida cotidiana. Expuestos estos dos puntos de vista, no debemos de olvidar, en cualquier caso, que las expectativas de bienestar ya están contempladas en la misma definición de salud y que, como veremos más adelante, cuando pacientes, Médicos y laboratorios ponen en marcha tratamientos dudosos, uno de los parámetros que sirven para cuestionarlos es precisamente si la medicina tiene que meterse en ámbitos que caen bajo una concepción más completa de la salud, y si estos ámbitos deben abordarse con medios médicos o más bien descansar sobre el cuidado personal de la salud. Habría que ver hasta qué punto la medicina es, además de biología, una reflexión sobre el sufrimiento humano, la vida, la sociedad y la muerte.

Todo lo dicho anteriormente no nos debe hacer olvidar un agente con una influencia decisiva en este proceso: la Industria Farmacéutica. Cuando el proceso de medicalización está vinculado a la excesiva utilización de recursos médicos, sean visitas a la consulta, pruebas diagnósticas o medicamentos, el proceso puede estar ligado a la construcción de enfermedades. Con toda claridad, la Comisión de Salud del Parlamento Inglés, en sus conclusiones de la investigación que llevó a cabo sobre la influencia de la Industria Farmacéutica, afirma:

> *Se está produciendo de manera creciente una medicalización de la sociedad* (House of Commons, 2005: 97).

La salud supone un gasto muy importante. Los servicios y equipamientos sanitarios son un sector fundamental de la economía y del Estado. El paciente se convierte así en cliente y el medicamento se transforma en una mercancía, es decir, pasa de ser un bien médico de interés social, a ser un elemento de consumo. Así, para estar feliz o para no deprimirse, habría que consumir un antidepresivo; adelgazantes para mejorar la figura o, para "vivir mejor", habría que tomar algo como polivitamínicos, ansiolíticos o energizantes. Con el objeto de alcanzar un estilo de vida sana o natural, consumir un medicamento forma parte de la rutina de un gran número de personas. Y esto no ocurre, en muchos casos, en personas enfermas. En la sociedad, esta conducta se ha ido propagando con el agravante de que se transmite a niños y jóvenes. Debido a la expectativa que produce la tecnología, al mensaje del propio Estado protector y a la acción comercial de las farmacéuticas, se produce un fenómeno que lleva a los "clientes" a pedir prescripciones dirigidas a preservar su estilo de vida y sus hábitos. Blech lo expone muy bien (2005: 210):

> *La medicalización de nuestra existencia tiene como consecuencia que las personas ya no estén contentas con su cuerpo, por lo que surge una medicina cosmética que no ayuda a los enfermos, sino que mejora a los sanos.*

Este autor resalta que la medicina actual, con la potencia comercial de los laboratorios,

hace que la gente se preocupe por nuevas enfermedades, al tiempo que se lanza el mensaje de que los Médicos pueden curarlas aplicando modernos tratamientos con medicamentos de última generación. De esta manera, las enfermedades se han convertido en materia prima industrial, los médicos en prescriptores de marcas comerciales y las empresas farmacéuticas, con la colaboración de la medicina, convierten los procesos normales de la existencia humana en problemas médicos.

La medicalización tiene muchas expresiones y consecuencias. Como sabemos, una de ellas es la existencia de medicamentos de dudoso o nulo valor terapéutico. En los ensayos clínicos, hay combinaciones de principios activos que no han demostrado su eficacia, no van dirigidos a ninguna patología y se comercializan. La propaganda confusa e inexacta con que se comercializan algunos productos, es un hecho muy grave. La gente debería saber que estas sustancias no sólo no aportan salud, sino que pueden provocar reacciones adversas. Por otra parte, según el poder adquisitivo de las personas, se gasta más o menos en medicamentos; en consecuencia, éstos son más promocionados en las clases medio-altas y altas, y aquellas con acceso a recetas gratuitas. En la cadena del medicamento, estos patrones de comportamiento repercuten en la Seguridad Social, sus criterios de funcionamiento y su sostenibilidad, de ahí la importancia de actuar en algún eslabón de la larga cadena que incluye la investigación, producción, comercialización, prescripción y consumo de medicamentos.

Para Márquez y Meneu, en su editorial dedicada a la cuestión (2003: 47), la medicalización se presenta con tres modalidades. La primera, se apoya en la redefinición de las percepciones de profesionales y legos sobre algunos procesos, caracterizándolos como enfermedades e incorporándolos a la "mirada médica" como entidades patológicas abiertas a la intervención médica. La segunda, reclama la eficacia incontestada de la medicina científica, y la bondad de todas sus aportaciones, desatendiendo las consideraciones sobre el necesario equilibrio entre sus beneficios y los riesgos o pérdidas que implican. La tercera, se sustancia en la marginación de cualquier modo alternativo de lidiar con las dolencias, incluyendo tanto terapias de eficacia probada empíricamente como las formas desprofesionalizadas de manejo de todo tipo de procesos que van desde el parto hasta la muerte.

Aquí, vemos un esfuerzo importante de matizar y desbrozar la complejidad de la medicalización. Estos mismos autores exponen los principales actores implicados en el proceso de medicalización, que resumimos en la siguiente tabla (con cuatro cuadros):

Las empresas médico-farmacéuticas:

- *Financian a grupos de investigación de instituciones académicas y de sociedades científicas. Difunden sus productos entre la clase médica con publicidad e información a veces sesgada, inexacta o engañosa.*
- *Formación de la demanda. El marketing diseña las necesidades sociales a las que supuestamente responde la I+D de la Industria.*
- *Ampliación del mercado mediante la creación de nuevas enfermedades en ámbitos sensibilizados: estética, molestias fisiológicas o síntomas leves, eludir consecuencias de comportamientos no saludables a los que no se desea renunciar... En el límite, para cada nuevo diagnóstico o tratamiento se puede crear una enfermedad.*

La Administración y los gestores de servicios sanitarios

- *En el nivel de la macrogestión se tiende a evitar las decisiones conflictivas en más ocasiones de lo que sería deseable.*
- *Las agencias de medicamentos de los países europeos, han sido muy sensibles al deseo de la Industria de aprobación rápida de nuevos productos.*
- *Cabe añadir, por nuestra parte, la existencia de una situación que denuncian los Médicos de Atención Primaria: mientras a ellos se les indica que no deben recetar nuevos fármacos, que son caros y de dudosa eficacia, dichos fármacos son aprobados por las autoridades sanitarias y recomendados por los especialistas. En la actualidad, el gasto farmacéutico que más crece es el hospitalario.*

Medios de comunicación
• *La calidad de la información que vehiculan y los sesgos apreciados en su tratamiento, despiertan una atención insuficiente en comparación con su relevancia en la configuración de las expectativas y opiniones del conjunto de la población.* • *Lo noticiable está asociado a la novedad, lo improbable o lo deseado, provocando sobreabundancia de noticias sobre pretendidos descubrimientos revolucionarios, soluciones mágicas y plagas de dudosa base científica.* • *La lectura acrítica de los medios favorece expectativas por encima de la realidad.* • *También pueden afectar positivamente la utilización de servicios sanitarios.* • *Cabe añadir, por nuestra parte, la colaboración de los medios para difundir noticias que dirigen a los potenciales consumidores de medicamentos a consultar con su Médico para que le facilite soluciones farmacológicas.*

Población
• *La percepción sobre la propia salud ha ido empeorando. Buena parte del despilfarro sanitario procede de la convicción del público de que la medicina moderna es capaz de resolver mucho más de lo que en realidad puede.* • *Ian Morrison cuenta que cuando él nació en Escocia, la muerte era vista como inminente, mientras se formó en Canadá comprobó que se vivía como inevitable, pero en su actual residencia californiana parece que allí se percibe como opcional. En las sociedades más desarrolladas cada vez se instala más el rechazo de la enfermedad y la muerte como algo que tenga que ser inevitable.* • *Existe una creencia, posiblemente alentada desde los propios sistemas sanitarios, de que la medicina va a poder con todo y que puede solucionar cualquier problema... y que la salud no tiene precio.* • *Regla del rescate, pidiendo a los profesionales sanitarios que empleen todas las alternativas, por mínimo que sea su posible beneficio.*

Tabla 12: Cuatro cuadros con los principales actores implicados en el proceso de medicalización.

Cuatro cuadros con los principales actores implicados en el proceso de medicalización. Elaboración propia. Fuente: Márquez y Meneu (2003: 50-52).

Estos cuadros nos gustaría enriquecerlos resaltando ciertas concepciones del Estado del

bienestar y sus promesas de felicidad para todos, que nos exige cubrir las expectativas de los ciudadanos, en este caso, con la tecnología más avanzada a través del medicamento. El desarrollo del Estado del bienestar ha traído fundamentales ventajas y mejoras a la calidad de vida de los ciudadanos y la promesa de velar por cada sujeto. Ello desborda las mejoras comunes en salubridad o servicios, para desembocar en la demanda individual de una asistencia sanitaria que, más allá de atender grandes enfermedades y dolencias, ahora queremos que compense los malos hábitos de vida o que eluda procesos naturales e inevitables como la vejez. Sin duda, en este entramado expuesto por Márquez y Meneu, se puede ver cómo se tejen los diversos intereses en juego, aprovechando unos (Industria Farmacéutica y mensaje político) lo que otros demandan (ciudadanos que apelan por más bienestar).

Hay autores que llegan a hablar de medicalización de la prevención:

> *La medicalización de la prevención es otro hecho que hace patente la iatrogenia social. Las personas no enfermas han llegado a depender de la asistencia profesional en aras de su salud futura. Se habla de morbilidad potencial en el tiempo para asegurar sistemas médicos prepagos que dicen proporcionar diagnósticos precoces y tratamientos preventivos, sin que verdaderamente influyan en la expectativa de vida ni en la comodidad del paciente y que, por el contrario, además de sobrecostos, lo que acarrean es ansiedad y morbilidad real* (Martínez, 2003: 159).

Clarke et al (2003) hablan de la Biomedicalización, que se refiere a un desplazamiento progresivo debido a un incremento de la complejidad y de la multidireccionalidad del proceso de medicalización, en relación a nuevas formas sociales con una alta tecnificación de la biomedicina. En este movimiento, identifican cinco procesos concretos: el reforzamiento político y económico del vasto sector de la biomedicina, el foco sobre la propia salud y la elaboración de una biomedicina del riesgo y la vigilancia, el incremento de la naturaleza técnica y científica de la biomedicina, las transformaciones en la producción, distribución y consumo del conocimento biomédico así como en la gestión médica de la información y, por último, la transformación de los cuerpos con nuevas propiedades e identidades tecnocientíficas tanto de manera individual como colectiva que apuntan hacia su "customización" a medida. En el corazón de la biomedicalización se encuentran las innovaciones clínicas: diagnósticos, tratamientos, bioingeniería, genómica, computerización, telemedicina, etc. Incluimos este concepto de Biomedicalización dentro de las transformaciones y caracterización de la industrialización -y tecnificación- de la medicina.

Como analogía de la revolución industrial, que supuso la industrialización de los sectores productivos, también se puede hablar de industrialización de la medicina, como se viene hablando de la industrialización de la cultura, algunas de cuyas críticas más severas fueron expuestas por la

Escuela de Frankfurt (Horkheimer y Adorno, 2003), y que se pueden resumir en la mercantilización de la cultura, la masificación, la creciente desconexión con la estructura y valores culturales de una población, la dependencia de intereses empresariales que tienden a la concentración, la influencia de la lógica tecnológica, la vulgaridad, la invasión cultural, la homogeneización, la pérdida de capacidad crítica o la incompatibilidad entre la verdadera obra de arte y su serialización. (Yzaguirre, 2009: 114). Todas estas críticas pueden ser aplicadas a la industrialización de la medicina que acarrea como agravante, tal y como avisó Illich, la tendencia del hombre a una incapacidad para cuidarse a sí mismo:

> *El proceso de medicalización de la vida, que discurre aparejado con la pérdida de valores culturales y de tradición necesarios para el bienestar social, le esquilma al hombre su capacidad y responsabilidad de sufrir ante el dolor, la enfermedad y la muerte, volviéndolo incompetente para sobrevivir (*Martínez, 2003: 160).

Esta visión se enmarca dentro de la corriente crítica nacida en los años 70, que denuncia cómo la transición de los ciclos vitales y el comportamiento cotidiano son representados como enfermedades, cuyo mayor exponente es Iván Illich y su "Némesis médica". Illich argumenta que a través de la sobre-medicación, la biomedicina, de manera inadvertida, produce iatrogenia y, además, compromete la autonomía de la gente corriente al enfrentar el cuidado de la salud y el tratamiento de las enfermedades. En el sentido más estricto, la enfermedad iatrogénica incluye sólo las enfermedades que no se habrían producido si no se hubiesen aplicado tratamientos ortodoxos y profesionalmente recomendados (Illich, 1975: 40). Para Illich hay algo aún peor de la medicalización, y es su palpable inutilidad:

> *En contraste con las mejoras ambientales y las medidas sanitarias modernas no profesionales, el tratamiento específicamente médico de la gente nunca se relaciona en forma significativa con una disminución del complejo patológico ni con una elevación de la expectativa de vida (Illich, 1975: 32).*

Illich (1975: 64) señala que el "industrialismo" es el periodo al que se acude con más asiduidad para interpretar la naturaleza y la conformación de las sociedades occidentales desarrolladas. Debido al crecimiento industrial, prácticamente han desaparecido las ordenaciones sociales que permiten la autonomía de los miembros de la comunidad, y en el orden nuevo se perpetúan los valores que son funcionales para la "*racionalidad formal*" del sistema: productividad, eficiencia, progreso y modernización son los componentes de la construcción intelectual y filosófica del edificio del industrialismo, cuyo requisito básico es la necesidad de jerarquía y dependencia dentro de la misma; en lo más alto se encuentran el experto y el burócrata; en el extremo inferior se halla el súbdito de esa burocracia, el que recibe o consume los bienes,

materias o servicios administrados. Dentro de esta jerarquía, el primero manipula al segundo, teóricamente en beneficio de ambos y en la práctica más en beneficio del primero que del segundo.

Para Illich (1975: 121) la "*iatrogénesis estructural*" es la pérdida de autonomía por parte del paciente; la burocracia médica va más allá de la creación de una simple adicción y destruye el potencial de la gente para tratar su debilidad, vulnerabilidad y singularidad humanas, de modo personal y autónomo. Según él, se arrebata al individuo la responsabilidad de la salud y la asistencia. Recomienda las siguientes soluciones para la iatrogénesis clínica y social:

1) El modo de producción de la medicina debería "*desprofesionalizarse*" y *"desburocratizarse*" para derribar las barreras que permiten que el desembolso de fondos públicos se haga bajo la prescripción y el control de los miembros del gremio, de modo que los encargados de sanar enfermedades no estén sujetos a un sistema de permisos y reglamentos. De la libre elección del individuo debería depender: dónde, cómo, cuándo y de quién recibir asistencia. Esta propuesta de Illich nos parece especialmente pertinente ante las alarmantes noticias de alianzas entre la Industria Farmacéutica y los médicos con fines puramente comerciales.

2) Debería reducirse la responsabilidad colectiva de dicha asistencia, incrementando en su lugar la responsabilidad individual. La autodisciplina, el interés propio y el cuidado de sí mismo deberían ser las directrices del individuo en el mantenimiento de su salud.

En su crítica a *Némesis Médica*, Navarro (1978) destaca precisamente el concepto de "iatrogénesis social" como creencia de la gente de que no puede enfrentarse a la enfermedad sin ayuda de la medicina moderna; una dependencia adictiva de la población respecto a las instituciones de asistencia médica, cuya proliferación desencadena un proceso social patógeno caracterizado por la destrucción del potencial de la gente para tratar su debilidad de modo personal y autónomo, como ha quedado dicho más arriba. El exceso de medicalización transforma la capacidad de adaptación en disciplina masiva de "consumo médico". La burocracia médica perpetúa y alienta la actitud pasiva y adictiva del consumidor, sirviéndose para ello de su capacidad monopolista de definir qué es la salud y a qué método de asistencia se le pueden conceder fondos públicos.

Navarro coincide con Illich en el diagnóstico, pero para Navarro los problemas descritos por Illich son síntomas en lugar de causas. Navarro critica que entre las soluciones propuestas Illich rechace la "alternativa de la socialización" basándose en que supondría la redistribución de la asistencia médica y con ella el incremento de la medicalización. A dicha crítica, Navarro suma lo

que juzga como un error en la medición de la efectividad de la asistencia médica, para la que Illich emplea indicadores de curación en lugar de los de asistencia, en una sociedad como la occidental en la que el tipo de morbilidad más importante es crónica, y por tanto es más relevante la medida en que el sistema proporciona asistencia. Así, para Navarro, la manipulación de la adicción y el consumo por parte de las burocracias son el síntoma de las necesidades básicas de las instituciones sociales y económicas de las sociedades industrializadas capitalistas, que tienen como función reforzar y aprovechar la necesidad de consumir.

Nos parecen muy importantes estas aportaciones y la discusión entre Illich y Navarro. Cuando percibimos la colectivización de la salud y la enfermedad, y la construcción de la enfermedad bajo intereses comerciales y de control social, las aportaciones de Illich son fundamentales para entender estos procesos. Si nos enfrentáramos a nuestra salud de una manera más personal y más responsable, sería más difícil caer en las redes de la medicalización; pero la complejidad científica y la necesidad del especialista para acceder a los sofisticados diagnósticos y tratamientos, nos dejan inermes y hacen muy difícil la autonomía en materia de salud. En esta discusión creemos que se encuentra una parte relevante de la cuestión de fondo de la medicalización de la sociedad.

En el siguiente subapartado descenderemos a casos concretos que nos familiarizarán con las formas que toma la medicalización entre nosotros.

5.2.1.- La medicalización del cuerpo de la mujer. Enfermedades inventadas y medicamentos: "a pill for every ill".

Un primer ejemplo de largo recorrido histórico ya mencionado es el proceso de medicalización del parto, que se puede enmarcar dentro de un proceso de medicalización del cuerpo de la mujer susceptible de ser estudiado bajo la perspectiva de género. Durante el siglo XVII, las comadronas asistían a las madres durante el parto, junto con los parientes más cercanos. En el transcurso del siglo XVIII, las comadronas rivalizaban con la emergente profesión médica (desempeñada por hombres), luchando por el control de la intervención en los partos. Esta lucha la ganaron finalmente los Médicos, que introdujeron el uso del fórceps como tecnología esencial para el buen parto en casos en los que de otra forma podrían haber muerto la madre o el niño. Las comadronas tenían prohibido el uso de instrumental. El desarrollo de la ciencia médica en el siglo XIX, reservada exclusivamente a los varones, continuó aislando a las comadronas, que no podían practicar la medicina.

La respuesta crítica a esta realidad llevó al desarrollo de un movimiento favorable al parto natural, en el que se desestima la ayuda de la tecnología y se restablece el dolor como un componente consustancial al parto, enfatizando que las experiencias y sentimientos de la mujer se puedan ir adaptando de forma natural a lo largo del proceso.

En este contexto, cobran fuerza las teorías feministas que argumentan que la medicalización ha transformado ciertos procesos naturales del organismo (menstruación, embarazo, parto, menopausia, envejecimiento) en problemas médicos que requieren soluciones médicas, como fármacos o cirugía. Un ejemplo que hemos visto anteriormente es el de la "osteoporosis menopáusica", que igualmente se enmarcaría en la medicalización del cuerpo de la mujer ante un proceso natural como es el envejecimiento.

Al calor del éxito de Pfizer con "viagra", que en 2001 superó los 1.500 millones de dólares de ventas, se empezó a trabajar en el desarrollo del perfil clínico de la "disfunción sexual femenina". En 1997 nueve farmacéuticas financiaron un congreso de alto nivel cuyo objetivo era diseñar la estrategia adecuada para crear una nueva patología en función de los intereses económicos de la Industria Farmacéutica. En 1999 apareció un artículo en la prestigiosa revista JAMA titulado "Disfunción sexual en EEUU: prevalencia y variables predictivas" en el que se afirmaba que un 43% de la población femenina sufría la "nueva enfermedad". Ese mismo año surgió el Fórum para la Función Sexual Femenina, que celebró dos conferencias en 2000 y 2001 en Boston financiadas por 20 farmacéuticas, lideradas por Pfizer. En 2003 la manipulación fue denunciada por Ray Moynihan en el British Medical Journal[12]. En 2004 la agencia reguladora de los medicamentos en EEUU impidió que se comercializara el primer medicamento destinado a sanar la "disfunción sexual femenina" (Forcades, 2006: 4).

De manera reciente, existen estudios científicos que abordan con solidez la visión de género en relación a la prescripción de medicamentos, como el llevado a cabo por Bernardy et al (2012). En dicho estudio se constata que las mujeres de las fuerzas armadas de los Estados Unidos eran más propensas que los varones a recibir más medicación de psicofármacos en el tratamiento del trastorno de estrés postraumático. Y ello, en algunos casos, a pesar de las recomendaciones de las guías contra el consumo de este tipo de medicamentos. El estudio reconoce sus limitaciones para aclarar si los motivos de esta diferencia eran razones adecuadas (razones clínicas) o una mayor disposición de la mujeres hacia la toma de medicamentos para los problemas de salud mental, más que una cuestión de toma de decisiones de los médicos prescriptores. Nos llaman la atención dos cosas del estudio. De una parte, la constatación científica de que para un problema de salud que afectaría por igual a mujeres y varones, se

[12] Moynihan, Ray. "The making of a disease: female sexual dysfunction". BMJ 2003; 326: 45-47.

produzcan diferencias marcadas de género en los tratamientos y, de otra, que en las conclusiones, se considere antes una supuesta predisposición en las mujeres afectadas a demandar más tratamiento de la enfermedad mental con medicamentos que los varones, pero no se cuestione, dentro de la especulación en torno a las posibles razones no encontradas, la posible predisposición de médicos/as a recetar más a mujeres que a varones, haciendo más responsable a las pacientes que a sus prescriptores que, en última instancia, son los que toman la decisión. En cualquier caso, el estudio concluye con la necesidad de que se realicen trabajos adicionales para encontrar las razones de esta diferencia.

La medicalización del cuerpo de la mujer ha de considerarse como un caso particular del proceso de medicalización, que resulta muy ilustrativo de hasta qué punto se pueden confundir factores biológicos con factores culturales, llegándose a diferenciar sin razones clínicas justificadas o racionales los tratamientos dados a mujeres y a varones.

Pero como veremos a continuación, el proceso de medicalización, en el que cabe destacar la invención de enfermedades, es mucho más amplio.

Blech (2005) y su catálogo de enfermedades inventadas nos permiten exponer otros ejemplos con distintos matices sobre el proceso de medicalización de la sociedad. En su libro "*Los inventores de enfermedades",* Jorg Blech hace saltar la temática de la medicalización a las librerías. La principal motivación del autor al escribir su libro fue ¡que quería seguir siendo una persona sana! Blech hace un recorrido por todas las insensateces que rodean a la medicina y al hecho de que la enfermedad se ha convertido en un producto industrial, alentadas sobre todo por los intereses comerciales, pero también por la preocupación excesiva de la gente o el excesivo celo profesional de algunos Médicos. Al deseo innato del hombre por estar sano, y a su baja capacidad de afrontar las dificultades de la vida sobre todo en una sociedad opulenta, le va muy bien uno de los argumentos de las farmacéuticas y de algunos Médicos interesados en la medicalización de la sociedad: la gente acude a ellos solicitando terapia.

Blech, que en el prólogo de su libro se declara científico y periodista con más de 10 años de experiencia profesional en redacciones médicas de revistas como Stern, Zeit y Der Spiegel, nos presenta una crítica mordaz y documentada de la deriva que está tomando la medicalización de la sociedad. Del incontable número de casos a los que hace referencia, he aquí una pequeña muestra que merece la pena recoger para hacernos una idea de la dimensión del fenómeno:

– Knock, médico francés de principios del siglo XX, atrajo a los sanos vecinos cercanos a su nueva consulta invitándoles a un reconocimiento gratuito con el reclamo de que pretendía

limitar la inquietante propagación de enfermedades de todo tipo que en los últimos años se extendían en su región. Tuvo un gran éxito que fue llevado al teatro e incluso al cine (Blech, 2005: 15).

– El síndrome de Sissí apareció por primera vez en 1998 en un anuncio a toda página de la farmacéutica Smith-Kline Beecham (hoy Glaxo). Se calculaban en tres millones las personas que padecían este síndrome en Alemania. En 2003 se comprobó que era una invención de la industria sin base científica (Blech, 2005: 18).

– Cuando Merck&Co. descubrió el primer regenerador del pelo eficaz, la agencia de relaciones públicas Edelman inició una campaña. Lanzó estudios a la prensa que dieron lugar a titulares del tipo "un tercio de todos los hombres tiene que luchar contra la caída del cabello", "la caída del cabello produce pánico y problemas emocionales". Los estudios fueron patrocinados, claro, por el laboratorio, aunque esto no llegó a saberse (Blech, 2005: 26).

– La empresa Roche ha tratado de hacer pasar lo que hasta ahora se llamaba "timidez" por "fobia social" y pretende curarlo con un antidepresivo (Blech, 2005: 26).

– Otro buen ejemplo, del que este tesinando ha tenido noticia directa cuando participó en la investigación ya citada de la Dirección General de Farmacia de la Comunidad de Madrid, es el intento de convertir la atrofia ósea de la vejez en la enfermedad de la "osteoporosis", manipulándose los parámetros y factores de riesgo; en efecto, hemos visto cómo en los últimos años ha desembarcado la osteoporosis como una seria enfermedad para mujeres post menopáusicas, décadas antes de la edad en que deberían preocuparse de tener esa enfermedad.

– En el caso de la "disfunción eréctil", fue la viagra la que desencadenó la epidemia. Hoy sabemos gracias a los cálculos patrocinados por Pfizer, que los problemas de erección son un serio problema de salud que afecta aproximadamente al 50% de los hombres entre 40 y 70 años (Blech, 2005: 28). Los anuncios protagonizados por el futbolista Pelé, al que se le conocen varios hijos con varias mujeres, sorprendentemente no mencionaban la viagra (Blech, 2005: 36). Las técnicas de marketing hoy se han sofisticado y se centran más en la difusión de la enfermedad, lo que tiene como ventaja adicional, además de una sutileza que ayuda a dar credibilidad a la noticia, burlar los controles gubernamentales que tratan de limitar la publicidad de medicamentos que requieran receta (lo mismo pasó en España con la campaña de la osteoporosis protagonizada por Lola Herrera en el Hola, donde no se mencionaba ningún medicamento). El anuncio insistía: "el miedo y la inhibición impiden a muchos hombres hablar con su médico sobre sus problemas de erección".

– El caso del "síndrome del colon irritable" es muy ilustrativo. El fenómeno va acompañado de un montón de síntomas que todo el mundo ha experimentado alguna vez y que se asociaban a enfermedades psicosomáticas. El desarrollo de un medicamento (Lonotrex) despertó el interés de la Industria por la presunta enfermedad, y fue conocido de manera fortuita porque se publicó en el *British Medical Journal* un documento confidencial que diseñaba una estrategia para su desarrollo a cargo de la empresa de relaciones públicas In Vivo Communications. Primero, un programa de educación médica llevado a cabo durante uno a tres años, tenía que presentar el colon irritable como estado significativo e independiente, como una enfermedad creíble, frecuente y real. Otros mensajes introducían la nueva terapia clínicamente demostrada: Lonotrex. Para su lanzamiento, se buscaban líderes de opinión por regiones que encabezaban una comisión de asesores para crear opinión. Se planteaba la creación de un boletín informativo para crear un mercado y llegar a los gastroenterólogos. Se recomendaba la publicación de artículos en las revistas médicas más importantes. Finalmente se proponía la creación de un programa de ayuda a los pacientes. Después de que el órgano regulador de medicamentos en EEUU (la Food and Drug Administration) se enterara de los graves efectos secundarios que producía, el Lonotrex fue retirado.

– El tiempo que un médico puede dedicar a los numerosos e inesperados visitadores médicos, se ha vuelto tan escaso que ahora puede venderse. Este negocio lo regenta la empresa Time-Concepts, con sede en Kentucky. Por el precio de 105 dólares proporciona una conversación con un doctor a los visitadores médicos, de los cuales 50 son para la empresa, 50 para el médico y los 5 restantes para una fundación benéfica de su elección. Pero los médicos que se dejan comprar directamente por la Industria son excepción. Están más extendidos los mecanismos sutiles de influencia sobre los médicos que, en el fondo, son más preocupantes (Blech, 2005: 39, 40).

– Existe una interdependencia entre el comercio y la ciencia médica que abarca a todo el colectivo y a todas las prácticas. Una gran parte de los médicos que realizan evaluaciones de medicamentos están vinculados con las empresas cuyos productos habían recomendado. Los médicos asesoran a los fabricantes de medicamentos y prueban sus sustancias en estudios clínicos. Importantes investigadores médicos aparecen como conferenciantes, firman como autores de publicaciones escritas por los "negros" de las empresas e interceden en los actos patrocinados por las empresas, aceptan costosos regalos y viajes de lujo. Para la Sociedad Americana de Medicina Interna, "las investigaciones científicas muestran una fuerte relación entre la recepción de regalos de las empresas y la preferencia de los productos que ofrecen" (Blech, 2005: 41-44).

– Un amplio estudio realizado a 100.000 personas en Baviera dio como resultado un valor medio del colesterol de 260 miligramos por decilitro de sangre. La Iniciativa Nacional contra el Colesterol, una unión privada de intereses formada por 13 catedráticos en medicina, propuso un valor límite -a partir del cual el colesterol se considera médicamente excesivo- de tan solo 200 miligramos, y consiguió imponerse, de manera que la mayor parte de la gente se encontraba por encima del límite, y las personas que se consideraban normales según ese criterio eran la minoría (Blech, 2005: 58).

– Desde 1989 existe en Alemania una revisión médica general para todas las personas de la Seguridad Social mayores de 35 años, de manera bianual y gratuita. Aparte del importante ingreso que supone para las mutuas, no se ha podido demostrar el beneficio médico para los interesados. La manera de justificarlo fue declarar que el 57% de los chequeos habían arrojado un diagnóstico, es decir, habían caído la mayoría en las redes de la medicina (Blech, 2005: 62).

Vamos camino de una sociedad en la que cualquier ciudadano o bien trabajará para el Sistema Sanitario, o bien estará enfermo, cuando no ambas cosas a la vez. Todo este triunfo de la medicina, en cambio, viene acompañado de tres consecuencias paradójicas:

– Los gastos en sanidad se han disparado de una manera insoportable para el maltrecho Estado del bienestar, sin que parezcan ir acompañados de un crecimiento igual en la mejoría de la salud de la población.

– Muchos Médicos pierden la motivación de su profesión. Basta ver a los Médicos de medicina familiar y comunitaria y a los MAP en España, pero también a los de otros países.

– La gente, los pacientes, no parecen sentirse mucho mejor sino, más bien al contrario, se sienten cada vez más enfermos.

Un empleado de la agencia de relaciones públicas de Dusseldorf Ogilvy-Healthcare, estima que entre un 70% y un 80% de todos los artículos e informes sobre temas médicos que aparecen en los medios de comunicación obedecen a relaciones públicas dirigidas (Blech, 2005: 19). Señalados líderes de opinión se llegan a embolsar sumas entre 3.000 y 4.000 euros en charlas en las que hacen publicidad de las enfermedades y de los productos idóneos para curarlas (Blech, 2005: 23).

Pignarre estudia también la creación de nuevas enfermedades. En su estudio expone

cómo en materia de trastornos psiquiátricos, el diagnóstico se funda en el consenso de expertos en lugar de en exámenes de laboratorio objetivos. De manera similar, esto ocurre con todos los factores de riesgo médico, como el índice de colesterol que ya vimos, la tensión arterial, la densidad ósea... ¿En qué niveles deben ser vigilados y tratados? Cualquier modificación hacia arriba o hacia abajo provoca el incremento o la disminución en millones de euros de los ingresos de las farmacéuticas (Pignarre, 2005: 144).

Blech termina su libro con doce preguntas para ayudarnos a reconocer las enfermedades inventadas. Entre ellas destacamos cuatro especialmente pertinentes: ¿Existe un nombre para mi enfermedad?; ¿Existen pautas internacionales accesibles para la descripción del diagnóstico y tratamiento de dicha enfermedad?; ¿En cuántas personas sanas la prueba diagnóstica indica un resultado patológico?; ¿Qué repercusiones tendrá esta enfermedad para mí en uno o diez años? (Blech, 2005: 225)

En un caso más reciente, al que nos hemos referido con anterioridad, la Doctora Forcades intervino de manera pública en medio de la crisis ocasionada por la gripe A. Como recordamos todos, se alcanzó un alto grado de alarma en todo el mundo con motivo de esta nueva enfermedad que llevó a la compra masiva de vacunas. Forcades señaló que desde que empezó a detectarse esta enfermedad en abril de 2009 y hasta el 15 de septiembre de 2009, habían muerto 137 personas en Europa y 3.559 en todo el mundo, mientras que la gripe convencional provoca entre 40.000 y 220.000 fallecidos anualmente[13]. En un vídeo (*Campanas por la gripe A*[14]) que se colgó en la red alcanzando gran difusión, la Dra. Forcades hacía un recorrido sobre algunos datos polémicos del caso y animaba a que la gente no se vacunara y defendía que no se forzara a nadie a ser vacunado y pedía que aquellos que fueran vacunados no perdieran su derecho a exigir responsabilidades si sufren efectos secundarios ya que, según decía, las empresas farmacéuticas están exigiendo a los Estados la firma de acuerdos de inmunidad que les eviten responsabilidades en caso de que las vacunas tengan más efectos secundarios de los previstos. Las declaraciones de Forcades provocaron tanto adhesiones como duras críticas que cuestionaban el rigor de sus afirmaciones. A principios de agosto 2010, en una fecha sospechosa de querer pasar de puntillas, se declaró el fin de la pandemia.

Tal y como recoge el informe de la Comisión de Salud del Parlamento Inglés (2005: 100), la medicalización de la vida tiene un dicho popular: “a pill for every ill”, algo así como “una pastilla para cada cosilla” o “una prescripción para cada preocupación”. La sabiduría popular sabe colocar dichos allí donde los usos y costumbres se arraigan, y el hecho de que cada problema de la vida tenga una respuesta en el campo de la medicina, alguien diga cómo se mide o diagnostica el

[13] El Mundo, 7.X.2009 http://www.elmundo.es/elmundo/2009/10/07/barcelona/1254929406.html
[14] http://vimeo.com/6790193

problema y aparezca el medicamento adecuado, es desde hace muchas décadas una conjunción habitual. La gente no se resigna a aceptar procesos naturales como el envejecimiento o que la vida acarrea problemas y sufrimientos, y tiene la impresión, fundada entre otras cosas en los éxitos de los avances tecnológicos, de que estos procesos se pueden esquivar. Esta es una de las canteras que mejor explota, frente a los pacientes potenciales, la Industria Farmacéutica en sus estrategias de investigación de nuevos medicamentos que pueden dar respuesta a nuevos "mercados de enfermedades". Como señala el mismo informe en sus conclusiones:

> *La creencia que cada problema puede resolverse con medicación, es especialmente preocupante. La infelicidad es parte del espectro de la experiencia humana, no un problema médico* (House of Commons, 2005: 97).

Un estudio publicado en el JAMA y citado en OMS (2002c), mostró que el 59% de los autores de directrices terapéuticas tenían relaciones con empresas cuyos medicamentos eran objeto de consideración. Como vimos, una dura declaración conjunta de las principales revistas médicas del mundo manifestó su fuerte preocupación por el uso de ensayos clínicos para la comercialización en lugar de para fines científicos. Detrás estaban los conflictos de intereses no declarados y la notificación selectiva de los resultados. Se describe un nuevo clima en el que:

> *los patrocinadores empresariales pueden dictar las condiciones de realización del ensayo, condiciones que no siempre sirven los mejores intereses de los investigadores universitarios, los participantes en el estudio o el progreso de la ciencia en general* (OMS 2002c: 1)

Ante las numerosas críticas recibidas, la Industria insiste en el elevadísimo coste económico que tiene la investigación y desarrollo de nuevos medicamentos, lo que les obliga a maximizar sus ingresos. Pero ¿realmente un nuevo medicamento cuesta 800 millones de dólares? Goozner (2004) lo niega y pone en evidencia que muchas de las nuevas drogas de las últimas décadas fueron originadas por la investigación de las Universidades y de los Institutos Nacionales de Salud, aunque fue la Industria Farmacéutica la que obtuvo los beneficios al comercializar los resultados de dichos estudios. Detrás de muchas de las innovaciones farmacéuticas, encontramos científicos individuales o pequeños Institutos dedicados por décadas a la investigación. Goozner pone en evidencia que los contribuyentes no reciben la correspondiente devolución financiera de lo que han estado pagando como inversión en investigaciones que son la base del descubrimiento de nuevos medicamentos.

No obstante, la Industria no es la única responsable de todo lo visto, puesto que para llevar a cabo sus estrategias se requiere necesariamente la participación de los Médicos y de los

gobiernos. El informe de 2005 de la comisión de expertos del Parlamento inglés es claro al señalar que

> *no puede acusarse en solitario a la Industria farmacéutica del problema de la medicalización de la sociedad, pero dicha Industria ha exacerbado el problema estimulando una confianza enfermiza en el uso de los medicamentos; la tendencia actual es catalogar cada vez más y más individuos como anormales y necesitados de tratamiento farmacológico* (House of Commons, 2005: 4)

Y en sus conclusiones, el mismo informe añade:

> *Si bien la Industria no ha creado esta tendencia, sí que la ha animado, actuando como un tratante de enfermedades capaz de categorizar un creciente número de individuos como enfermos que requieren medicamentos* (House of Commons, 2005: 97)

Como hemos podido ver, existen posiciones muy críticas y contundentes contra los aspectos más cuestionables del sector industrial del medicamento. Asumimos que la dimensión económica del medicamento es enorme y asumimos que su importancia para tratar la salud de la población es incuestionable, pero lo que es necesario resaltar y ponen en evidencia todos estos autores, es que al calor de una necesidad humana tan básica como la salud se ha desarrollado un sector industrial y tecnológico inmenso que mercantiliza las expectativas de acceso al bien más preciado: la calidad de vida y el bienestar.

Cuando la figura del vasallo y creyente se transformó con la ilustración en la figura del ciudadano y hoy del paciente, se gestaron las bases que permitieron, en el siglo XX, que se asentara la promesa de la píldora del bienestar ligada al desarrollo de la tecnología como remedio universal. Los rezos y el diezmo, obligaciones del buen vasallo, hoy han sido sustituidos por los impuestos del buen ciudadano, que tiene derecho al bienestar, a la ausencia de dolor. Pero para dar cumplimiento a este derecho, al igual que en el pasado se desarrollaron instituciones muy influyentes para administrar el pecado y el perdón (incluyendo indulgencias a cambio de dinero), hoy se desarrollan otras que, habiéndose dado por imposible erradicar el pecado, administran un sustituto, algo así como “una bula para la gula”, a través de una píldora del bienestar que los ciudadanos del primer mundo exigimos como parte inherente a nuestro modo de vida, en todas las situaciones, con independencia del motivo y la verdadera importancia de aquello que nos causa problemas: enfermedades graves, enfermedades leves o simplemente consecuencias de malos hábitos, freno a procesos naturales como la vejez o, aún más allá, deseos de tener una vida más plena. Y de manera similar a la Edad Media, durante la cual la sociedad occitana cátara liberó durante cierto tiempo a muchos individuos de los excesos del feudalismo y de la Iglesia católica, vemos ahora cómo se levantan voces contra la medicalización del ser humano, la degradación de

la naturaleza y las raíces de la crisis económica.

Cabe añadir una última cita, en nuestra opinión devastadora, que evidencia el profundo desencuentro entre los intereses de la Industria y los del bien común:

> *el objetivo de los nuevos medicamentos debería ser conseguir que los pacientes obtengan un beneficio terapéutico real"* (House of Commons: p. 5). *"es esencial poner en marcha un régimen regulador eficaz que consiga que la industria farmacéutica no perjudique el bien común* (House of Commons: p. 7).

Podemos cerrar el capítulo de la medicalización de la sociedad con Márquez y Meneu (2003: 52), poniendo de relieve que se está etiquetando como enfermos a personas sanas; se les está sometiendo a tratamientos innecesarios que pueden conllevar efectos adversos; se devalúan las formas no médicas de afrontar las dificultades y de valerse por sí mismo; la sociedad se hace más dependiente de la medicina y de los servicios sanitarios que necesitarán cada vez más recursos. ¿Queremos una sociedad -rica- donde el miedo a la enfermedad se ha apoderado de todos, y casi nadie se muere con un poco de paz, mientras en otras -pobres- se mueren de hambre? ¿Nos lo podemos permitir?

El medicamento y la medicalización de la sociedad tienen un momento de especial trascendencia, que es el de la prescripción. En él se dan cita todos los elementos que hemos ido introduciendo a lo largo de este trabajo. Por ello, le dedicamos la tercera y última parte del apartado teórico de nuestra investigación.

PARTE 3ª, PRESCRIPCIÓN

6.- DE LA BUENA Y DE LA MALA PRESCRIPCIÓN

Antes de dar comienzo a este capítulo, quisiéramos aclarar una cosa que no por obvia resulta irrelevante. Nuestro enfoque, sociológico, no pretende cuestionar en ningún momento que la competencia prescriptiva derive de una competencia científica adquirida legítimamente por los Médicos en su formación tanto teórica como práctica. En cualquier caso, cualquier competencia profesional está sujeta y condicionada por el contexto social en el que se ejerce, y es esta dimensión la que hemos querido analizar en nuestro estudio.

6.1.- La buena prescripción.

El presidente del comité editorial del *British Journal of Clinical Pharmacology*, ha definido la prescripción médica como:

> *...una orden escrita que incluye instrucciones detalladas de qué medicamento debe darse, a quién, en qué formulación y dosis, por qué vía, cuándo, con qué frecuencia y por cuánto tiempo. Inicia un experimento en el cual el prescriptor discute el tratamiento con el paciente e investiga y supervisa los efectos del fármaco prescrito, con el propósito de trazar un régimen posológico que maximice los efectos beneficiosos y minimice los riesgos* (Aronson, 2006: 629)

Esta definición considera la prescripción no como el final, sino como el comienzo de un proceso "experimental", y transmite la idea de incertidumbre contenida en todo experimento. Prescribir un medicamento no implica únicamente la primera administración del mismo, sino el seguimiento de todos los efectos que pueda producir. Un medicamento pierde todo su sentido, llegando a ser peligroso, sacado fuera del contexto de la historia clínica del paciente. No se puede confundir la prescripción con otras prácticas médicas, ni banalizarla. No existe ningún medicamento que sea inocuo, máxime cuando la respuesta a cualquier medicamento va ligada a cada paciente de modo individual.

Según la Conferencia de Expertos sobre Uso Racional de los Medicamentos, celebrada en Nairobi en 1985, usar racionalmente los medicamentos significa que:

> *los pacientes reciban fármacos apropiados para sus necesidades clínicas, a dosis ajustadas a su situación particular, durante un periodo adecuado de tiempo y al mínimo costo posible para ellos y para la comunidad* (OMS, 2006: 1)

Entre la enorme literatura existente en el mundo de la medicina, la salud y los medicamentos, encontramos un documento muy interesante y asequible para la prescripción de medicamentos: "La guía de la buena prescripción de la OMS", editada en español en 1999, que bien puede servir para conocer, de manera sencilla, las recomendaciones que se hacen para prescribir de manera racional, lo que la guía llama "prescripción razonada". La guía se basa en diez años de experiencia en cursos de farmacoterapia para estudiantes de Medicina de la Universidad de Groninger (Países Bajos), ha sido revisada por un amplio grupo de expertos internacionales en enseñanza de la farmacoterapia y aprobada para la enseñanza en Facultades de Medicina de Australia, India, Indonesia, Nigeria, Países Bajos y Estados Unidos. La descripción de contenidos y el objetivo de la guía quedan así resumidos:

> *Este manual se centra en el proceso de la prescripción. Le dará las herramientas para pensar por su cuenta y* ***no seguir ciegamente lo que otra gente piensa o hace*** (OMS, 1999: 2)

La guía menciona un estudio en el que se comprobó que los Médicos recién licenciados elegían un medicamento inadecuado o dudoso aproximadamente en la mitad de los casos. Además, escribían un tercio de las prescripciones de manera incorrecta y no daban información importante al paciente en dos terceras partes de los encuentros. Además, estos malos hábitos serán copiados por los nuevos graduados, con lo que el círculo se cerrará haciendo realmente difícil la modificación de malos hábitos de prescripción ya enraizados. El panorama que se pinta es bastante desolador, pero responde a una realidad ampliamente constatada a escala internacional. La necesidad de crear esta guía viene dada porque la formación farmacológica inicial de los nuevos Médicos se ha centrado más en la teoría que en la práctica, es decir, porque tiene un déficit. Así, la formación clínica de pregrado se centra a menudo en las capacidades diagnósticas, más que en las terapéuticas. No se explica por qué se seleccionan el o los tratamientos. Además, algunos estudiantes creen que sus hábitos de prescripción pueden mejorar después de finalizar sus estudios, pero la investigación demuestra que a pesar de que ganan en experiencia general, las aptitudes prescriptivas no mejoran mucho. A veces sólo se espera de los estudiantes que copien las decisiones de prescripción de sus maestros clínicos, sin que se les explique por qué se seleccionan determinados tratamientos. Todo ello hace que incluso

adquiriendo conocimientos farmacológicos, las capacidades prescriptivas son débiles.

Según la guía, los malos hábitos de prescripción están en el origen de tratamientos inefectivos e inseguros; exacerbación o alargamiento de la enfermedad; tensión y daño al paciente; costes más elevados; vulnerabilidad del prescriptor a influencias que pueden causar una prescripción irracional; etc. (OMS, 1999: 1). La guía nos permite entonces caracterizar la prescripción como un "proceso" y ubicar la clave de la buena marcha de dicho proceso en no dejarse influenciar por otros. De lo que se trata es de crear unos hábitos de prescripción propios, "personales", para lo cual la guía describe los principios de la selección de medicamentos y cómo usarlos en la práctica. Se enseña a elegir un conjunto de medicamentos de uso habitual para el Médico, aquellos que va a prescribir con mayor frecuencia y con los que estará muy familiarizado; a éstos se les llama "medicamentos P(ersonales)".

La guía establece dos grandes etapas para la prescripción razonada: la selección del medicamento P (personal) y la selección del tratamiento P (personal). Un paciente generalmente se presenta con una queja o un problema. Las quejas de los pacientes son generalmente síntomas, y éstos no son un diagnóstico, aunque conducirán a él. Es obvio que para iniciar un tratamiento adecuado es crucial establecer un diagnóstico correcto. Especificar el objetivo terapéutico, responde a la pregunta ¿Qué se quiere conseguir con el tratamiento?, y es una buena manera de estructurar el pensamiento y ayuda a evitar el uso de una cantidad de fármacos innecesarios. Las tres posibilidades que existen después de definir los objetivos terapéuticos son: tratamiento no farmacológico, tratamiento farmacológico, y la remisión del paciente al especialista. Seleccionar el tratamiento P es la parte más amplia; puede ser un tratamiento farmacológico, pero pueden ser medidas no farmacológicas y también remitir al paciente al especialista cuando no hay posibilidades para un examen más detallado o un tratamiento más intensivo. Los pasos para la selección del tratamiento P son: definir el problema del paciente, especificar el objetivo terapéutico, verificar la conveniencia del medicamento para un paciente particular, escribir la prescripción, dar información, instrucción y advertencias sobre el tratamiento, y supervisarlo.

Como complemento de los pasos anteriores, por su parte, Pollock et al (2007: 231) proponen ocho pasos para una prescripción adecuada de medicamentos que se podrían resumir así: evaluar y definir claramente el problema del paciente; especificar el objetivo terapéutico; seleccionar el medicamento adecuado; iniciar el tratamiento cumplimentando los datos apropiados y detallados, considerando las terapias no farmacológicas; proporcionar información, instrucciones y advertencias; evaluar regularmente el tratamiento; considerar el coste de los medicamentos al prescribir, y usar los ordenadores y otras herramientas para reducir los errores de prescripción.

Los medicamentos P son los fármacos para una patología, no para un paciente. Son los medicamentos que el Médico ha seleccionado para prescribir habitualmente, con los que se ha familiarizado de manera estrecha, y constituyen su elección preferida para determinadas indicaciones. La selección de un medicamento P consta de los siguientes pasos: definir el diagnóstico, especificar el o los objetivos terapéuticos, hacer un inventario de los grupos de fármacos potencialmente efectivos, elegir un grupo efectivo según criterios preestablecidos: eficacia, seguridad, conveniencia y coste, y finalmente elegir un medicamento P.

En un terreno tan serio, complejo y técnico como el de la salud y el medicamento, vemos cómo la OMS acomete el proyecto de publicar una guía que viene a resumir, esquemáticamente, todo el proceso médico que se lleva a cabo en la consulta de atención primaria y culmina con la prescripción de un medicamento. Para llevar a cabo ese proceso, en efecto, es preciso haber cursado uno de los estudios universitarios más valorados de todo el panorama académico (no tenemos más que constatar que uno de los cortes más alto en selectividad para acceso a estudios universitarios es el de medicina, especialmente en las Universidades más prestigiosas). Pero esta publicación lo que nos está diciendo es que en muchos países y en facultades universitarias muy diversas, ¡se hace necesaria una guía que venga a cubrir la deficiencia de conocimientos prácticos de los jóvenes Médicos! Y señala claramente que esta deficiencia ha de corregirse precisamente antes del acceso a la consulta, pues una vez allí será difícil mejorar los malos hábitos.

En lo que hace énfasis toda la guía, su fundamento, es en que cada Médico debe confeccionarse su propia lista de medicamentos, que debe haber seleccionado personalmente, que conoce en profundidad y que mantendrá al día. Insistir en algo tan sencillo y de sentido común resulta a la vez muy ilustrativo de las condiciones en que se produce la prescripción, ya que se reconoce que existe una gran deficiencia en este terreno en la formación de los Médicos y que ello influirá en toda su carrera. Esta es una muestra de que los MAP, ante una deficiencia formativa como esta, de alguna manera tienen que desarrollar una estrategia para afrontar el proceso de prescripción, que debe tener las siguientes características: que sea conforme a sus conocimientos médicos; que responda a las expectativas de curación del paciente; que le permita mantener su autoridad frente al paciente; que sirva como cierre de la consulta; que incorpore los avances científicos; que le permita “agilizar” la emisión de cientos de recetas al día; que le ofrezca una buena garantía de que el medicamento elegido es seguro y que pueda tomar la decisión terapéutica en muy poco tiempo.

Lo que propone la OMS en la guía es un procedimiento que requiere del Médico mucho tiempo y estudio. Si esto no se está produciendo desde la Universidad, si una vez iniciada la

práctica profesional el Médico no cuenta con un entrenamiento adecuado, ni con tiempo, ni posiblemente motivaciones para hacerlo, entonces en efecto nos encontramos ante un importante problema que es el que ha justificado la realización de la guía, y que hace pertinente cuestionar el rigor del proceso de prescripción. No obstante, ya conocemos la diferencia entre cómo deberían ser las cosas y cómo son en realidad. La maquinaria sanitaria no se puede parar y los MAP habrán de seguir intentando ejercer su labor con la mejor disposición posible, buscando mecanismos lo más apropiados posibles. Uno de estos mecanismos se ha manifestado en nuestro estudio empírico y lo hemos denominado (como hemos ido avanzando en la Introducción a la tesis y cuando hablamos de la construcción social de la realidad, apartado 1.4, primero el "Esquema (de prescripción) para atender a todos" (*categoría central*) y finalmente el *Esquema Prescriptivo* (*teoría emergente*), en el que nos centraremos con detalle en posteriores apartados.

Las guías de ayuda a la prescripción existían ya en el siglo XIX, como la editada en Edimburgo en 1884 bajo el título de "pocket prescriber", que ha llegado hoy a nuestras manos tras numerosas ediciones. La guía en su edición actual recoge numerosos consejos sobre la visita médica, prescripción de medicamentos y una larga lista de enfermedades y sus tratamientos: Lewis P.J. y Murphy M.B. (1990). *Terapéutica de bolsillo*. Barcelona: Medical Advise. Pero a pesar de la existencia de todo tipo de guías, tratados, investigaciones, libros o manuales sobre medicina o medicamentos, las decisiones que implican el proceso de prescripción no pueden estar todas recogidas por escrito. Tal y como señala en su prefacio un tratado centrado en la "Toma de decisiones en Medicina":

> *La medicina no puede enseñarse con libros de recetas. Gran parte del carácter de la medicina procede de la interrelación entre el estilo individual del médico y las preferencias del paciente; no podemos poner esto en un libro* (Greene H.L. et al, 1995: 12)

Por otra parte, existe numerosa evidencia de que las decisiones que se toman en medicina, y en la prescripción de medicamentos, no responden siempre a lo que sería racional o médicamente esperable. Por poner un sólo ejemplo en este punto, en un estudio llevado a cabo en Galicia se mostró que:

> *la consideración de la utilidad terapéutica de un fármaco no era un punto decisivo a la hora de recomendarlo. Así, substancias que eran consideradas de utilidad terapéutica baja por los facultativos eran prescritas hasta por un 70 % de los mismos* (Díaz Grávalos et al, 2001, 366)

De vuelta a la guía de la OMS, otra clave que recoge es la necesidad de mantenerse al día

en los conocimientos y renovar los medicamentos P, lo cual requiere dedicar un estudio continuado. Dado que el conocimiento que se produce periódicamente en el ámbito Médico es inmenso, dado que conocer las novedades en materia de medicamentos es una empresa inabarcable, el número de fuentes de información es elevadísimo y su rigor muy variable, y dado que el tiempo que tienen los Médicos de Atención Primaria para el estudio es limitado, resulta difícil mantenerse al día. Igualmente difícil será que el Médico, si no ha recibido una formación y un entrenamiento rigurosos centrados en el proceso terapéutico, sea capaz de llegar al inicio de su práctica profesional con las herramientas necesarias.

Pero la cuestión de la buena prescripción es mucho más compleja. Por poner un ejemplo, Gavilán et al (2012) hablan de la "deprescripción" como el proceso de desmontaje de la prescripción de medicamentos por medio de su revisión, que concluye con la modificación de dosis, sustitución o eliminación de unos fármacos y adición de otros. La deprescripción responde, entre otras cuestiones, a qué ocurre cuando la esperanza de vida es menor que el tiempo que tarda el medicamento en obtener beneficios. Ilustra los cuestionamientos que se producen en la medicación a ancianos frágiles y enfermos terminales, en los que una buena prescripción puede consistir en la retirada de los medicamentos.

En el siguiente apartado desarrollaremos más los rasgos acientíficos, o irracionales, de la prescripción, sin que con ello queramos necesariamente endosar estos rasgos al Médico y su práctica profesional, sino caracterizar el entorno tan condicionado en el que trata de ejercer su profesión de la mejor manera posible.

6.2.- Rasgos acientíficos de la prescripción

No cabe duda de que la eficacia del medicamento ha ido incrementándose paulatinamente, fruto de los permanentes avances científicos y de las inversiones de los laboratorios farmacéuticos así como también de los esfuerzos hechos por las administraciones públicas, instituciones de investigación e investigadores. Junto a su creciente número y permanentes novedades, la complejidad del mundo del medicamento, la mejora de los tratamientos, la proliferación de medicamentos innecesarios, el enorme volumen de conocimientos que se producen, los riesgos de cualquier medicamento... exigen una mejora y actualización constantes en el conocimiento por parte de los Médicos, que son los agentes responsables de la terapéutica.

La eficacia del medicamento puede ser definida como el beneficio que le es atribuible en comparación con la ausencia de tratamiento u otro tratamiento estándar. Esa eficacia suele ser

medida en ensayos clínicos controlados. Así, cuando se observa que la prescripción esperada de fármacos por parte de los Médicos en el tratamiento de algunas enfermedades se aleja de la que aconsejan los resultados de los ensayos clínicos, podemos hablar de un "uso no racional del medicamento" (o uso irracional). Esto se pone en evidencia en los estudios comparativos que muestran la variabilidad de la práctica médica (Durán Taulería et al, 1998: 403).

Por otra parte, la evolución de la prescripción nos ha hecho pasar de una prescripción dirigida a atender problemas agudos, escrita manualmente y cara a cara con el paciente, a una prescripción repetida, generada por sistemas informáticos, a menudo separada de la visita médica y, en bastantes ocasiones, dirigida a "problemas" secundarios o banales. Este cambio ha sido en parte necesario para dar respuesta a las necesidades de una población envejecida, con un enfoque más centrado en la prevención y en la atención a la patología crónica. Pero también han influido la medicalización de problemas que no son patológicos y la invención de enfermedades para ampliar el mercado de la Industria Farmacéutica (Moynihan, Heath, Henry, Gotzsche, 2002). En este contexto, se han identificado prescripciones inadecuadas, que pueden ser agravadas por la ausencia de un adecuado control clínico y administrativo de las prescripciones repetidas tales como las originadas por fármacos inadecuados, polifarmacia innecesaria, no prescribir fármacos necesarios, duración demasiado corta o demasiado larga del tratamiento, desatender la seguridad de los medicamentos... Uso incorrecto por parte del paciente: incumplimiento del régimen, abandono del tratamiento sin consultar al Médico. Mejorable relación coste-efectividad, provocando despilfarro al utilizar fármacos más caros que los necesarios; continuar prescribiendo cuando el paciente no toma o no necesita la medicación o usar dosis mayores que las necesarias (De Smet, Dautzenberg, 2004).

González López-Valcárcel (2004: 152), menciona un estudio en el que se analizó la prescripción de más de 7.000 Médicos de familia, los cuales firmaron en torno a 20.000 recetas cada uno a lo largo de un año y medio, lo que suponen más de 1.200 recetas al mes de media. El Médico de Atención Primaria diagnostica en primer lugar. Ha de tomar con gran rapidez "decisiones informadas" (basadas en los conocimientos existentes) en las que trata de valorar la información científica sobre la eficacia y efectividad de tratamientos alternativos, la aplicabilidad de ese conocimiento genérico a su paciente concreto, así como consideraciones de seguridad, posibles efectos adversos, coste, aceptabilidad y adherencia de su paciente al tratamiento, etc. todo ello en un tiempo inferior a diez minutos.

En este contexto, existen multitud de factores y circunstancias que pueden convertir en muchos casos el proceso de prescripción en una práctica acientífica e irracional y sometida a condicionantes de marcado carácter social.

En el Informe de la Comisión de Salud del Parlamento inglés sobre la influencia de la Industria Farmacéutica, se llama la atención sobre muchos aspectos acientíficos del proceso de prescripción, tales como la existencia de variaciones considerables en los patrones de prescripción y la calidad de la misma entre unos y otros MAP; el exceso de prescripción y la prescripción inadecuada, siendo algunas de sus causas la dificultad de conseguir información precisa sobre los beneficios reales de las medicinas o sobre la influencia del material promocional. Es preocupante que algunos MAP no sean capaces de evaluar la información de manera independiente, tomar decisiones sobre los medicamentos basadas en la evidencia o informar adecuadamente sobre sus efectos secundarios; hay un déficit en la formación y se recomienda a las Facultades de Medicina que enseñen a los Médicos a juzgar los resultados de los ensayos clínicos con eficacia y otros extremos importantes; es preciso reconocer las reacciones adversas; los Médicos deben aprender cómo tratar con los representantes de la Industria Farmacéutica; debe existir una formación de post grado obligatoria para que los prescriptores se mantengan al día; existe una gran carencia de consejo e información independiente y confiable para los prescriptores. Los comités sobre uso de medicamentos deben tener una mejor composición y un buen funcionamiento; los nuevos medicamentos no deben ser prescritos hasta que hayan sido aprobadas por estos comités; en cuanto a los tratos de favor de las compañías farmacéuticas, hay que prestar atención no sólo a quien los da, sino también a quienes los aceptan... (House of Commons, 2005: 107).

Un reciente estudio puso en evidencia una prescripción potencialmente inapropiada en un 33% de pacientes mayores: “Prescripción potencialmente inapropiada en mayores de 65 años en un centro de salud de atención primaria” (Parodi et al, 2014: 291).

En nuestra sospecha de que la “irracionalidad” rodea tanto al uso del medicamento como a su prescripción, compartimos lo dicho por Arranz (1988: 137) como resultado de sus estudios en torno al medicamento, que sitúa los problemas de irracionalidad en un entorno amplio y estructural, que nos permite adelantar nuestra visión holística del tema que recogeremos en nuestra propuesta de un Modelo Psicosocial de los Condicionantes de la Prescripción:

> *(a) La irracionalidad de la realidad, tanto de la oferta como de la demanda asistencial.*
> *(b) La falsedad de la racionalidad expresada en los tópicos que definen los roles y estatus de los protagonistas y*
> *(c) La mentira de la lógica contenida en los lugares comunes que pretenden explicar las relaciones estructurales en que tales protagonistas estaban y están inmersos.*

De manera más concreta, a continuación nos asomaremos a algunos de los elementos que

muestran el carácter acientífico o irracional del proceso de prescripción, como las variaciones en la práctica médica, la cuestión del conocimiento médico, la prescripción inducida y otros factores relevantes que pasamos a mencionar.

6.2.1.- La prescripción inducida: entre Médicos anda el juego.

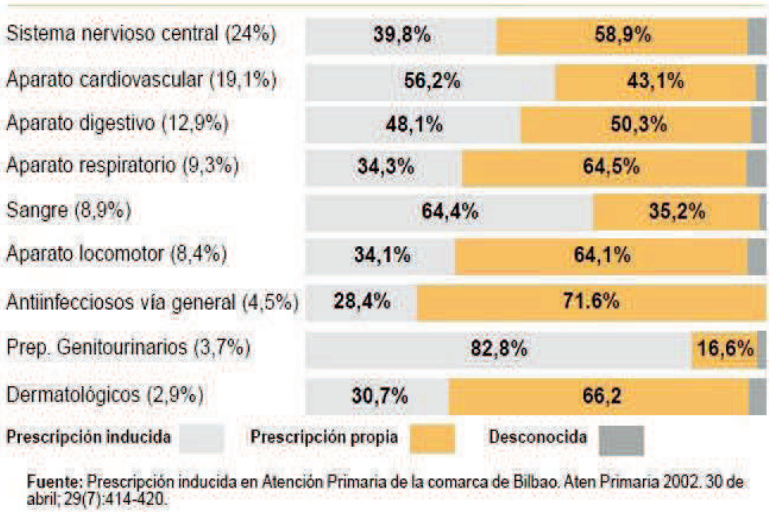
Algunos agentes como el paciente o la propia organización sanitaria tercian de modo a veces determinante en una actividad que, en principio, puede parecer de responsabilidad exclusiva y completamente autónoma del facultativo: la prescripción de medicamentos. Así, se insta a los MAP, desde diversos lugares, a que se involucren más en la contención de la factura farmacéutica. Ante las numerosas presiones, la respuesta de muchos de estos profesionales es argumentar que no puede ser imputada la responsabilidad en el coste y la calidad de la prescripción farmacéutica únicamente a su actividad profesional, ya que en múltiples ocasiones es fruto de la presión que tanto el paciente, como incluso los otros niveles asistenciales como el hospital ejercen, a través de la denominada prescripción inducida, la cual lleva a un Médico a recetar fármacos con los que no está familiarizado o incluso con los que no está de acuerdo. Además, supone una manera peligrosa de diluir responsabilidades, por cuanto el que firma la receta no se siente cien por cien responsable de lo recomendado por otro.

La prescripción inducida tiene más de una definición: En general, sería la sugerida por otros Médicos ó la requerida por los propios pacientes y que el Médico de AP, aunque no comparta el planteamiento diagnóstico-terapéutico, admite transcribir (Danti y Castellani, 1991: 236). O bien, de manera más restringida, sería la prescripción indicada por el Médico de atención especializada a pacientes que continuarán controlados en dicho nivel, pero que reciben la medicación de manos del MAP; no considerándose prescripción inducida la indicada por el Médico especialista a pacientes que después serán controlados por la Atención Primaria (Fidalgo et al, 1997: 94). Una de las cuestiones de la discusión es si la asignación del gasto que ocasionan los medicamentos prescritos en origen por el especialista se debe imputar a él o bien al Médico de Atención Primaria que, en última instancia, es quien firma la receta y, por tanto, sería su responsable último, amén de contar con la facultad de mantener o modificar el tratamiento.

Existen pocos estudios que midan la prescripción inducida. En uno de ellos (Díaz Grávalos et al, 2001: 365), lo que midieron es la prescripción inducida percibida. Según los MAP suponía el 40 % del total, de la cual consideraban que el 16 % podría evitarse directamente.

En el siguiente cuadro, se muestra el resultado de otro estudio realizado en la comarca de Bilbao, que resulta ilustrativo para conocer la dimensión de la prescripción inducida según

diferentes diagnósticos:



Fuente: Prescripción inducida en Atención Primaria de la comarca de Bilbao. Aten Primaria 2002. 30 de abril; 29(7):414-420.

Tabla 13: Prescripción inducida en Atención Primaria de la comarca de Bilbao.

Un bajo porcentaje de los MAP cambia el tratamiento indicado por el Médico especialista, aunque reconocen que el MAP es el último responsable de continuar con un tratamiento prescrito en otros niveles asistenciales. Los MAP no desean conflictos con los pacientes, por lo que rara vez le retirarán el tratamiento que les puso el especialista, evitando así una crisis de confianza. Otro factor en juego es la presión asistencial y la falta de tiempo tanto para analizar en profundidad cada caso concreto y buscar otra alternativa terapéutica, como para explicar -y convencer- al paciente de que le va a cambiar lo que le han "puesto" en el hospital en su beneficio.

La relación coste-efectividad de los medicamentos que recetan los especialistas generalmente es elevada, ya que se trata de medicamentos más nuevos y, por tanto, más caros aunque teóricamente más eficaces. Sin embargo, en muchos casos las ventajas que aportan respecto a otros tratamientos son poco relevantes y su prescripción responde más bien al efecto de la acción comercial de las farmacéuticas y a cierta tendencia por estar "a la última". De esta manera, por lo general es mayor el gasto generado por la prescripción inducida:

Es conocido que los especialistas tienen tendencia a prescribir novedades terapéuticas que generalmente son más caras (Martín G., 2002: 26)

Pero el fenómeno de la prescripción inducida es más amplio que el de la acción de Especializada sobre Primaria, y así, por ejemplo, se reclama que en el estudio de la prescripción inducida se incluya, además de los Médicos especialistas, también a los pacientes, los farmacéuticos y los compañeros de trabajo, y por otra parte, se propone que se aluda a la relación existente entre la prescripción inducida y el error en la receta (Gérvas, 1995: 473). En resumidas cuentas, las miradas se dirigen hacia el complejo terreno de los condicionantes de la prescripción, dentro del cual actúan, además, otros factores como la burocratización de la Atención Primaria, el desacuerdo entre Médicos, la frustración por parte del facultativo de AP o la falta de comunicación y coordinación entre los MAP y los Médicos especialistas, que agravan la prescripción inducida. Así, para lograr atenuarlos, es preciso aumentar el tiempo de consulta, preparar a los Médicos ante las estrategias comerciales de la Industria y potenciar la formación clínica y farmacológica de los facultativos y con ello mejorar la calidad asistencial. Asimismo, es necesario potenciar la relación entre Médicos y farmacéuticos tanto de primaria como de especializada. Esta relación ha de basarse en la consulta y los consejos profesionales, en lugar de la imposición.

Aunque no sea propiamente prescripción inducida, pero sí un tema entre Médicos, otro elemento reseñable es el referido al número de facultativos que prescriben a un mismo paciente de edad avanzada. Un estudio realizado a 405 pacientes de una media de edad de 74 años, demostró que existe un factor de riesgo en dichos pacientes, independiente de sufrir efectos adversos por los medicamentos. Podría deberse a una falta de coordinación entre los diferentes Médicos que recetan a un mismo paciente (Green, Hawley, Rask, 2007: 31).

También cabe señalar que si los Médicos de AP incrementaran su capacidad de resolución y se redujera el número de derivaciones a la atención especializada, el porcentaje de prescripciones inducidas se reduciría. El grado de confianza que el paciente tenga en el MAP es clave; una confianza que no es espontánea, sino adquirida con esfuerzo y dedicación por el Médico de familia y que exige disponer de un tiempo mayor de consulta para dedicarlo al paciente, ya que es en último término lo que condiciona que un paciente acate de buen grado la modificación de un tratamiento indicado por un especialista.

La Administración pública también ha de asumir sus propias responsabilidades y tomar las medidas oportunas para lograr estos objetivos, junto con el esfuerzo de los profesionales sanitarios. Todo ello mejoraría la calidad asistencial, prioridad última y común a todos los agentes implicados.

6.2.2.- Variaciones en la Práctica Médica (VPM).

El concepto de variaciones en la práctica médica (VPM) se emplea habitualmente para definir las variaciones sistemáticas (no aleatorias) en las tasas de incidencia acumulada, normalizadas por edad y sexo, de un procedimiento clínico particular, a un determinado nivel de agregación de la población. Las variaciones no constituyen un problema *per se* desde un punto de vista clínico, sino que son reflejo de otros problemas como incertidumbre, ignorancia, organización, incentivos perversos, imitación, premura... (Marión Buen, Peiró et al, 1998: 382).

Peiró et al (1998) se refieren a estudios americanos que señalan que si en Boston se adoptasen las tasas de utilización de recursos de la vecina New Haven, quedarían disponibles para otros usos 143 millones de dólares (de 1989) anuales en la primera ciudad. Por poner un ejemplo nacional, un estudio llevado a cabo a mediados de los 90 en Alicante, mostraba una gran diferencia en las tasas de intervención, oscilando entre 21 y 162 intervenciones/año por cada 1.000 habitantes mayores de 50 años y, paradójicamente, las áreas con tasas de intervenciones más elevadas tenían más, y no menos, pacientes en lista de espera para una intervención (Peiró, 2003: 285).

Los estudios de la variabilidad de la práctica médica, que muestran diferencias importantes en el ejercicio médico y en el uso de los recursos sanitarios cuando comparamos poblaciones e instituciones sanitarias similares, evidencian que la práctica médica no es homogénea, y esto plantea dudas sobre la cientificidad de dicha práctica. Por otra parte, esta variabilidad nos muestra una utilización desigual de los recursos sanitarios ante necesidades sanitarias similares, lo que apunta hacia un uso inadecuado de dichos recursos. Esta reflexión se inscribe dentro de la corriente del *Managed Care* nacida en Norteamérica en los años 90, que ha sido estudiada en España por autores como Peiró (1998) o Meneu (2002).

Se producen relevantes diferencias en la producción y consumo de servicios médicos, incluida la prescripción, entre zonas de población con características socioeconómicas semejantes; ello ha quedado constatado en los análisis de la utilización de servicios sanitarios. Dichos trabajos, muestran que cualquiera que sea la *mejor* práctica médica, no se ciñen a ella todos los profesionales y centros. Bajo las denominaciones de *variaciones en la práctica médica (VPM)* y *análisis de variabilidad en áreas pequeñas,* se han configurado un buen número de trabajos, la mayoría desde perspectivas epidemiológicas y estadísticas, cuyo objetivo es analizar estas discrepancias.

Existe una opinión generalizada entre la población, incluso entre los profesionales, de que los Médicos efectúan sus actuaciones (la mayoría de las cuales se traducen en asignaciones de recursos) frente a cada problema de salud de modo homogéneo y adecuado (Wennberg, 1996: 164-167). Sin embargo, la constatación de VPM evidencia relevantes dudas sobre la eficacia de estas asignaciones y sobre los beneficios que los usuarios (en términos de resultados en salud) obtienen en función de la decisión de utilización (o no) de una u otra posible práctica. En ausencia de explicaciones plausibles de parte de los pacientes o demandantes de servicios sanitarios (estilos de consumo, accesibilidad económica o geográfica, morbilidad, etc.), las consecuencias que se desprenden del análisis de la discrecionalidad médica llegan a cuestionar la legitimidad de la aplicación de las valoraciones subjetivas de los profesionales a despecho de la evidencia disponible acerca de la eficacia de los productos, las preferencias de los pacientes o la eficacia de sus asignaciones (Marión Buen, Peiró et al, 1998: 382).

Entre la importante cantidad de literatura producida en las últimas dos décadas, dedicada a exponer la variabilidad existente en las decisiones sobre procesos de producción de servicios sanitarios, su coste y su volumen, se ha podido documentar esta variabilidad para la práctica totalidad de las actividades médicas (Chassin, Kossecoff, Park, Fink, Solomon, 1986: 285-289), incluyéndose la indicación de cirugía (Carlisle, Burciaga Valdez, Shapiro, Brook, 1995: 27-42); la prescripción farmacéutica (Davis, Gribben, Scott, Lay-Yee, 2000: 407-418); la indicación de exploraciones diagnósticas complementarias (Meneu, 1997: 1-3) y la indicación de hospitalizaciones o la duración e intensidad de los servicios prestados en el curso de éstas (Murray, Greenfield, Meneu, 1992: 252-261).

Los factores que influyen en la variación de la práctica médica (VPM) incluyen aquellos que dependen del Médico. Pueden deberse a que diferentes facultativos tengan opiniones distintas sobre unas u otras pruebas diagnósticas o las posibilidades de tratamiento, normalmente debido a la existencia de incertidumbre por no existir evidencia científica en la que apoyarse, o bien por el desconocimiento o ignorancia de la existencia de dicha evidencia por parte del Médico (Marión Buen, Peiró et al, 1998: 384). Una de las respuestas para combatir el problema de la incertidumbre ha sido la "medicina basada en la evidencia" que es una estrategia de búsqueda, análisis y difusión del "mejor" conocimiento clínico para reducir la incertidumbre y la ignorancia en la toma de decisiones clínicas, siendo un ejemplo de esta estrategia la Colaboración Cochrane (Peiró, 2003: 287). La *Cochrane Collaboration* (http://www.cochrane.org/) se creó en 1993; es una extensa red internacional que realiza revisiones sistemáticas de la evidencia médica que se produce en el mundo.

La constatación de una amplia variabilidad en los cuidados de salud, en especial cuando éstos son financiados y gestionados públicamente, suscita importantes preguntas sobre la calidad y la eficiencia de la atención sanitaria. Por ejemplo, ¿la accesibilidad a un procedimiento diagnóstico o a un tratamiento varía según el lugar de residencia? ¿el riesgo de sufrir un procedimiento innecesario y tener un resultado adverso es distinto según el área geográfica? ¿qué coste de oportunidad tienen los recursos que son utilizados de forma innecesaria? Estas preguntas despiertan dudas en la práctica clínica al cuestionar asuntos tan importantes como la calidad de la atención sanitaria, la equidad y la ética médica.(Marión Buen, Peiró et al, 1998: 386)

A todo lo anterior, hay que añadir otro elemento que parece en alza en los últimos años, ante el protagonismo que están adquiriendo las asociaciones de usuarios de los servicios de salud, y es el temor a las reclamaciones de los pacientes, lo que puede estar incrementando las VPM a través de una prescripción irracional o de una estrategia de "escape" por parte del Médico:

> *Existe otra influencia en la prescripción, y es la tendencia del médico a derivar a sus pacientes, en lo que se ha venido en denominar "la medicina defensiva", que se refiere a la realización de acciones terapéuticas al objeto de proteger al médico ante posibles acciones legales de sus pacientes (*Caamaño et al, 2001: 46)

Como continuación de los estudios sobre la variabilidad de la práctica médica, Meneu y Peiró (2004) se centran en la prescripción y consumo de medicamentos, evidenciando que pacientes con la misma patología reciben, a menudo, tratamientos muy diferentes aun viviendo cerca, lo que apuntaría tanto hacia una posible sobreutilización, como a una infrautilización de los servicios sanitarios, achacables en ocasiones a excesos despilfarradores en tratamientos innecesarios, o a miopes cicaterías que pueden negar beneficios a los pacientes que los necesitan (como por ejemplo en el caso del tratamiento del dolor en España, visto en otro lugar de esta tesis):

> *La persistencia de una importante variabilidad (…) permite atribuirla a la incertidumbre médica que resulta de una ausencia o una insuficiencia de información que propicia las diferentes creencias de los médicos respecto al modo correcto de tratar una determinada dolencia (*Meneu y Peiró, 2004: 22).

Debemos concluir, por tanto, que no existe entre los profesionales de la salud un acuerdo en la interpretación del modo apropiado de producir los servicios sanitarios, lo que resulta una evidencia más de la existencia de una falta de consenso científico o, dicho de otra manera, de una dimensión acientífica en la práctica médica y, por extensión, en la prescripción de medicamentos. Tampoco debemos extrañarnos, ya que en las ciencias de la vida no hay unanimidad entre

científicos debido a la complejidad de los seres vivos, lo que viene a complicarse enormemente en el caso de procesos sujetos al contexto social, sea el de la producción de servicios sanitarios, sea el de la prescripción de medicamentos en Atención Primaria que, como tratamos de evidenciar, se ve condicionado por múltiples factores sociales.

6.2.3.- El conocimiento médico y la toma de decisiones.

En lo que respecta a las revistas médicas como exponente del conocimiento médico en general y de la difusión de las novedades en materia de medicamentos en particular, su papel es fundamental para dar a conocer a la comunidad científica todo el conocimiento que se produce y, en la mayoría de los casos, es básico para la toma de decisiones terapéuticas. Su papel es, por tanto, de la máxima importancia para el proceso de prescripción, por lo que tiene una especial relevancia para nuestro estudio cualquier constatación de que, incluso en el campo experto y científico que estas revistas representan, existen factores externos al proceso científico en sí que pueden estar influenciando la presentación de resultados y las recomendaciones en materia de prescripción de medicamentos (OMS, 2002c: 1). En el mundo se publican alrededor de 20.000 revistas dedicadas a las ciencias biomédicas, en las que aparecen cerca de 75.000 artículos cada semana. Un estudio localizó sólo en España 1.229 revistas del campo de la medicina, de las cuales en el año 2004 estaban activas 360 creadas en su inmensa mayoría después de 1980 (Abad García et al, 2005: 384, 390). Todo ello, supone una producción de conocimientos inabarcable, una gran dispersión de la información, una falta de concentración de esfuerzos y una dificultad para localizar fuentes fiables. La calidad de todo este conocimiento es notoriamente variable y se dispone de muy pocos baremos editoriales con aceptación universal.

A lo anterior, se suma una realidad en cuanto al acceso efectivo que tiene el Médico de Atención Primaria al conocimiento que requiere su profesión:

> *Las fuentes de información no comercial, son consultadas raramente por el médico en ejercicio... se publica mucho sobre farmacología y el médico se siente abrumado ante su impresionante volumen* (Velasco, 1983: 343)

Por todo ello, podemos afirmar que estamos ante un problema de gestión del conocimiento que puede estar afectando seriamente a la racionalidad de la prescripción. Bien sea por falta de tiempo, déficit de facilidades de acceso o bien por falta de hábito o interés, la realidad es que los MAP en muchos casos no logran mantener al día los conocimientos en materia de terapéutica y uso de medicamentos, es decir, no consiguen practicar en la consulta una medicina basada en la evidencia. En la Comunidad de Madrid, aproximadamente el 20% de todos los recursos sanitaria

se dedican al medicamento[15], por lo que resulta fundamental garantizar a los Médicos una adecuada formación continua en materia de medicamentos y proporcionar una información objetiva, actualizada y evaluada sobre medicamentos como base fundamental de cualquier programa encaminado al uso racional de los medicamentos. El objetivo prioritario debería ser que los facultativos tuvieran garantizado el acceso a información contrastada, así como tiempo de dedicación para formación y estudio, lo que contribuiría a que adquiriesen seguridad en la toma de decisiones y se guiasen por la evidencia científica.

Nos encontramos ante una cuestión de conocimientos, capital humano y toma de decisiones. En medicina, obviamente, los conocimientos son un elemento absolutamente prioritario y además la base imprescindible para que el proceso de prescripción se realice adecuadamente:

> *La utilización racional de los medicamentos exige a todo médico disponer de fuentes de información que le permitan una actitud terapéutica racional, basada en la evaluación de los beneficios y de los riesgos, si se debe tratar o no farmacológicamente, elección de medicamento...* (Velasco J.L., 1983: 342)

La elección de marca responde a factores como la experiencia del Médico con sus pacientes, a la información objetiva publicada en revistas científicas o a la que recibe de sus colegas, o bien a la fidelidad a un laboratorio. Esto último, ¿sería síntoma de rasgos del carácter del Médico que prefiere lo malo conocido? ¿se debe a los incentivos por prescribir esa marca? ¿o es simplemente la conducta racional de un prescriptor que evita costes de búsqueda y ha acumulado conocimiento específico de esa marca que le da ventaja de eficiencia? El Médico tiene sus hábitos y patrones de prescripción; muchos se deben a rasgos personales del Médico como la aversión al riesgo, la prudencia, perfeccionismo... Para González López-Valcárcel (2004), el análisis de los determinantes de la prescripción y de los hábitos prescriptores se enmarcan dentro de la teoría del capital humano; conocimiento, destreza, experiencia... que convierte la toma de decisiones en más eficiente:

> *el médico automatiza sus decisiones prescriptoras de una lista corta de marcas según una guía sencilla* (González López-Valcárcel, 2004: 159)

Esta automatización que emerge de la complejidad del proceso de prescripción y del proceso cognitivo y de toma de decisiones que aborda el MAP es la que se encuentra en el origen del *Esquema Prescriptivo* que, como veremos más adelante, emerge en las entrevistas que

[15] Web de la Comunidad de Madrid. Indicadores clave del sistema de salud: http://www.madrid.org/iestadis/fijas/estructu/sociales/descarga/icssresumen.pdf

hemos realizado a los Médicos.

Cabe, por tanto, preguntarse si el conocimiento que tienen los MAP -el que se imparte en las Facultades de Medicina- es el más adecuado para afrontar los retos que plantea el Proceso de Prescripción de Medicamentos con un estándar de cientificidad adecuado.

En este sentido, es justo reconocer la profunda preocupación que tienen muchos médicos en general, y los de atención primaria en particular, así como los esfuerzos que realizan desde diversas instancias para estar lo mejor formados posible en materia de prescripción de medicamentos, cómo evitar influencias, filtrado de noticias en los medios de comunicación y un largo etcétera. No obstante, nuestra opinión es que nunca será suficiente la preocupación de los propios médicos que realizan la prescripción si no se abordan los condicionantes e influencias en el origen, porque el Médico es sólo el último eslabón de una compleja cadena.

Por citar algunos ejemplos de esta labor realizada desde los propios médicos, llama la atención el movimiento impulsado por jóvenes de últimos cursos de la Facultad de Medicina de la Universidad de Zaragoza, que crearon en 2009 la asociación Farmacríticxs, con la finalidad de promover una relación ética y transparente con la Industria farmacéutica (Calderón et al, 2013: 157). Farmacríticxs viene organizando jornadas para formar mejor a los estudiantes de medicina en materias como la prescripción racional de medicamentos, y realizando acciones de sensibilización en esta y otras materias desde su web http://farmacriticxs.ifmsa-spain.org/esp/ y su blog http://farmacriticxs.blogspot.com.es/. Otro movimiento de profesionales comprometidos es el Equipo Cesca http://equipocesca.org/, coordinado por el Médico de Atención Primaria Juan Gèrvas, alguno de cuyos trabajos han sido citados en nuestro estudio. Por su parte, la plataforma de profesionales de la salud NoGracias http://www.nogracias.eu/ se presenta como una organización civil independiente por la transparencia, la integridad y la equidad en las políticas de salud, y en sus estatutos se recoge como uno de sus fines el compromiso con la viabilidad del Sistema de Salud promocionando las prácticas asociadas al uso racional de medicamentos y dispositivos sanitarios. Por terminar una lista que sería larga, cabe traer aquí la web del colectivo Médico Crítico http://medicocritico.blogspot.com.es/ y el blog del Médico de Atención Primaria Rafael Bravo, http://rafabravo.wordpress.com/.

6.2.4.- La relación médico – paciente.

La relación médico-paciente revierte un especial interés, si bien hoy en día con la masificación de las consultas y la presión asistencial, las dificultades de seguimiento en el tiempo y la pérdida de autoridad del médico, está perdiendo relevancia. Balint se ocupó de la importacia

de la relación médico-paciente, de su interacción, como instrumento terapéutico y trató de capacitar a los médicos para escuchar a los pacientes. Balint habla del interés de la transferencia (fruto del vínculo entre el paciente y el médico) y contratransferencia (los sentimientos y actitudes del médico hacia el paciente, que son de gran valor para el paciente). Destaca la importancia de que el médico general tuviera formación en psicoterapia, puesto que debía enfrentarse a problemas psicológicos de los pacientes o a enfermedades relacionadas con el estado emocional. Balint organizó grupos de médicos (hoy ha dado lugar al nombre de una técnica "grupos Balint") para trabajar sobre los problemas psicológicos de la práctica médica general, enriqueciendo la praxis médica a través del "saber escuchar" y subrayando los aspecos psicosociales del paciente, del médico y de su relación, lo que se plasmó en su libro "El médico, el paciente y la enfermedad" (1971). Se preocupó por la falta de tiempo en la consulta y propuso la "psicoterapia de los diez minutos" y la técnica del "flash" adaptadas a las entrevistas breves, que se recogieron en la obra "Six minutes for the patient" (1973).

La prescripción de medicamentos forma parte de la vinculación clínica entre el Médico y el paciente. El primero, participa con su capacidad de decisión y el segundo con su opinión, aceptación y cumplimiento del tratamiento. Además, existen otros muchos factores que intervienen de modo sustancial en esta relación, tales como la Industria Farmacéutica con sus intereses económicos, la legislación con sus regulaciones y la entidad gestora de los servicios sanitarios con las suyas. Siendo así, no es de extrañar que entre los intereses comerciales y la independencia científica se origine un conflicto ético (Martín Moreno, 2001: 299).

Las influencias propiamente dichas que el paciente ejerce sobre el Médico a la hora de prescribir un medicamento u otro, o de decidir entre alternativas terapéuticas (por ejemplo, entre recetar un medicamento o un cambio de hábitos), quedan muy bien expuestas en el apartado empírico, por lo que aquí exploraremos otros aspectos de la relación médico-paciente como la noción de "concordancia", que empieza a sustituir al término "conformidad" en lo referente a la relación entre profesionales sanitarios y pacientes. La concordancia se ha definido así:

> *La concordancia está basada en la noción de que la función conjunta del prescriptor y del paciente en la consulta es la negociación entre iguales y que su objetivo es crear una alianza terapéutica entre ellos. Esta alianza podrá incluir, al final, un acuerdo o una disensión. Su fortaleza radica en la nueva asunción de respeto por la agenda del paciente y la creación de una apertura en la relación...* (Bissell y Morgall, 2005: 50)

Es decir, que si la conformidad era una aceptación pasiva y humilde de la opinión del Médico, que era el profesional respetado que tomaba las decisiones, la concordancia es una

negociación activa entre dos iguales hacia un objetivo común. Esta idea la encontramos también en Gérvas (1989: 589), para el cual:

> *la consulta no es más que una negociación entre el médico y su paciente, cuyo resultado es el conjunto de acciones que el médico emprende, dentro del plan, y que el paciente acepta o rechaza*

Esta concepción es muy distinta a la funcionalista de Parsons (1984) cuando habla del rol del enfermo, concepto importante al que hemos dedicado atención anteriormente. El modelo de la concordancia habla de un acuerdo entre iguales, mientras que Parsons hablaba de una superioridad profesional institucionalizada. Las ideas de Parsons de un paciente sumiso y un Médico poderoso y altruista, parecen hoy desfasadas y pasadas de moda. De igual manera, la toma de decisiones, que según el modelo de Parsons era casi exclusiva del profesional, difiere mucho de la actual concepción del paciente como "consumidor" poderoso y selectivo. En la actualidad, hay una clara tendencia a involucrar a los pacientes y al público en el cuidado de la salud. Lo que nos parece importante es que esta tendencia no se doblegue a los aspectos comerciales y a la demanda del paciente como consumidor, sino que, al contrario, se dirijan a la implicación responsable y crítica en la propia salud y en la participación en el debate de los retos que tiene ante sí la sanidad pública.

Dando un paso más allá en esa implicación del paciente, nos encontramos con el decálogo de Lorca y Jadad (2009) basado en el concepto de web 2.0 y su capacidad de interconectar personas. Estos dos autores hacen una reflexión sobre el fenómeno de la web 2.0 y su influencia en los pacientes, en su papel de ciudadanos, a la hora de intercomunicarse y agruparse para cuidar y promover intereses sanitarios. Los autores denuncian que muchas administraciones abren espacios web a los que llaman 2.0, que emiten unidireccionalmente información interesada, sin que exista la posibilidad de que los ciudadanos interactúen con sus promotores. La web 1.0 ya era unidireccional y la información iba en un solo sentido. En el nuevo concepto de web 2.0, la información debe fluir en ambos sentidos, pero no es eso lo verdaderamente importante. Lo es en cambio que las comunidades ciudadanas están tomando el poder de intervenir e influir en esferas hasta el momento inaccesibles, co-creando conocimiento, valorándolo cooperativamente y capturando el poder de las multitudes inteligentes.

De lo que están hablando Lorca y Jadad es de *emanciparse*, de "liberarse de cualquier clase de subordinación o dependencia". De un nuevo estatus del paciente. Es eso lo que está ocurriendo y va a ocurrir cada vez en mayor medida. Primero, debilitándose tres tipos de subordinación en materia de salud: la asimetría informativa, el fenómeno de agencia y los

oligopolios de servicio. Los autores terminan su análisis con un Decálogo de atención a la salud tras el fenómeno 2.0 para el siglo XXI, en el que se propugna la autonomía individual, gracias a que cada persona dispondrá de un registro biográfico de vida interactivo; dispondrá de un nivel de conocimiento sobre su proceso de salud igual o superior al de cualquier otro agente humano o tecnológico; recibirá atención sanitaria holística (integral); pertenecerá a diversas redes sociales en las que convergerá con otros individuos, en persona o virtualmente, con los que compartirá diferentes intereses paralelos o complementarios; participará en esfuerzos de investigación en salud como miembro de redes sociales de interés; tendrá la capacidad para crear la masa crítica necesaria para transformar cualquier área de interés en auténtico centro virtual monográfico de actuación; estará dotada de mecanismos de veto suficientes para actuar colectivamente en caso de que no sean respetados los principios anteriores por ocultación, manipulación o cualquier otro instrumento de opacidad, malicia o irresponsabilidad en los procesos, etc.

En esta línea, Pignarre así como otros autores, reclama la toma de decisiones democrática y una mayor presencia de los ciudadanos en lo relativo al mundo de los medicamentos. Los ciudadanos deberían intervenir en tres niveles precisos que serían la definición de las prioridades de la investigación de nuevos medicamentos; la asignación de los recursos durante la investigación y la patente, la comercialización y la fijación de precios (Pignarre, 2005: 155).

En un abordaje más amplio, investigaciones futuras podrían mirar alrededor del Proceso de Prescripción de Medicamentos, en un enfoque holístico que englobe los usos y circunstancias que rodean al medicamento. Como ejemplo de esta dimensión tocaremos brevemente la cuestión de la adherencia, en la que interviene no sólo la influencia del Médico sobre el paciente como prescriptor, sino de manera fundamental el comportamiento del propio paciente y su percepción de lo acaecido en la consulta, su confianza en el Médico y en la prescripción y su relación con los medicamentos, pues serán una influencia más de carácter *acientífico* en el objetivo final del proceso de prescripción, que es el cumplimiento del tratamiento indicado. La fidelidad a la medicación recomendada por el facultativo – el “cumplimiento” del tratamiento o adherencia - se refiere al nivel de compromiso con que un enfermo acepta las observaciones terapéuticas recomendadas por un profesional de la salud.

6.2.5.- La receta como cierre de la consulta médica: simbología de la prescripción.

La síntesis de la consulta y el testimonio de lo acontecido en ella, queda plasmado en la gran mayoría de las ocasiones en la emisión de una receta, que da acceso a un medicamento con el objetivo de mejorar la salud del paciente. Es un compendio del diagnóstico, pronóstico y

tratamiento; la expresión escrita de la actividad médica global. Además, la receta constituye un documento de valor social y legal.

Un primer aspecto formal de la receta es la comprensión que alcanza un paciente cuando recibe indicaciones de su Médico para aplicar el tratamiento indicado. Aunque no es una cuestión relevante en nuestro estudio, lo citaremos brevemente ya que ha merecido la atención de la Comunidad Autónoma en la que hemos realizado nuestro estudio empírico (Madrid). El concepto de "health literacy", introducido en los Estados Unidos, define la capacidad de las personas de comprender la información de salud y las indicaciones sobre prevención y tratamiento que los Médicos dispensan a sus pacientes. En Estados Unidos, 90 millones de norteamericanos carecen de health literacy. Existe un estudio sobre la "Evaluación de la información facilitada sobre la medicación prescrita por los Médicos de Atención Primaria" (Servicio Madrileño de Salud: 2008). Sin duda alguna, la comprensión por parte de los pacientes de la finalidad y correcta utilización de los fármacos que les prescriben los Médicos es un factor fundamental para evitar errores e incidentes relacionados con el buen uso del medicamento. El trabajo llevado a cabo por el Servicio Madrileño de Salud trata de valorar la calidad percibida por el usuario de la información facilitada por el Médico; conocer su grado de comprensión; estudiar las variables que condicionan la comprensión de la información y plantear estrategias de mejora.

Entre las conclusiones del estudio, cabe destacar que la calificación global que conceden los usuarios a la calidad de la información que les proporciona el Médico o pediatra sobre los medicamentos que tienen que tomar es muy elevada; que el 90% de los pacientes tiene un grado de conocimiento certero de para qué sirven los medicamentos que les recetan; que el 71% de los usuarios conoce de forma segura el nombre de los medicamentos que les recetan, aunque este porcentaje desciende a medida que aumenta el número de medicamentos prescritos; y que las áreas de mejora de la información que el Médico facilita cuando prescribe son las precauciones que deben tener con alimentos, bebidas u otros medicamentos durante el tiempo que dure el tratamiento; problemas que pueden aparecer con la medicación y qué debe hacer si olvida tomar alguna dosis o, accidentalmente, toma una dosis mayor. Toda la relevancia que cobra la receta más allá que el mero hecho de recoger los datos de la prescripción, puede considerarse dentro de los rasgos acientíficos del proceso de prescripción.

Por otra parte, ya vimos que hoy la consulta es un espacio de negociación, y es dentro de dicho espacio donde hay que contemplar el rol que juega la receta. La receta es una "bisagra", un umbral, una conversión de lo oral a lo escrito, de lo coloquial al documento oficial. Se redacta al finalizar la visita médica y para el paciente representa la compensación y fin de la consulta. Para el Médico, por su parte, representa el momento de transición de lo privado a lo público y el

momento de demostrar su conocimiento y autoridad en su tarea de sanar. Pero la receta es aún mucho más.

Para Vicuña (2006: 120, 121), en su trabajo sobre el médico de cabecera, el medicamento representa (síntesis de elaboración propia):

- La ritualización estereotipada de la ayuda en la relación clínica
- La impotencia para utilizar métodos humanizados
- La estrategia más utilizada para el manejo de la relación entre el médico de cabecera y el paciente.
- La fe en la ciencia y el debilitamiento de la autoridad, hasta el punto de adquirir un protagonismo irracional en la relación clínica.
- El debilitamiento de la eficacia simbólica de la palabra.
- Prestigio, dominio y legitimidad del médico frente al paciente.

Para Martín Moreno (2001: 300) habría una "simbología de la prescripción", basada en que la prescripción, dentro de la relación entre Médico y paciente, tiene valores simbólicos para ambas partes. Estos valores surgen, en el caso del Médico, a partir de la formación profesional que ha recibido y que está orientada a dar una solución a cada problema y asociar cada síntoma a una medicación. El Médico se siente frustrado si no sabe encuadrar el síntoma en un diagnóstico, o si no puede recomendar una medicación que alivie al paciente. De esta manera, la prescripción de un medicamento resulta también un alivio para el Médico ante "la sensación de vacío que le produce la inacción". Por su parte, el paciente, que aquí podemos muy bien denominar "contribuyente", va a recibir de manos del Médico, del representante del Estado, la receta, algo que:

> *se ha convertido en la actualidad en el símbolo de la resolución adecuada del encuentro* (Martín Moreno, 2001: 300).

Lo que plantea Martín Moreno es que los pacientes muchas veces consultan a los Médicos sus síntomas en busca de tranquilidad y de una explicación, más que de una solución en sí. Pero debido a estos valores simbólicos, en lugar de una escucha y reconocimiento lo que reciben a cambio es una receta:

> *La receta ha sustituido de forma incorrecta lo que debiera ser la resolución de muchas consultas, que es una relación y una comunicación adecuadas... la receta se haya convertido en el método de finalizar la entrevista...* (Martín Moreno, 2001: 300).

El paciente lleva consigo la receta, que simboliza al Médico y su conocimiento, así como al

Estado protector. El Médico representa para el paciente tanto un emisor de información como una persona implicada en una relación interpersonal con él, preparada para detectar sus necesidades, dentro de su cultura y situación social. La consulta está considerada un acto dinámico y singular, y se basa en este vínculo. La última fase de esta comunicación médico-paciente es la receta que debe ser personalizada para cada caso. Un aspecto de la receta es que permite al Médico complacer al paciente que demanda atención ofreciéndole el acceso a un medicamento que siempre conlleva una promesa de curación y que además podrá adquirir a un precio reducido o nulo ya que el Sistema Nacional de Salud español asume su coste, legitimando con ello tanto que la receta es un documento institucional como que el paciente al recibirla es reconocido como contribuyente y sujeto de derechos ante el Estado.

La cultura actual provoca la expectativa de encontrar una solución inmediata para los problemas, las enfermedades y también los malestares. Esto lo saben aprovechar bien los laboratorios farmacéuticos, de manera que la expectativa junto con el marketing y la disponibilidad de productos prometedores generan una actitud consumista frente al medicamento que revierte en ligar a Médicos y pacientes a través de la receta. Como veremos en el apartado empírico, dejar la consulta sin una prescripción puede ser causa de insatisfacción y disgusto con el Médico, aunque éste haya intentado dar a los pacientes indicaciones adecuadas para el cambio de hábitos que mejoren su calidad de vida. De esta manera, el medicamento acaba cobrando un papel omnipresente en la estrategia terapéutica como señala González García (2005: 41):

> *Como resultado final del proceso de diagnóstico, los medicamentos resumen la actitud y las expectativas del profesional sobre el desarrollo de la enfermedad. A través del uso del medicamento, el médico prueba que tiene poder sobre la vida y la muerte.*

De esta manera, las expectativas del paciente y el empoderamiento del Médico que tiene a su alcance la capacidad de utilizar drogas que sintetizan los avances tecnológicos y la innovación médica, se juntan para consolidar la idea de que las mejores posibilidades de sanar se logran acudiendo al médico para obtener el medicamento adecuado. En la receta, se produce un fuerte compromiso entre el Médico que cuenta con los conocimientos científicos que le permiten seleccionar el medicamento, y el paciente, que pone su confianza en él y sigue su prescripción (González García, 2005: 41):

> *los medicamentos son uno de los puntos de contacto más estrechos entre los médicos y los pacientes*

Pero la receta, para el Doctor González García, que fue Ministro de Salud de Argentina, es aún algo más (2005: 41):

> *llega a funcionar como una prueba confirmatoria de la enfermedad del paciente que permite a éste asumir el papel social de enfermo, pero al mismo tiempo confirma el papel social del médico*

El Médico da muestra de su autoridad, de su ciencia, incluso de su privilegio a través de la prescripción (González García, 2005: 41):

> *A cambio del reconocimiento de esta posición de poder y de confiabilidad, el médico da una prueba, un símbolo de su preocupación: la prescripción*

De esta manera, la receta supone un cierto ritual de intercambio entre el paciente que pone en manos del Médico su salud y le da su confianza, y el Médico, que recibe un reconocimiento y concede, fruto del mismo, una receta que es el último acto de cierre del rito asistencial (González García, 2005: 41):

> *Así, la prescripción, más que ninguna otra acción, se ha convertido en el foco del valor del acto médico. Por eso tiende a ser sobreutilizada, pese a que una parte importante de las veces los médicos no sabemos verdaderamente lo que hay en el producto que prescribimos*

Todo ello pone en evidencia que en el proceso de prescripción también intervienen elementos simbólicos e interpretativos que hacen de él un contexto de estudio que desborda lo médico para adentrarse en lo social y humanístico. Esta dimensión se aborda también en el trabajo coordinado por Girona, Rovira y Homedes (2009): *Medicamentos. Entre la salud y el mercado*, en el cual se menciona la importancia que ha tenido, y tiene, en la historia de la humanidad la búsqueda de sentido del grupo humano, que se relaciona con el éxito que ha demostrado la medicina científica al combatir de manera eficaz la enfermedad, ganando un enorme y esperanzado prestigio social, al mismo tiempo que una gran influencia económica, de manera que la medicina científica, junto a la Industria Farmacéutica y la tecnología médica:

> *...se ha convertido en un verdadero horizonte de sentido para nuestra cultura... el modelo médico se ha convertido en una pseudo-religión que interpreta para nosotros el sentido global de nuestra existencia y nos acompaña con sus rituales en los momentos de angustia y de dolor* (Forcades, 2009: 92).

Esta capacidad de dar sentido de la medicina, la ciencia y la técnica sintoniza con la dimensión simbólica de la prescripción y el papel del medicamento, más allá de la terapéutica y del terreno de lo médico.

Para cerrar este apartado, señalaremos que el contexto y los actores que participan en el Proceso de Prescripción de Medicamentos nos parece que forman un auténtico escenario de

varias alturas trufado de significados, percepciones, sobreentendidos, iconos, normas, ciencia, tecnología, promesas, elixires... en el que se producen metáforas y metonimias, significados y significantes, en un complejo juego que gira en torno al cuerpo humano en tanto objeto sobre el que se interviene y en tanto en cuanto sujeto que demanda ser intervenido, bajo una atenta mirada interpretativa de lo que necesita el cuerpo para funcionar con arreglo a lo que se espera de él, quedando todo ello condensado en un proceso cognitivo que se produce entre el Médico y su paciente:

> *...a partir de los procesos interpretativos, los actores pueden comprender diferentes acciones comunicativas, reconocer las significaciones y las estructuras subyacentes de las acciones comunicativas y asociar las reglas normativas generales a las escenas de interacción vividas por medio del conocimiento socialmente distribuido* (Cicourel, 1979: 13)

En la confrontación dialéctica se abre la posibilidad de desarrollar un juego de influencias recíprocas médico–paciente que favorece la toma de decisiones clínico-terapéuticas (conceptuales y procedimentales). La responsabilidad compartida con el paciente es la tónica de la práctica médica actual; se trata de privilegiar el ejercicio de su influencia, como una forma de construir un entorno para poder atacar el problema y despertar el sentido de su responsabilidad. Una vez tomada una decisión, la acción tiene dos direcciones: tiene la oportunidad de modificarse en función de los cambios de coyuntura, y tiende a modificar la coyuntura en el sentido eurístico del proceso clínico de manejo de problemas (Fernández, 2006: 54). Este proceso, nos parece que forma parte igualmente de ese escenario mencionado en el que Médico y paciente interpretan un microcosmos que, siguiendo el segundo principio hermético de correspondencia (como es arriba, es abajo), Médico y paciente representan en el micro todo el universo que rodea al cuerpo humano.

En el siguiente apartado continuaremos analizando los condicionantes que actúan sobre la prescripción.

6.3.- Condicionantes de la prescripción: demasiados factores en juego.

En los capítulos y apartados anteriores, esperamos haber sido capaces de mostrar la complejidad del mundo del medicamento y el contexto social en el que se produce el Proceso de Prescripción de Medicamentos. En este apartado, siguiendo con el objetivo de mostrar todo el universo del medicamento, analizaremos las numerosas influencias que se ejercen en el proceso de prescripción y sus condicionantes.

Existe una abultada literatura médica en la cual se estudian, desde muy diversos ángulos, los condicionantes de la prescripción. Cabe mencionar algunos trabajos como los de Avorn et al, 1982; Schwart, Soumerai y Avorn, 1989; Catalán et al, 1989; Cockburn y Pit, 1997; Butler et al, 1998; Martín Moreno, 2001 (a su vez contemplados en los trabajos que exponemos a continuación).

Gérvas (1989, 588) habla de que la prescripción farmacéutica es una decisión del Médico, pero en la que intervienen al menos cinco actores: el propio Médico, el paciente (y a veces su familia), el farmacéutico, la Industria Farmacéutica y la misma organización sanitaria. Menciona como algunos de los condicionantes de la prescipción la relación médico-paciente; la importancia del farmacéutico, sobre todo en los casos en los que es conocedor del "perfil terapéutico" y las demandas del paciente, pues la prescripción puede ser iniciativa de éste: "el paciente fue responsable directo de hasta el 5% de las prescripciones del Médico" (Gérvas, 1989: 589). Asimismo, enumera otras influencias como la formación del Médico, su actitud, sus creencias y sus experiencias; el conocimiento que tenga de la población y de su patología; los recursos sanitarios de que disponga y las creencias, cultura, expectativas y actitudes de la población. Por último, este autor subraya la importancia que tienen las actuaciones que sobre Médico y paciente llevan a cabo tanto la Industria Farmacéutica como la organización sanitaria (Gérvas, 1989: 593).

Abanades et al (1998), se refieren a numerosos factores que influyen en la prescripción de medicamentos, como por ejemplo la ética profesional, la buena formación científica, los hábitos de auto-evaluación, el sexo, la edad, la situación laboral, la organización del equipo, así como la población atendida (su envejecimiento, las características sociales y clínicas, el valor que dan al medicamento, etc.), el Sistema Sanitario (la oferta de medicamentos subvencionados, la formación, los incentivos para Médicos, etc.) además de los que se desprenden de la relación del facultativo con los visitadores y las empresas farmacéuticas.

Al respecto de la visita médica, a la cual dedicamos una especial atención en uno de los anexos al hablar del "outreach visit", Garcés et al (2014) llevaron a cabo un estudio transversal en médicos de atención primaria de Toledo, en el que se concluye que la visita médica está prácticamente generalizada y es considerada útil por muchos médicos, subestimándose su influencia en la prescripción propia. Según el etudio, un 60% de los médicos entrevistados asisten a Congresos invitados por la Industria farmacéutica, un 55% han recibido alguna vez un regalo de los visitadores, un 62% acuden a invitaciones de los visitadores y un 51% no considera que existan problemas éticos en la relación entre el médico y la Industria.

La misma Industria, al criticar la prescripción por principio activo (es decir, obviando la

marca y el laboratorio del medicamento), señala algunos condicionantes de la prescripción, como el hecho de que se produzca confusión respecto al nombre de un medicamento, ya que el nombre del principio activo se considera difícil de recordar, y no sólo el nombre, sino que en cada ocasión al paciente le suministrarán una presentación diferente que le podrá confundir. Incluso, puede producirse una pérdida de confianza médico-paciente, ya que el Médico prescribió un principio activo pero el farmacéutico le puede dar un medicamento de nombre diferente (se pone como ejemplo llamativo un principio activo de enorme prescripción, el omeprazol, que para 28 cápsulas de 20 mg. tiene comercializados 61 medicamentos; Luis-Yagüe, 2008: 595). La prescripción por principio activo reduce la influencia comercial, pues el Médico no tiene que realizar una elección de laboratorio concreto. Esto supondría, en cierta medida, una reducción de la presión sobre el MAP, ya que no sería él quien eligiera el medicamento concreto, sino el farmacéutico al que acuda cada paciente, lo cual es reconocido por la propia Industria (Luis-Yagüe, 2008: 594). Este ejemplo introduce otro tipo de influencias irracionales desde un punto de vista científico, pero la novedad aquí es que quien las expone es la propia Industria Farmacéutica en defensa de sus estrategias comerciales.

Cuando estábamos finalizando nuestra tesis doctoral, la crisis económica que nos atenaza ha sido la que finalmente ha mediado en el tema de la prescripción por principio activo, aunque con medias tintas. A partir del 1 de noviembre de 2011, el Real Decreto-ley 9/2011 establece que se deberá prescribir por principio activo, pero deja abierta la posibilidad de que se siga utilizando la denominación comercial. Ha primado el pragmatismo y lo que se obliga es a dispensar el medicamento más barato, pero no se impone el principio activo ni el genérico, lo que aún dará aliento al medicamento comercial, si bien a un precio inferior. Parece un paso muy importante, si bien se centra más en lo económico (se pretenden ahorrar 2.000 millones de euros) que en lo científico y racional, confirmando la posición pragmática del Estado en esta materia. Farmaindustria responde con una nota anunciando que se incrementarán las pérdidas de empleo y de inversiones en I+D, pero finalmente sumándose al carro y barriendo para casa al afirmar que:

> *En la práctica, a partir del día 1 de noviembre, las marcas farmacéuticas originales deberán estar alineadas con el precio menor para seguir siendo dispensadas... por lo que el médico podrá recetarlas con todas las garantías de que contribuyen al sostenimiento del Sistema Nacional de Salud*[16]

Novoa et al (2014: 373), proponen que en el análisis del papel de la Industria farmacéutica en el consumo de medicamentos se apliquen modelos más sistémicos e introducen el concepto de deriva institucional refiriéndose a cuando intereses privados modifican los objetivos de la medicina, a través de una influencia sistemática sobre la cultura de la organización. Esta deriva

[16] http://www.farmaindustria.es/Farma_Public/index.htm

institucional tiene su origen en múltiples factores, si bien, para los autores, tiene su causa en una ausencia de salvaguardas en la medicina. Su análisis coincide con el nuestro en lo que respecta a la búsqueda de causas, o "culpables", de la deriva institucional, si bien, y como se verá a lo largo de este trabajo, nuestro enfoque es aún más amplio y va mucho más allá del ámbito médico para hundirse en el análisis crítico del Estado del bienestar y de lo social, no por ello sin dejar de reconocerle su importancia en la mejora de las condiciones de vida de la población, ni eximiendo lo más mínimo de su responsabilidad a la Industria y a los actores que giran en torno al ámbito sanitario, pero sí desde luego insistiendo en la necesidad de remontarse a los orígenes del estado de cosas que permiten, entre otras cosas, la deriva institucional. Orígenes de los que hablaremos más adelante.

Como estamos viendo, existe un número muy elevado de factores que influyen en la prescripción. Para abundar en esta característica del proceso de prescripción, traemos a colación un estudio de la Oficina Nacional de Auditoría del Reino Unido (Nacional Audit Office, NAO), que encargó la realización de un amplio y completo estudio cualitativo a Scoggins et al (2008) sobre los hábitos de prescripción de los Médicos de familia ingleses, cuya finalidad era determinar los factores que influyen en ellos a la hora de prescribir, así como buscar la manera de ahorrar costes y mejorar la atención a los pacientes. En junio de 2006, se calculó que solamente con el uso de las estatinas genéricas, en el marco de unos mejores hábitos de prescripción, podrían ahorrarse más de dos billones de libras esterlinas en el plazo de cinco años. Las conclusiones de la investigación confirman, de nuevo, los muchos elementos en juego:

> *En los hábitos de prescripción de los médicos de familia influyen muchos factores, que actúan a distintos niveles del sistema sanitario (*Scoggins et al, 2008: 5)

El estudio señala que, a nivel nacional e internacional, destaca la influencia que ejercen los resultados de los estudios de tratamientos y fármacos, presentados en publicaciones de renombre. A nivel de las ABS inglesas (áreas básicas de salud), influyen las orientaciones locales, los boletines informativos, las visitas *in situ* de los visitadores médicos, los contactos personalizados y las recomendaciones de los especialistas y consultores de la atención especializada. En la propia consulta, la experiencia profesional de los Médicos de familia, las necesidades clínicas del paciente y sus exigencias, los contactos entre profesionales del sector y los representantes de las compañías farmacéuticas, tienden a influir en las decisiones de prescripción (Scoggins et al, 2008: 6).

Brea Feijoo (2008), da cuenta de la complejidad del análisis del gasto farmacéutico, de la variedad de agentes implicados y de los determinantes del uso racional del medicamento, proponiendo la siguiente tabla resumen de los factores determinantes de la prescripción:

Determinantes	Agentes
• Regulación (normativa, legislación) • Nombramiento de gestores competentes • Programas específicos bien diseñados • Financiación responsable	ADMINISTRACIÓN
• Competencia médica • Formación médica continuada • Empleo de protocolos o guías clínicas • Prescripción de calidad	MÉDICO
• Competencia farmacéutica • Formación farmacéutica continuada • Supeditar negocio a servicio público • Dispensación responsable	FARMACÉUTICO
• Educación sanitaria • Cumplimiento terapéutico • Consumo responsable de medicamentos	PACIENTE
• Investigación farmacológica • Beneficios enmarcados en código ético	INDUSTRIA
• Información responsable	MEDIOS

Tabla 14: Factores determinantes de la prescripción. Fuente: Brea Feijoo, 2008: 6

En la siguiente figura, el mismo autor representa la relación entre los agentes que intervienen en el gasto farmacéutico:

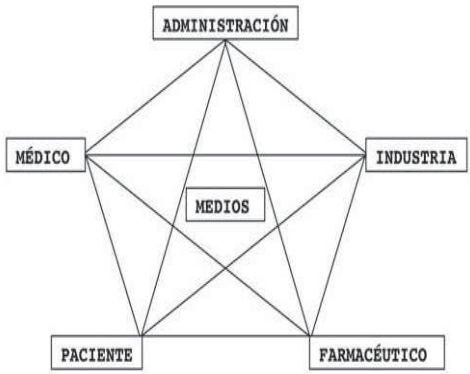


Tabla 15: Relación entre los agentes que intervienen en el gasto farmacéutico. Fuente: Brea Feijoo, 2008: 6

Y en la tabla siguiente, lo que representa son los condicionantes del uso racional del medicamento:

Condicionantes	Comentarios
• **Poblacionales** (envejecimiento, inmigración)	Los pensionistas consumen más fármacos que activos (relación 9:1), sin aportación en farmacia. El fenómeno de la inmigración va adquiriendo relevancia.
• Actividades preventivas	Detectan enfermos crónicos (HTA, hiperlipemia, diabetes, EPOC, etc.), que habrán de requerir la correspondiente medicación.
• Nuevos medicamentos	Más caros y no siempre con ventajas.
• Medicamentos genéricos	Teóricamente más baratos.
• Patologías emergentes	Nuevas patologías generan un mayor consumo de fármacos.
• Variabilidad de la PM	Heterogeneidad en función de áreas sanitarias.
• Programa de incentivación de la calidad de prescripción (PICP)	Aplicado con la finalidad manifiesta de fomentar la PM bajo criterios de mayor eficiencia y evidencia científica, perseguía la contención del GF.
• Organización asistencial	Factor no recogido en estudio de Comisión Mixta, y sin embargo decisivo.

Tabla 16: Condicionantes uso racional medicamento. Fuente: Brea Feijoo, 2008: 7. (PM: práctica médica; GF: gasto farmacéutico).

El Dr. Brea Feijoo da a entender que el proceso de prescripción es un acto tedioso y sujeto a múltiples causas, reforzando con ello su carácter acientífico:

> *nuestro modelo individual –sui generis–, más que a prescribir obliga a recetar (¡una rutina fastidiosa!)* (Brea Feijoo, 2008: 5)

> *la medicalización es una consecuencia multicausal: inadecuada gestión, incitación consumista, deficiente organización asistencial, permisividad con la libre dispensación,*

inconveniente influencia mediática y carencia de educación sanitaria (Brea Feijoo, 2008: 7)

Tras este recorrido general que pone en evidencia la existencia de "demasiados factores" condicionando la prescripción, a continuación iremos un poco más allá para adentrarnos en un nivel de análisis más conceptual en el próximo capítulo, con el que cerraremos el apartado teórico de la tesis para pasar al apartado empírico. No obstante, hemos de señalar que retomaremos la cuestión de los condicionantes de la prescripción cuando se presenten los resultados, entre los cuales proponemos un Modelo Psicosocial de los Condicionantes de la Prescripción.

7.- MÁS ALLÁ DE LA PRESCRIPCIÓN

- Introducción

Si bien en los capítulos anteriores se han analizado una serie de factores que cuestionan la cientificidad del medicamento, su prescripción y usos, ahí no acaban las influencias irracionales sobre la prescripción, ni los comportamientos inadecuados, ni las motivaciones egoístas, ni la falta de rigor. Aún más, como sostenemos y tratamos de poner en evidencia, estamos ante un conjunto de factores variados y fuertes que tensan la tupida tela de araña que rodea al Proceso de Prescripción de Medicamentos, en cuyo centro se encuentra, en nuestra opinión, la piedra angular que sostiene todo el entramado: el concepto de Estado del bienestar desarrollado en un sistema de mercado capitalista junto al Estado de derecho. ¿Qué ámbito, sino el cuidado de la salud, representa mejor el papel del Estado del bienestar? ¿qué contribuyente en un país rico no exigirá al Sistema Nacional de Salud que le atienda con la máxima calidad? Y dentro de esta dinámica, ¿qué MAP será capaz de explicarle que quizás no tenga una afección tratable con medicamentos, sino más bien una de las enfermedades de la opulencia cuyo único tratamiento es la frugalidad o la superación por medios propios de los problemas de la vida? Estas son sólo algunas de las cuestiones que cabe plantearse ante el complejo ámbito de las influencias y condicionantes de la prescripción de medicamentos, de las que abordaremos algunas en este capítulo, y otras en el apartado empírico de la tesis.

Cabe señalar que nuestro punto de vista no pretende criticar en sí al Estado del bienestar y sus conquistas, que son logros indiscutibles en beneficios del progreso de la población, pero sí es preciso indagar de manera crítica en la construcción del Estado del bienestar y su relación con el sistema de mercado capitalista, así como en temas de valores sociales, cuestiones de las que no podemos ocuparnos en el presente estudio nada más que a un nivel de cuestionamiento y elaboración de incógnitas.

En otro orden de cosas, aunque reconociendo que lamentablemente no fue sino en fecha posterior a la defensa de la tesis doctoral que da contenido a esta monografía, tuvimos la satisfacción de conocer la existencia de un grupo de investigadores del ámbito de lo social en

Montreal dedicado al estudio del medicamento: el MÉOS[17] (Médicament comme objet social), que no es sino una confirmación de que nuestra línea de investigación era pertinente y que, como no podía ser de otra manera, exiten antecedentes de investigación con los que compartimos la misma inquietud, si bien se centran más en el medicamento en sí mientras que nosotros nos focalizamos en el proceso de prescripción en España, que presenta importantes diferencias con el de otros países como Canadá.

En particular, Collin et al (2005: 61), en su establecimiento de líneas de investigación a priorizar, remarcan la necesidad de ampliar el análisis del uso de los medicamentos a factores de orden social y cultural, dimensiones que aún no han sido sficientemente tenidos en cuenta en los estudios científicos. Los autores, proponen impulsar el desarrollo de metodologías de tipo cualitativo, para poder trabjar con los valores culturales. Por otra parte, y dada la aceleración de la circulación de los conocimentos acerca del medicamento a través de los medios de comunicación (prensa, internet, televisión...) señalan la importancia del estudio de la información transmitida y sus fuentes de influencia.

Asimismo, y en una línea similar, Collin et al (2006), analizan en este libro los medicamentos más allá de su importancia en la medicina y su presencia en nuestra vida cotidiana, poniendo el acento precisamente en la influencia de la esfera de lo social (conductas, imaginario, valores, normas, etc.), reconociendo la centralidad del medicamento en nuestras vidas al mismo tiempo que subrayan la dificultad de comprender la utilización masiva que se hace del medicamento en nuestras sociedades si no lo reubicamos en el marco de procesos más complejos como la exigencia de obtener éxito social, la obsesión por una salud perfecta, las ideologías de la prevención, la centralidad de uno mismo y el creciente papel del cuerpo en la representación del yo, el individualismo, el valor descontextualizado de lo biomédico, etc.

Sirva esta breve mención a MÉOS, a todas luces insuficiente, para confirmar la importancia del estudio del medicamento, y su prescripción, desde el punto de vista de lo social.

7.1.- El rol de prescriptor de medicamentos.

Una de las mayores aportaciones de Parsons (1984) a la Sociología de la Medicina ha sido, como ya hemos comentado, su concepto de “sick role” o rol del enfermo, el cual representa

[17] http://www.meos.org/

una serie de expectativas que definen las normas y valores adecuados, correctos, que debe tener la persona enferma, tanto para ella misma como ante los demás. Esto nos ayuda a comprender mejor la relación entre el paciente y el médico, y el marco en el que se produce, que está compuesto por un conjunto de roles, actitudes y actividades sociales aportados por ambas partes.

Para Parsons, los roles son elementos que mantienen el orden social. La "norma" se definiría como el estándar de conducta que la gente debería desempeñar o a la que al menos debería aspirar. Los roles son gobernados por las normas, y ambos están designados por los valores de una sociedad. En este contexto, nos parece apropiado hablar del rol de prescriptor, dentro del rol del profesional médico, como un elemento fundamental para el mantenimiento del orden social en el campo de la salud y de la función asistencial del Estado.

En la relación médico-paciente se presupone una reciprocidad elemental por la cual cada parte conoce sus expectativas y las de los demás, respecto al comportamiento y la secuencia probable de los actos sociales. Actuar como médico depende de la percepción del paciente, y viceversa. El rol del médico consiste en hacer que el enfermo vuelva a su funcionamiento normal. Es desde este rol del médico que se construye el rol de prescriptor, que vendría a ser una simplificación mecanicista del rol del médico, una manera pragmática de resolver la consulta con rapidez sin renunciar -al menos del todo- al objetivo fundamental de intentar que el enfermo vuelva a su funcionamiento normal.

En estrecha relación con lo dicho, hay que subrayar que la sociedad precisa que la relación entre el paciente y el médico tenga un carácter terapéutico. Es decir, los pacientes necesitan acceder a los servicios especializados del médico, y los médicos son los expertos preparados en la Universidad y legitimados por la sociedad para atender y ayudar al paciente a superar su enfermedad. Por tanto, el encuentro entre médico y paciente, la consulta, adquiere sentido y tiene como objetivo primordial realizar algún tipo de cambio importante y positivo en la salud del paciente (Cockerham, 2002: 184).

Si analizamos ahora esta idea a la luz de la realidad y nos fijamos en la consulta del Médico de Atención Primaria, comprenderemos muy bien los testimonios recogidos en el apartado empírico, en el sentido del deber que tiene el médico de atender al paciente ofreciendo alguna solución. Y en muchas ocasiones, en demasiadas ocasiones según la impresión que tenemos a la luz de todo lo que hemos estudiado en este trabajo, el rol del médico se acaba escorando hacia el rol de prescriptor, y la solución real que puede ofrecer el médico al paciente ante sus problemas en cinco o seis minutos de consulta es una receta. A más a más, tanto el Sistema Nacional de Salud como la Industria, utilizan para sus propios intereses este mecanismo y, en sentidos en general opuestos, tratan de influir sobre el Médico que da la cara ante el paciente. Este

mecanismo, y el rol de prescriptor, son elementos fundamentales que se encuentran detrás de la formación y funcionamiento del *Esquema Prescriptivo*.

A la luz de lo visto hasta aquí, la respuesta de los MAP ante su labor prescriptora, está gobernada, además de por un proceso científico, por un conjunto de expectativas y responsabilidades sociales. Es evidente que el acto de prescribir viene acompañado por unos conocimientos científicos y una experiencia asistencial. Es evidente que le preceden el examen y el diagnóstico. Pero dadas las condiciones de tiempo, de presión, de complejidad... en que se produce la prescripción, dadas las implicaciones comerciales, de innovación tecnológica, de expectativas de la población... dada la esquematización necesaria que tiene que realizar el Médico en su función prescriptora, dado el papel social de la prescripción, podemos contemplar a ésta como uno de los roles principales asumidos por el MAP, si no el principal, como respuesta a los factores sociales que rodean al medicamento más que por la enfermedad ("biológica") en sí.

Por todo ello, nos parece adecuado trazar un paralelismo entre el rol del enfermo y el rol de prescriptor. Si el rol del enfermo es un conjunto de derechos y obligaciones en torno a la enfermedad, que perfilan el comportamiento de doctores y pacientes, el rol de prescriptor es igualmente un conjunto de derechos y obligaciones en torno al abordaje del tratamiento de la enfermedad y el malestar, que influyen en el comportamiento de doctores y pacientes. El rol del enfermo legitima la desviación social y da contenido al rol de prescriptor, que no sólo se convierte en un gestor del derecho al acceso a la mejor tecnología para el tratamiento de enfermedades, sino también al acceso a una receta y a algún medicamento (aunque no exista certeza científica de que haya que aplicarlo). A pesar de la incertidumbre de si un MAP es capaz de manejar suficiente conocimiento objetivo basado en la evidencia, al mismo tiempo que eludir los condicionantes que rodean al proceso de prescripción, las consultas están llenas; los 40 o 60 pacientes que esperan, tienen derecho a que el Médico les atienda en los seis o siete minutos que tocan para cada uno. En ese tiempo ha de caber el trato social, el estudio de la historia médica, el examen, el diagnóstico y el tratamiento, que supone elegir el mejor medicamento -evaluando riesgos y costes-, emitir la receta y cerrar la consulta dando las explicaciones pertinentes sobre la administración del medicamento y los consejos oportunos para mejorar o prevenir la salud.

El rol de prescriptor se produce en un entorno de legitimación necesaria para que un sujeto que se sienta enfermo acuda al Médico en busca de sanación, confíe en la capacidad del Médico y en la efectividad de los medicamentos, como respuesta socialmente adecuada a su situación. De esta manera, el Estado atiende las demandas de salud y bienestar de la población, reconociendo el rol del enfermo, al que responde a través de los MAP y su rol de prescriptores por el cual emiten un documento oficial que incluye recursos públicos, contribuyendo así a mantener

la paz social, objetivo cuya trascendencia nos ubica más allá del contexto científico y médico, justificando que el escenario del medicamento desborda por completo su objetivo original, a saber, el tratamiento de las enfermedades.

El prescriptor, en base a su formación, está legitimado para recetar drogas (en inglés se utiliza la misma palabra para medicina que para droga: *drug*) subvencionadas por el sistema público de salud; él no es culpable de la predisposición que existe a consumir medicamentos y de la excesiva fe que se pone en ellos; el prescriptor debe utilizar los recursos de los que dispone para atender la demanda de salud y bienestar del paciente, dentro de los cuales el medicamento goza de una posición destacada; los enfermos acuden a su Médico para consultar qué remedio tienen para su dolencia; el resto lo añaden el Estado del bienestar y el libre mercado, cerrando el círculo en el que se construye el rol de prescriptor.

El mercado distingue al Médico por su capacidad de "generar ventas". Tanto es así, que cuanta más capacidad tenga para ello, cuanta más población a su cargo, más le persigue la Industria Farmacéutica:

> *Según los datos obtenidos, la Industria Farmacéutica ejerce una presión comercial directamente proporcional al «poder prescriptor» del facultativo medido en función de la población adscrita* (Díaz Grávalos et al, 2001, 369)

Pero para ir más allá de la prescripción y explorar otros significados del medicamento, vamos a comparar el papel del medicamento con el que antes cumplía la hostia de la comunión. A través de la rutina de ir al Médico, a la farmacia o al hospital, la ideología sanitaria penetra en nuestras vidas y nuestras mentes, lo cual apunta a que existe un objetivo de control social, sea este positivo o negativo.

7.1.1.- Medicamentos en vez de hostias: especulaciones sobre la profesión médica y el rol de prescriptor.

En el papel de la medicina como instrumento o institución para el control social de la conducta desviada, del que ya hemos hablado al referirnos a Parsons, se está produciendo la asunción por parte de la sociedad, de la responsabilidad de un número cada vez mayor de comportamientos que son definidos como desviados. Esto sería un proceso que arrancaría mucho antes, cuando actos que se definían como pecados o delitos y, por tanto, controlados otrora por la iglesia o la ley, ahora son definidos como enfermedades y asignados a la asistencia sanitaria. Este

fenómeno encaja bien con el rol de prescriptor y con el *Esquema Prescriptivo*, y con las percepciones de los MAP recogidas en el apartado empírico. De manera sintética, la secuencia práctica del fenómeno sería la siguiente: las personas que acuden a la consulta lo hacen porque tienen algún tipo de problema, son "enfermos"; el médico está allí para resolver sus problemas; la fórmula estandarizada de hacerlo es emitir una receta. En esta breve secuencia se están dando cita importantes fenómenos. Está el rol del Sistema Nacional de Salud. Están las expectativas del médico y del paciente (el rol del médico y el rol del paciente). La tecnología como panacea. La Industria como empresa que se lucra comercializando medicinas. Está el factor tiempo y la disponibilidad de recursos. Y también se encuentra otro elemento del que se ocupó Szasz, y es que se está redefiniendo el concepto de enfermedad, de manera que la disfunción puramente orgánica o fisiológica, aquella que se circunscribía al cuerpo-máquina, se ha ido ampliando con el concepto de desviación social, incorporando cuestiones como el sufrimiento, la discapacidad, la frustración y el mal funcionamiento en amplios campos de la vida (Szasz, 1974: 44). Así, la medicina se adentra en el bienestar.

Por otro lado, y como apunta la Teoría Crítica (Horkheimer, Adorno, Marcuse, Habermas, etc), la razón, que, en compañía de la ciencia, le permite al hombre desarrollar la vida en las mejores condiciones materiales, es la misma que se empecina en enfocarse en los problemas técnicos y la relación entre medios y fines, olvidándose en reparar en su racionalidad, llegándose así a un proceso de deshumanización que impide a los individuos orientar su vida humana y éticamente, cayendo a los pies de una maquinaria científica que cosifica el espíritu humano. Llegamos así a una sociedad donde la razón instrumental, basada en el saber acumulado en las Ciencias Naturales, se independiza de la razón comunicativa, basada en símbolos y normas morales acumuladas en la tradición cultural (Ureña, 2008: 81). Un ejemplo en nuestro ámbito de estudio es cómo la receta puede sustituir en parte el proceso de comunicación entre e médico y su paciente. En este contexto, los medicamentos representan muy bien los frutos de la ciencia y del mercado, orientados a la satisfacción de las necesidades humanas y, por tanto, elemento ineludible de la agenda del Estado del bienestar. Y así como la ciencia suplantó a la religión en la interpretación de la naturaleza, vemos al medicamento suplantando a la hostia como símbolo de comunión con el sistema de legitimación vigente.

Con estos dos párrafos, introducimos otra dimensión del papel del medicamento en sociedad, que según hemos ido avanzando en nuestro estudio ha ido adquiriendo mayor protagonismo, y es la dimensión del medicamento como "píldora del bienestar", como una herramienta no ya al servicio estricto de la salud, sino al servicio de algo mucho más ambigüo y global como la paz social o la conciencia del Estado del bienestar:

> *El medicamento actúa como una coartada moral de una conducta sanitaria individual y colectiva incorrecta. Los medicamentos nos curan enfermedades que no hubiéramos debido adquirir y que contraemos porque no adoptamos personal o socialmente las medidas de prevención adecuadas (*Velasco, 1983: 345)

La afirmación *la salud sustituye a la salvación* (Foucault, 1978: 277) refuerza la analogía por la cual al "*medicamento*" le correspondería el lugar de la "*hostia*". En lugar del cuerpo de Cristo, administrado a los vasallos-creyentes para el perdón de sus pecados a los ojos de Dios y del rey, se administra a los ciudadanos la "*píldora de la nación*", hoy más propiamente la "*píldora del Estado del bienestar*" o simplemente la "*píldora del bienestar*" ya mencionada, suministrada no ya por un poder divino, sino por el representante del Estado. Es la versión burguesa de la escena de la película *Hair* (estrenada en 1979, basada en un musical de 1967), donde los psicodélicos comulgaban con LSD.

Obtener la píldora del bienestar es la forma laica de perdonar los pecados de manera instrumental; de expiar los excesos y los malos hábitos a los ojos del Estado que necesita contribuyentes sanos y productivos; la mano del prescriptor es la mano *divina* del Estado del bienestar curando las enfermedades; la hostia ve desplazado así su poder desde lo divino a lo científico, desde lo moral a lo instrumental, al servicio del Estado. En lugar de una fuerza sobrenatural, el medicamento obtiene la suya de lo científico y lo tecnológico, como nuevos poderes sobrenaturales laicos y terrenales, que recrean sin embargo las imágenes de lo milagroso. Lo que antes perdonaba Dios a través de los curas, la confesión, el arrepentimiento, rezos, gracia y milagros, ahora lo perdona el Estado con los Médicos y las medicinas, ungidos de ciencia y de técnica.

A su dimensión de bien sanitario y producto de gran consumo, el medicamento suma un cierto papel por el cual limpia la culpa de la sociedad y del Estado cuando no se logra que el consumidor-contribuyente sea, además, un sujeto feliz y sano. La insuficiente responsabilidad personal y gubernamental por la salud, es cubierta mecánicamente por la prescripción:

> *El medicamento justifica psicológicamente la escasez de esfuerzos para establecer una medicina preventiva y un saneamiento que le harían en muchos casos innecesario. Socialmente actúa mitigando el daño que la actuación social, la educación sanitaria y la Medicina Preventiva deberían haber evitado (*Velasco, 1983: 345)

Es el reconocimiento de que la propia sociedad y su modo de vida engendra, como daño colateral de su funcionamiento, una parte de la enfermedad que padecen sus miembros, que queda bien representada por el Síndrome Metabólico, o de la opulencia, que ya vimos al principio

de este trabajo. Se produciría una cierta transferencia del estatuto de ciudadanía en torno al Estado, que gestiona los impuestos que pagamos y asegura la convivencia pacífica, al estatuto del enfermo con derecho a consumo de píldoras. El Estado introduce con más eficacia que la religión un sistema de seguros y coberturas que ligan deberes cívicos con derechos, ofreciendo además la felicidad -en este mundo- a través del consumismo. Y si las cosas se tuercen, si hemo de soportar duelo o malestar, se recurre a la píldora del bienestar. La prescripción del medicamento es uno de los instrumentos más visibles del derecho de ciudadanía adquirido, de manera que se comprende por qué acaba adquiriendo un estatus social que supera, en muchos casos, su realidad terapéutica; y por eso también se comprende que el MAP ocupe una posición central como distribuidor de derechos ciudadanos, que está muy por encima de su práctica médica. A la hora de la verdad, el MAP no tiene tiempo para prevenir y cuidar la salud de su paciente; tan solo tiene seis minutos para distribuir derechos ciudadanos en forma de píldoras adecuadas a cada circunstancia.

Toma así más fuerza la influencia social a la que está sometido el medicamento. En sí mismo, el medicamento es instrumento de acción social para el Estado, representación del cuidado del cuerpo nacional o del cuerpo social, administrado por funcionarios públicos que velan por la *felicidad cívica* de los contribuyentes, funcionarios que tienen en su mano, como representantes del Estado, el autorizar, o no, la ingesta de la *píldora del bienestar*.

De esta manera, a la luz del papel que juega la prescripción de medicamentos en el funcionamiento del Estado del bienestar, creemos que se justifica la necesidad estratégica de construir el *Esquema Prescriptivo*, que no es el que propugna la OMS para una prescripción verdaderamente médica y racional, sino un esquema para dar una respuesta práctica, mecánica, pero también simbólica, a los condicionantes de la prescripción, entre los cuales es preciso incluir la promesa que nos hace el moderno Estado de derecho de que si trabajamos para contribuir y consumir, si convivimios en paz, se nos concederá el perdón de los malestares que sufrimos a causa de nuestra pertenencia a la sociedad opulenta consumista. Como veremos más adelante en las entrevistas, los médicos entienden su profesión por la existencia de los enfermos, que justifican su labor, siendo así que quien acude a la consulta demandando atención por síndrome metabólico es considerado y atendido como enfermo, es decir, se reconocen los efectos indeseables que produce nuestro modo de vida como enfermedades clínicas:

> *...aspectos de la vida cotidiana son medicalizados con el pretexto de tratar falsas enfermedades como astenia primaveral y timidez, o procesos biológicos naturales como la menopausia... A pesar del mayor bienestar material, cada día atendemos a más personas que se quejan de malestares que quizá tengan más que*

ver con "estar mal" que con auténticas enfermedades (tristeza, niños hiperactivos, vigorexias...). Cerecedo et al (2013: 537)

Ya Freidson (1978) advierte, como vimos, sobre el rol de "*empresario moral*" de la profesión médica, y recomienda limitar su autonomía para que no se convierta en lo que en otros momentos históricos fue la religión o el derecho.

La Industria Farmacéutica no hace sino participar activamente en esta nueva empresa moral, proveyendo a la profesión médica y, por ende, al Estado, de un nutrido arsenal que pueda atender las siempre crecientes dolencias del ciudadano: ciencia, tecnología y empresa al servicio del Estado en su función asistencial. La Industria actúa como la casquería del sistema, aprovechando todos los desechos que produce la sociedad opulenta, optimizando con ello la maquinaria capitalista.

La prescripción, así vista, es más un mecanismo del Estado del bienestar ante sus administrados, a través de sus funcionarios (los MAP), que un acto científico. De manera aparentemente distinta a la función del especialista, que parece atender la enfermedad "real" y que cuenta con los medios adecuados para "hacer verdadera ciencia" (tales como el conocimiento de la especialidad que le unge de una técnica y profesionalismo indiscutibles; los medios humanos, diagnósticos y tecnológicos más avanzados; y el tiempo necesario para obtener unos resultados), el Médico de Atención Primaria, frente a esta visión del especialista, no maneja ciencia propiamente dicha, sino que maneja representatividad estatal para atender las aflicciones de todo tipo, de los ciudadanos, sean médicas o no: aflicciones naturales de la vida como la vejez, la soledad o el luto, aflicciones laborales como el estrés, el paro, etc. El MAP representa un servicio de terapéutica nacional de acceso universal, uno de cuyos instrumentos fundamentales es la receta de medicamentos -que actúa como auténtico símbolo del cuerpo nacional, con el cual comulgamos al ingerir la píldora del bienestar recetada-, administrada por el cuerpo de funcionarios expertos. Los MAP, más que expertos en ciencia médica, lo son en malestares públicos; el Ministerio de Sanidad, y las Consejerías de ese ramo, debían denominarse *de Malestares Públicos*. El bien y el mal, lo que es malestar público y lo que no lo es, lo normal y lo anormal, es sancionado por el Estado a través de sus funcionarios médicos y de los protocolos clínicos. No obstante, a la luz de las enfermedades cada vez más agudas que provoca el modo de vida, el universo del especialista no hace sino acercarse más y más al del MAP, si bien atiende casos más graves.

Todo ello, nos sirve para ilustrar cómo el Proceso de Prescripción de Medicamentos, por su complejidad científica y social, por el papel polifónico que juega, no es un proceso meramente

clínico - científico, sino que se ha convertido en algo tan vasto que los Médicos de Atención Primaria se ven en la necesidad de recurrir a la utilización de un "Esquema" cognitivo y funcional que les permita cumplir con el complejo papel que se les ha asignado, pero que es polisémico y cuenta con funciones latentes para las que el MAP no sólo no ha sido formado, sino tampoco informado. Sin un Esquema así, en cierto modo "de supervivencia", sería imposible para el MAP responder a lo que se les pide: que sean "prescriptores en siete minutos" (ver el Anexo 1, encuentro con A. Jadad), con el *confesionario* atestado y la urgencia de emitir *absoluciones* patrocinadas por el mismísimo padre celestial: el Estado.

Ese Esquema al que nos hemos referido, se inscribiría dentro de las estrategias que un cuerpo de servidores públicos -los MAP- despliega para cumplir adecuadamente el papel que le viene asignado por el Estado, dentro a su vez del importante papel que juega éste en el sistema capitalista.

Vistas las implicaciones que atribuimos al medicamento en la salud del propio Estado y el importante papel de la prescripción, es oportuno profundizar un poco más, lo que acometeremos en el apartado 7.2, no sin antes hacer un paréntesis para referirnos a la Sociología Clínica.

7.1.2.- Pérdida de sentido y contradicciones en el trabajo de los MAP. Aportaciones desde la Sociología Clínica.

Tanto en los talleres de comunicación que tuvimos ocasión de impartir con MAP del Área 2 de Madrid en 2004 y 2005, así como en el apartado empírico recogido en el capítulo 8 de esta monografía, se ponen en evidencia las importantes dificultades por las que atraviesan los MAP en su trabajo. Y en parte dichas dificultades son consecuencia de una pérdida de comprensión de cuál es su papel, tan distinto al de prevenir la salud de la población.

Aunque no es el objeto del presente estudio, una de las cuestiones que emergen con más fuerza a la luz de todo lo visto hasta aquí son las difíciles condiciones de trabajo de los MAP. Nos referimos no sólo a las características reconocidas de dicho trabajo, o a las que tienen en general los profesionales de la sanidad pública española, donde existe una fuerte presión asistencial y unos presupuestos restrictivos. Nos referimos también a que de los condicionantes que tiene la prescripción, se desprenden consecuencias para las condiciones en que los MAP realizan su trabajo, produciéndose contradicciones y pérdidas de sentido.

Sólo por poner un ejemplo. Entre los objetivos principales y fundamentales del MAP se encuentran los de hacer prevención y cuidar de la salud de sus pacientes, mientras que su

realidad es que el sistema le requiere sobre todo para que sea un gestor de recursos, que ahorre en medicamentos, al tiempo que le hace responsable de la calidad asistencial y del tratamiento que da a los pacientes, lo que entra muchas veces en contradicción con la gestión de recursos. Y todo ello, en medio de una muchas veces incomprensible política de aprobación de medicamentos para ser subvencionados por el sistema que luego no se quiere que sean recetados por parte de los MAP, mientras que otros médicos que se suponen que son compañeros, como los especialistas de hospital, no soportan tantas exigencias en su prescripción y además producen una prescripción inducida en los MAP que en muchas ocasiones sigue unos criterios bien distintos a los que se exigen a los MAP. Al pasar de los años, los MAP se empiezan a cuestionar el sentido de su trabajo y a resentirse de los efectos que sobre su motivación y su identidad profesional tienen las fuertes contradicciones que viven en él, lo que supone un caldo de cultivo que puede incrementar la incidencia de los riesgos psicosociales.

El incremento de estos fenómenos en el mundo del trabajo, están detrás del desarrollo de una nueva perspectiva académico – práctica: la Sociología Clínica, a la que dedicaremos brevemente atención debido a su alto interés.

Lo primero que cabe aclarar es que esta perspectiva no utiliza el término “clínico” en lo que éste se refiere a “enfermedad”, sino en lo que se refiere a “cercanía al sujeto”. Etimológicamente, el término griego “kliniké” significa “en la cabecera del enfermo que está en cama”. Designa el momento en que los médicos dejan de interesarse solamente por el cuerpo enfermo, como una mera biología, y se interesan por el paciente mismo y lo que éste pueda decir sobre su enfermedad. En sociología, se trata de interesarse por la vivencia de los actores sociales y escuchar lo que tienen que decir sobre los fenómenos sociales que los involucran. En efecto, la Sociología Clínica es un sociología de proximidad que se preocupa por el sujeto.

El sociólogo y miembro de la Escuela de Chicago, Louis Wirth (1931), escribió el primer artículo científico en cuyo título se consignaba el nombre de esta nueva perspectiva: “Clinical sociology”, en el *American Journal of Sociology*. En dicho artículo, Wirth cataloga a la sociología clínica como una división relevante de la sociología. No obstante, con anterioridad a Wirth, se publicó un artículo que hemos de considerar como el verdadero antecedente de este enfoque en una revista científica. Se trata del amplio artículo titulado “Clínica social” publicado en la *Revista Ibero-americana de Ciencias Médicas,* en el cual se habla de los “sociólogos clínicos”. Su autor fue el médico gaditano Federico Rubio y Galí (1899: 51). El *Discurso sobre la sociopatología* de Rubio y Galí (1890), fue celebrado en el libro *La persona social* (1899) de un destacado sociólogo de la época, Giner de los Ríos, del que merece la pena releer *La ciencia como función social*, donde habla del sujeto y la historia, marcando distancias con el monismo positivista.

Pero este enfoque ha sido verdaderamente desarrollado de manera reciente por autores como Barus-Michel (2004, 2006, 2009), Gaulejac (1987, 1999, 2002, 2005, 2007, 2008, 2013) y Enriquez, en Francia; Sévigny y Rhéaume (2005), en Canadá y Clark, Fritz (1992, 2008), Lackey y Ricker, en USA.

España, a iniciativa del catedrático de Psicología Social Dr. José Ramón Torregrosa Peris (UCM), quien realizó una estancia en el *Laboratoire de Changement Social* de la Universidad *Paris-VII* en 2004 interesándose por la perspectiva, se está incorporando en los últimos años desde diversos lugares, con dos focos principales: el Departamento de Psicología Social de la Facultad de CC PP y Sociología (UCM), donde se imparte desde 2012 y con periodicidad mensual el Seminario Permanente de Sociología Clínica, dirigido por el profesor José Ramón Torregrosa Peris, y el Ilustre Colegio de Politólogos y Sociólogos, y su Comisión de Sociología Clínica creada en 2012, coordinada por el profesor Fernando de Yzaguirre. Sin olvidar el Taller de Investigación en Sociología Clínica de la Escuela de Relaciones Laborales de la UCM, que viene funcionando desde el año 2006 promovido por el profesor Carlos Alberto Castilla Mendoza. En particular, en nuestro país se han realizado investigaciones - intervenciones con resultados positivos, entre otros en el terreno del desempleo (Yzaguirre, 2013c, 2013d).

En las ciencias humanas, el objeto de estudio son los sujetos, con los que el investigador comparte especie. El sujeto es un ser de lenguaje, es el sujeto de la palabra; y el lenguaje, que da sentido y expresa la subjetividad del sujeto, permite a este constituirse al construir sentido. En concordancia con lo anterior, Jacqueline Barus-Michel (2013) define la Sociología Clínica y la Psicosociología o Psicología Social Clínica, como “el análisis de los procesos por los cuales los sujetos dan sentido, o no, a su experiencia en situación social, o como el análisis de las situaciones sociales (estructuras y dinámicas) a través del significado que los sujetos y los colectivos implicados les confieren”.

Algunos de los elementos distintivos de este enfoque son: la importancia de ligar los fenómenos sociales con su vivencia por parte de los actores; la pertinencia de explorar la subjetividad, consciente e inconsciente, para el conocimiento de dichos fenómenos; el abordaje de la tensión entre la racionalidad instrumental y la búsqueda de sentido, sin eludir un enfoque crítico ante el riesgo del idealismo y del subjetivismo; la implicación del investigador; la coproducción entre individuo y sociedad; la orientación a trabajar lo más cerca posible de la vivencia de los actores; la articulación entre análisis, investigación e intervención; el manejo ecléctico de métodos de investigación y de aproximaciones teóricas; la combinación de métodos cualitativos y cuantitativos; la orientación hacia varios niveles de atención entre el individuo y lo inter-social o la apertura hacia otras disciplinas (Yzaguirre y Castillo Mendoza, 2013).

Se puede considerar, salvando las diferencias, un antecedente de este enfoque que pondera la importancia de la interacción y de la escucha activa a través de las dinámicas de grupos, el dispositivo desarrollado en torno a los "Grupos Balint" (Balint, 1973; Tizón, 1998).

Por todo ello, nos parece un enfoque especialmente pertinente para profundizar en las consecuencias sobre el trabajo de los MAP que tiene el Proceso de Prescripción de Medicamentos y, en particular, para llevar a cabo investigaciones – intervenciones en torno a los Médicos de Atención Primaria, para que puedan comprender mejor los condicionantes psicosociales a los que están sometidos en su trabajo, buscar estrategias para gestionarlos y neutralizarlos, y lograr así mejorar tanto su práctica profesional como su vivencia y calidad de vida profesional, cuestiones que hemos empezado a abordar en distintos trabajos (Yzaguirre, 2013a, 2013b). Asimismo, este enfoque facilita la utilización de las herramientas cualitativas como si fueran un bricolaje al servicio de "dar la palabra" a los agentes, lo que hemos aplicado en estudios con menores donde es especialmente difícil y delicado dar la palabra (Yzaguirre, 2014b).

7.2.- La industrialización social de la prescripción médica.

Supongo que nos ocurre a todos los investigadores que según avanzamos en nuestra investigación, se producen ciertos saltos en los cuales superamos etapas de linealidad de nuestro estudio para incorporar nuevos escenarios conceptuales más elaborados. Este apartado sin duda corresponde a uno de esos momentos en el avance de nuestra investigación. En el verano de 2010 vimos la limitación de los términos medicalización e industrialización de la salud, comprendiendo que un término que podía expresar mejor el proceso de medicalización, la utilización industrial de la salud y el papel de los medicamentos en todo ello, es el de “industrialización social de la prescripción médica”. Con esta denominación, creemos que se recoge la dimensión estructural de la prescripción y el papel que juega en las sociedades modernas al servicio de la industrialización instrumental de la vida social (y de la industrialización del cuerpo nacional) del Estado del bienestar.

Tras una búsqueda -no exhaustiva- de artículos con los términos "industrialization of (medical/drug) prescription", obtenemos nulos resultados. Al buscar "industrialización de la prescripción médica" obtenemos la “Historia de la medicina peruana en el siglo XX” (Salaverry, 2000), en cuya página 1.033 cita la “industrialización de la prescripción médica” referida al cambio de preparación de las medicinas como fórmula magistral a píldora producida industrialmente: se abandona la fórmula magistral y se imponen los productos fabricados industrialmente. A partir de

esta noción, pretendemos ir más allá para afinar la caracterización del Proceso de Prescripción de Medicamentos.

Además de lo expuesto por Salaverry, con esta nomenclatura podemos relacionar distintos elementos que se han ido subrayando, tales como la medicalización de la vida, la industrialización de la salud, el tratamiento al que es sometido el cuerpo nacional por el Estado del bienestar, las críticas a las farmacéuticas que representan a la gigantesca industria productora de medicamentos, el MAP (condiciones de trabajo, contexto de su prescripción, influencias a las que está expuesto, pérdida de sentido, contradicciones), el rol de prescriptor y, finalmente, el *Esquema Prescriptivo*.

¿Por qué hablar de "industrialización"? Porque con esta expresión designamos no sólo el papel central de la industria química en la fabricación de medicamentos, sino que hacemos énfasis en su producción en masa y en su seriabilidad, no sólo para la sociedad de consumo, sino para la "ciudadanía de masas", es decir, para la gestión industrial de la ciudadanía. Pero aún hay algo más, y es el énfasis en las dimensiones del consumo generalizado ante cualquier situación molesta de la vida y la presencia constante de mensajes publicitarios que rodean al mundo del medicamento, así como la situación de industria estratégica que ocupa en muchos países occidentales y el papel de legitimación social del sistema gracias a la prescripción de "píldoras del bienestar".

El uso del término tiene para nosotros una influencia del campo de la cultura, donde se habla de manera creciente de la "industrialización de la cultura" (Yzaguirre, 2009: 111). Esta denominación incluye la fuerte influencia de la tecnología (industria cinematográfica, reproducción de imagen y sonido por diversos sistemas, internet...), así como el consumo de masas a través de la serialización de la obra de arte, elementos que mantienen un paralelismo con el mundo del medicamento. No se trata, por tanto, de caracterizar simplemente de industrial el mundo del medicamento, sino de algo más, de enfatizar los modernos procesos de industrialización que calan más allá del consumo de bienes y servicios para entrar en el terreno de la instrumentalización del sistema capitalista y sus mecanismos de reproducción.

¿Y por qué hablar "de la industrialización social de la prescripción médica"? Porque no es en sí la producción mecánica (química) del medicamento lo que queremos caracterizar al acercarnos al estudio de su utilización en la atención primaria, sino más bien la producción instrumental de prescripciones como un acto netamente social atravesado por el consumismo, los avances científicos y tecnológicos, y las concepciones del Estado del bienestar y de la salud.

Cabe recordar lo que señalábamos en el apartado dedicado a la medicalización de la sociedad y al concepto de “medicina del cuerpo social”. Es en esta dimensión en la que queremos situar el proceso instrumental de prescripción de medicamentos, y por ello cobra más sentido hablar de industrialización social de la prescripción, porque lo que tratamos de transmitir es el papel que juega la prescripción dentro de la medicalización de la sociedad y del ejercicio de esta medicina del cuerpo social que hace de la prescripción una herramienta no ya médica, no ya de salud pública, sino una herramienta instrumental de Estado y de gestión de la paz social.

Lo que nos ha impactado, y esto es lo que hemos descubierto y lo que queremos transmitir, son las condiciones absolutamente extraordinarias en las que se produce la prescripción de medicamentos, tanto por su magnitud cuantitativa (recordemos el dato de 958 millones de recetas facturadas en 2010 en España), como por las enormes presiones “irracionales” que caen sobre el Médico, que es el profesional que emite la receta, colaborador necesario -muchas veces incómodo y algunas veces rebelde- de la Industria Farmacéutica y legitimador imprescindible de las políticas. Y estas condiciones, en medio de una gran confusión, con un desbordamiento de la información... facilitan la “malicia sanitaria” en el sentido señalado por Gérvas (2007: 93): la ignorancia, la ingenuidad, la imprudencia, las falsas conclusiones a través de medias verdades, interpretaciones sesgadas, simplificaciones inciertas... En medio de esta malicia sanitaria, imposible de clarificar dada la confusión interesada que reina en el terreno médico y en el inmenso entramado en el que se mezclan ciencia e industria, medicina y consumo, encontramos a un funcionario público -el MAP- que debe validar una receta cuyo fin último va más allá del tratamiento de un enfermo; es el “soma” del ciudadano. Y la prescripción medica cobra la dimensión de prescripción institucionalizada y serializada.

El Médico es la barrera de contención, hasta donde puede, en el encuentro de dos titanes: la maquinaria industrial y comercial, por un lado, y las expectativas y demandas de la población, por otro, bajo la atenta mirada de Zeus, encarnado por el Estado, que trata de legitimar un modo de vida. Y en ese ejercicio de barrera, sobre el cual interviene decisivamente el propio Sistema Nacional de Salud y sus problemas de gastos y calidad asistencial, se acaba produciendo una contaminación del desempeño profesional que provoca su desintegración: se despersonaliza la decisión y se “descientifica” la elección del tratamiento.

Este proceso de industrialización social de la prescripción médica se hace posible por la preponderancia del paradigma biomédico, ya que se basa en la jerga técnica, en los indicadores, en las medidas cuantitativas, en los ensayos clínicos... es decir, en fenómenos biológicos individuales que se manejan de manera instrumental, sin considerarse el contexto social, y la dimensión comunicativa. La contextualización de un fenómeno en el entorno social tiene la virtud

de romper la visión meramente instrumental y contabilizadora, la serialización de los fenómenos, para ir más allá de lo cuantitativo, en busca de la dimensión cualitativa y de una comprensión más amplia del Hombre. En la industrialización social de la prescripción médica lo que se produce es el matrimonio entre el paradigma biomédico y el sistema capitalista y tecnológico, para alumbrar productos de diseño que vienen a satisfacer necesidades también de diseño, demarcadas por "médicos tenderos" a las órdenes de la Industria Farmacéutica. Lo peor, posiblemente, sea que en este proceso se convierte al hombre, con el beneplácito del Estado, en un enfermo consumista, en una planta enferma cuyos frutos son recetas, y a la Industria Farmacéutica, en un latifundista.

En 1975, en una editorial del American Journal of Public Health titulada "Los médicos y las presiones de la industrialización"[18], Brooks (1975: 182) profetizó "clarividentemente" el profundo cambio que estaba experimentando la práctica de la medicina. Compara Brooks al Médico americano de mediados del siglo XX con los artesanos de élite del siglo XVIII en Inglaterra y Francia, y habla de una resistencia a la industrialización de los Médicos de hoy al igual que se resistieron los artesanos de antaño, si bien los cambios tecnológicos y la demanda social lo hacen inevitable:

> *La creatividad independiente de la medicina estadounidense no industrializada, que es tan gratificante para el médico individual y su paciente, no cumple con las necesidades de una sociedad industrializada... Que la industrialización de los cuidados de salud de América se producirá... es inevitable* (Brooks, 1975: 183)

Brooks anuncia la conformación de un nuevo Médico "post-industrial" al que denomina "fisiócrata". En nuestra opinión, esta visión de Brooks es un adelanto de la situación del Médico de Atención Primaria actual, que hoy vive en su práctica diaria los efectos de la industrialización de la prescripción médica como un efecto más del proceso de industrialización de la salud.

El MAP es literalmente trasladado "a empujones" a una escenografía industrial e instrumental: emitiendo, cada uno de los aproximadamente treinta mil MAP que hay en España, bastante más que 100 recetas al día de media, es decir, más de novecientos cincuenta millones de recetas al año, convirtiéndole en un engranaje más de la maquinaria de la sociedad industrial capitalista.

Para que este proceso de industrialización social de la prescripción médica se produzca, es preciso que coadyuven varios elementos. Uno de ellos lo tomo del Dr. Gérvas (2007: 93), ya que es precisa cierta malicia sanitaria, ciertas actividades "sospechosas" desde el campo médico para que prospere esta industrialización. Pero también son precisos muchos más elementos que

[18] Physicians and the pressures of industrialization

hemos ido recorriendo en la tesis: “malicia ciudadana”, percepciones de salud, medicamento como panacea universal, condiciones de trabajo del MAP, visitador médico, prescripción inducida, todas las influencias irracionales, etc.

Y además de hablar de la transformación de los pacientes en “el combustible” del Sistema Sanitario (Gervas, 2007: 94), vamos más allá y afirmamos que cabe hablar de verdadera transformación de los pacientes en plantas cultivadas en el invernadero de la opulencia cuyo fruto son recetas, pruebas diagnósticas, tratamientos y, haciendo un guiño a Foucault, ciudadanos enfermos dependientes y controlados por el Estado.

Como todo proceso excesivo (y este de la industrialización de la prescripción médica lo es), encontramos a muchos profesionales que denuncian la situación desde dentro del SNS:

> *La medicina puede hacer mucho bien, pero puede también hacer mucho daño, más por acción que por omisión... el médico es la última barrera que le queda al paciente y a la sociedad frente a una presión que “explota” el deseo inveterado de la eterna juventud, con la exigencia del “todo, aquí y ahora”* (Gérvas, 2007: 95).

En Gérvas, y en su resistencia y denuncia, vemos reunidas algunas claves de la industrialización de la prescripción: nos encontramos con un profesional de la atención primaria, exponente del campo objeto de la industrialización, que denuncia el mal que puede inferir su profesión y otorga al Médico un papel central para evitar ese mal. ¿En qué se ceba ese mal? En la explotación de los deseos. Exactamente lo que persigue todo proceso de industrialización moderno: la explotación de las “necesidades”, combustible de nuestro modelo consumista que ha puesto el acento de la experiencia de la vida en producir y satisfacer deseos a través de la adquisición de bienes y servicios.

Ya ocurrió antes con la industrialización de la cultura, uno de cuyos grandes exponentes es el cine. La “fábrica de sueños”, que gracias a su “seriabilidad” convierte la obra de arte en algo reproducible hasta el infinito, es decir, en un producto de masas que vivirán una experiencia de inmediata satisfacción de sueños, anhelos y deseos. La entrada del cine es a la receta del Médico como el anuncio de una película es a la publicidad sobre una dolencia (y su posible remedio, claro); la promesa de la experiencia que nos va a suponer un nuevo film es sólo comparable a la libertad y satisfacción que vamos a obtener con un nuevo remedio; pero para ir al cine no tenemos que pasar por las manos de ningún prescriptor, tan solo por las del soporte publicitario que dispara en nosotros el deseo de compra del ticket. Por eso, para cerrar el círculo de la industrialización de la salud y la producción de medicamentos, ha sido preciso abordar una operación muy

complicada: la industrialización social de la prescripción médica.

Gérvas reclama a sus compañeros de atención primaria, que no hagan como los Médicos maliciosos y/o ignorantes y/o imprudentes que prestan "esa atención sumada y enredada que recomiendan las múltiples guías". Lo que está pidiendo, en nuestra opinión, es que cese la alocada carrera de la seriabilidad en la toma de decisiones médicas para evitar "las consecuencias de las intervenciones innecesarias o excesivas del Sistema Sanitario":

> *Hacer prevención cuaternaria es decir "no" a muchas propuestas francamente indecentes, y ofrecer alternativas prudentes y científicas... La prevención cuaternaria no intenta eliminar sino sólo atemperar la medicalización de la vida diaria, pues una parte de la dicha medicalización es ajena al acto médico y tiene profundas razones sociales, culturales y psicológicas... Hacer prevención cuaternaria en la consulta es cumplir con el objetivo científico de la medicina, que busca "la máxima calidad con la mínima cantidad"...* (Gérvas, 2007: 95)

Rettig (2000: 130) puso de relieve lo que denomina la "industrialización de la investigación clínica", en especial refiriéndose a los ensayos clínicos, al haberse convertido en una línea de negocio de gran magnitud y rápido crecimiento. Este proceso lo liga directamente a varios elementos preocupantes que en los últimos años se han hecho habituales en el campo de la investigación clínica, como son diversas polémicas sobre la protección de seres humanos, el pago a Médicos para reclutar pacientes que formen parte de ensayos clínicos, la retirada de medicamentos (que habían sido aprobados) del mercado y la cuestión de la publicidad del resultado de los ensayos. Y todo ello en el contexto de una petición del autor:

> *una mayor transparencia en el comportamiento del patrocinio tanto público como privado de los ensayos clínicos* (Rettig, 2000: 130).

Al hablar de "industrialización de la prescripción médica", nos encontramos en un contexto similar al analizado por este artículo, en un campo íntimamente ligado al del medicamento, como es el de la realización de ensayos clínicos, que son prueba científica de la eficacia de los nuevos medicamentos. La complejidad que entraña un ensayo clínico, los controles que comporta, la participación de equipos multidisciplinares que requiere, etc. son elementos que, al hablarse de su industrialización, hacen factible que igualmente se pueda pensar en la industrialización de la prescripción médica, que al fin y al cabo es un proceso más sencillo, que depende de un único profesional. De alguna manera, la prescripción médica sería hija de la investigación clínica, que ha dado lugar a:

> *la aparición de una industria completamente nueva, la industria de investigación por contrato, que se ocupa principalmente de la gestión de los ensayos clínicos para la industria farmacéutica* (Retting, 2000: 131)

La investigación clínica es fundamental para que toda la investigación biomédica se traslade a la práctica clínica antes de que pueda ser aplicada a la generalidad de los pacientes. De manera similar, el papel del Médico como prescriptor es clave para que un diagnóstico sea seguido por el tratamiento más adecuado y la prescripción del medicamento -o de otras terapias- que científicamente responda mejor, y al menor coste, para combatir la enfermedad del paciente. Al igual que el artículo mencionado demanda una mayor transparencia y un cuidado seguimiento del proceso de industrialización de la investigación clínica, es preciso darse cuenta del proceso de industrialización social al que está sometida la prescripción, para poder estudiarlo en toda su dimensión, conocer el conjunto de los factores que intervienen, las posibles desviaciones de una prescripción racional y, por encima de todas las cosas, para estar más cerca del profesional sobre el cual pivota todo el proceso, cuya práctica médica resulta fundamental para la buena salud de los ciudadanos y la optimización de los recursos públicos.

Bittker (1985: 149) denunciaba, en el contexto de la psiquiatría norteamericana, que los excedentes de Médicos y la escalada de los costos de atención sanitaria, estaban propiciando una alianza entre el gobierno, las corporaciones norteamericanas y las aseguradoras de salud, que inspiraban la "industrialización de la medicina". Como ejemplo, citaba que entre 1965 y 1981, los gastos en salud en EEUU se incrementaron de un 6% a un 9,8% del Producto Nacional Bruto y los gastos *per cápita* pasaron de 211 a 1.225 $EEUU anuales, un 580% de incremento en dieciséis años. Lo que estaba poniendo en evidencia era la transición de una práctica artesanal, a un complejo sanitario industrial, con una creciente influencia en la economía de la salud por parte de las grandes empresas que venden servicios sanitarios con fines de lucro.

En este proceso de industrialización, Starr (citado por Bittker, 1985: 150) señala cinco dimensiones del avance de la medicina corporativa: un traspaso, en el tipo de propiedad y control, desde las organizaciones gubernamentales y sin ánimo de lucro, a las empresas que buscan el beneficio por cuidados de salud; un proceso de integración horizontal en detrimento de las instituciones libres; una diversificación y reestructuración de las empresas desde un modelo de unidad única a otro de conglomerados, sociedades de cartera e incluso cohabitación de filiales sin ánimo de lucro con otras pro lucro, actuando en una gran variedad de diferentes mercados de los servicios de salud; un proceso de integración vertical, cambiando de un sólo nivel (como los hospitales de enfermos agudos), a las organizaciones de salud que abarcan las distintas fases y niveles de atención; y una creciente concentración de la propiedad y el control de los servicios de

salud en mercados cada vez mayores (regional, nacional, internacional).

En sus conclusiones, Bittker (1985: 153) advierte de que, en el intento de rentabilizar el complejo sanitario en su proceso de industrialización, se puede producir la exclusión de pacientes, por ejemplo aquellos que requieren una atención más intensa y continua. En la nueva era que augura, y que deberá superar la actual, Bittker concluye que se deberá enfatizar la alianza entre Médico y paciente; se producirá la descentralización de los recursos y el acceso libre a la información técnica; y se reforzará el contacto humano y el trabajo en red en lugar del aislamiento. En esta nueva era, la medicina deberá orientarse más a la prevención que a la cura, y hacia el compromiso del propio paciente más que a su dominación mediante el proceso del tratamiento.

Este artículo de Bittker tiene ya 25 años, y no parece haber perdido vigencia, todo lo contrario, exceptuando que su anunciado cambio de era no llega, aunque sus propuestas siguen vigentes.

7.2.1.- La Teoría Crítica y el industrialismo.

Es preciso explicitar que nuestro análisis del medicamento y del proceso de prescripción nos ha llevado a una reflexión crítica en torno a la industrialización y sus contradicciones, lo que hace necesaria una referencia, aunque sea breve, a la Teoría Crítica. Ésta fue desarrollada por la Escuela de Frankfurt a partir de los años 20 del siglo pasado. Son miembros destacados Horkheimer, Adorno, Fromm, Marcuse, Habermas. Para este acercamiento, nos apoyaremos en las aportaciones de algunos de sus protagonistas y en el trabajo que Enrique Ureña (2008) dedica a Habermas.

Al hablar de industrialización, es obligado citar a Marx, quien puso al descubierto el *inhumanismo* de una sociedad en la que una gran parte de los hombres eran tratados como cosas y bestias por el sistema económico. Marx va más allá del análisis económico para profundizar en el carácter antisocial del sistema capitalista de producción, evidenciando que bajo los ideales de libertad y justicia se ocultaban la esclavitud y la opresión. La Teoría Crítica es heredera de la crítica marxiana y está movida por la irracionalidad y la barbarie de la sociedad contemporánea:

> *Los avances en el ámbito de los medios técnicos se ven acompañados de un proceso de deshumanización. El progreso amenaza con destruir el objetivo que estaba llamado a realizar: la idea del hombre* (Horkheimer, 2002: 43)

Otra cuestión que interesa a la Teoría Crítica es la contradicción entre lo que pretende ser

la burguesía y sus valores de libertad y justicia, con lo que era en realidad; una lucha de intereses particulares, mientras una parte importante de la población se mantiene esclava y pobre, actuando el ropaje legal de velo engañoso ante esas contradicciones. La Teoría Crítica tiene en cuenta las cuestiones de valor; no hay teoría desligada de los juicios de valor. Su estudio parte de la idea de que los avances técnicos han sido acompañados por un proceso de deshumanización

Las problemáticas de las que se preocupa la Teoría Crítica están estrechamente relacionadas con la dimensión estructural de la prescripción y del medicamento. Por ejemplo, se preocupan de cuestiones como que el desarrollo de las fuerzas productivas sea inherente a la organización capitalista de la sociedad e incida imperativamente en su transformación o de que la complejidad creciente del sistema social requiera una capacidad de control de las administraciones públicas que sobrepasa sus capacidades. Lo primero, lo podemos relacionar con la corriente imparable que ha hecho del medicamento un producto de gran consumo, presente en nuestra vida más cotidiana. Lo segundo, con las enormes dificultades de las administraciones públicas para lograr -de médicos y usuarios- un uso racional del medicamento y la contención del gasto que conlleva. Por otra parte, la Teoría Crítica sostiene la idea de que al avance técnico le ha acompañado un proceso de deshumanización, y tal extremo lo hemos podido reconocer en casos como el de las enfermedades olvidadas, el de las patentes de medicamentos esenciales para tratar enfermedades graves como el SIDA en países subdesarrollados, la invención de enfermedades o los medicamentos con fines meramente comerciales *me too*.

Uno de los elementos fundamentales de la Teoría Crítica -marcada por la brutal experiencia del nazismo-, es su crítica de la razón alienada (o razón instrumental) de la sociedad industrial. El nazismo es considerado, por esta Escuela, resultado de la irracionalidad general de la moderna sociedad industrializada. Al hombre de esta sociedad se le ve vegetando, inconsciente de la irracionalidad en la que está inmerso, y sus necesidades son vistas como las que eternizan y consolidan el sistema, en un paradógico ejercicio por el cual los hombres pueden sentirse felices, satisfaciendo sus necesidades, aun cuando en realidad no lo son. Aquí nos encontramos con uno de los elementos clave para una crítica del consumismo.

En cuanto al cientifismo, elemento que nos hemos encontrado repetidamente a lo largo de este trabajo, debemos señalar que para Horkheimer el positivismo científico es la consagración teórica de la razón instrumental, desprovista de un sentido de los fines perseguidos. Lo característico de este positivismo no es su metodología, sino su *idolización* como único criterio de verdad y de cientificidad. Esta misma idea la trabaja junto a Adorno:

En el camino de la ciencia moderna los hombres renuncian al sentido (Horkheimer y Adorno,

2003: 61)

La crítica al industrialismo que lleva a cabo Horkheimer (2002) cuando escribe en 1961 *Critique of Instrumental Reason*, es de aplicación a los excesos, la irracionalidad y la problemática actual que existe en torno al medicamento. El medicamento, debería responder al elevado objetivo de curar enfermedades al menor coste posible, dentro de un proceso científico que justifique el sentido de su utilización, pero la lógica del sistema capitalista y las formas en que se producen la producción y la comercialización de los medicamentos, así como su papel en el Estado del bienestar, hace de ellos un instrumento más al servicio de la razón instrumental y un producto más del progreso técnico al servicio de las "necesidades" humanas:

> *Este entramado se convierte en absurdo tan sólo cuando los hombres convierten el esfuerzo, la investigación y la invención en ídolos... el culto al progreso lleva a lo contrario del progreso... La decadencia del individuo no debe ser achacada a los logros técnicos del hombre, ni menos al hombre mismo… sino más bien a la estructura y contenido actuales del "espíritu objetivo", del espíritu que gobierna la vida social en todos sus ámbitos (*Horkheimer, 2002: 162)

La irracionalidad en el uso del medicamento llega a enfrentar -en el reparto de recursos- las necesidades de bienestar de unos pacientes contra las necesidades de salud de otros y los intereses comerciales de unas farmacéuticas contra los intereses presupuestarios públicos. Al desdibujarse el sentido originario de la asistencia sanitaria, al entrar en juego las expectativas de los pacientes, el uso de la tecnología, el papel de la industria, el papel de las administraciones públicas, la píldora del bienestar..., en torno al medicamento acaban confluyendo fuertes contradicciones que responden a las críticas de Horkheimer que, en última instancia, apuntan hacia ese espíritu objetivo que gobierna la vida social, lo que nos permite ligar una problemática concreta como la del medicamento con la crítica social:

> *En nuestra época el espíritu objetivo adora la industria, la técnica y la racionalidad, sin principio alguno capaz de conferir un sentido a estas categorías; refleja la presión de un sistema económico que no permite pausa ni evasión alguna (*Horkheimer, 2002: 162)

Uno de los momentos cruciales de la Teoría Crítica es la obra *Dialéctica de la Ilustración*, de Horkheimer y Adorno, publicada por primera vez en 1947, en la que exponen la tesis de que la Ilustración, impulsada por el enorme desarrollo de las Ciencias de la Naturaleza, llevó a cabo la desmitologización del mundo, liberando al hombre de una Naturaleza regida por la Divinidad. Pero con ello ha provocado la cosificación del espíritu humano y la dependencia y esclavitud del hombre de la maquinaria científica. Dicho de otra manera, el hombre, que quiere superar a los

dioses que le dominan, a la naturaleza y a lo desconocido que lo atenazan, logrará esa liberación mediante la razón. Y al adoptar a la razón como instrumento, ésta le convertirá en dominador de la naturaleza, y finalmente en dominador. En el camino de convertirse de dominado en dominador, el uso de la razón como herramienta instrumental provocará la disolución de los mitos, la entronización de la ciencia, la explotación de la naturaleza y el desencantamiento del mundo:

> *La Ilustración se relaciona con las cosas como el dictador con los hombres: las conoce en la medida en que puede manipularlas, someterlas... la mimesis -imitación de la naturaleza- es desplazada por el dominio, que ahora se convierte en principio de todas las relaciones* (Horkheimer y Adorno, 2003: 64)

En una sociedad en la que el desarrollo de las fuerzas de producción ha perdido su carácter crítico de ilustración política y se ha convertido en fundamento de legitimación ideológica; en una sociedad donde la razón técnica -razón instrumental basada en el saber acumulado-, se independiza del marco institucional religado a la razón comunicativa -aquella mediada por símbolos y basada en las normas morales acumuladas en la tradición cultural-; en una sociedad donde los medicamentos caen bajo la razón instrumental, éstos se acaban convirtiendo en una cosificación de la ideología que rige el mercado con base en el desarrollo científico-técnico. Por ello, como hemos introducido anteriormente, podemos ver las píldoras medicamentosas como un símbolo de la comunión con esa ideología, con la industrialización y con la estrategia de dominación. En una sociedad así, igual que la ciencia suplantó de alguna manera a la religión en la interpretación de la naturaleza, el medicamento suplanta a la hostia como símbolo de comunión con el sistema de legitimación vigente, abundando en lo expuesto en el apartado 7.1.1.

Ureña (2008) propone un sencillo esquema de entradas y salidas en su análisis de las tesis de Habermas sobre la crisis de la sociedad capitalista avanzada. Ese esquema se basa en tres bloques, en el centro está el sistema político-administrativo que es el dominante, y a ambos lados se encuentran el sistema económico y el sistema sociocultural. El funcionamiento básico de este esquema es que el sistema político-administrativo da al sistema económico permiso de manipulación y recibe a cambio entradas fiscales, mientras que el sistema político-administrativo da prestaciones socioestatales al sistema sociocultural y recibe a cambio la lealtad de la masa (Ureña, 2008: 132), lo que podríamos llamar la “paz social”. Encontramos en este esquema cierto paralelismo con el Proceso de Prescripción de Medicamentos y se podría representar así: En el centro tendríamos al Sistema Nacional de Salud, representante del sistema político-administrativo; a través de su competencia autoriza la investigación, producción y comercialización de medicamentos, a cambio de lo cual va a obtener unas entradas fiscales pero también unos productos que interesan a la masa; a su vez el SNS oferta prestaciones sanitarias, soluciones a

las “necesidades” de la masa que, a cambio, concede legitimidad al Estado. Es decir, todo se salda con un intercambio de racionalidades entre la innovación técnica y el consumo, que al satisfacer el ideal de salud basado en la obtención de una “píldora del bienestar” evita entrar en ningún planteamiento moral -la razón comunicativa- que pudiese cuestionar o criticar el funcionamiento del sistema:

> *El individuo es anulado por completo frente a los poderes económicos. Al mismo tiempo, éstos elevan el dominio de la sociedad sobre la naturaleza a un nivel hasta ahora insospechado.* ***Mientras el individuo desaparece frente al aparato al que sirve, éste lo provee mejor que nunca****. En una situación injusta la impotencia y la ductilidad de las masas crecen con los bienes que se les otorga (*Horkheimer y Adorno, 2003: 54)

En las contradicciones que rodean al medicamento está presente la Teoría Crítica, porque el medicamento está en el mismo centro de las contradicciones de la sociedad del capitalismo de masas. Resulta pertinente un acercamiento dialéctico al papel del medicamento en la sociedad. De una parte, es innegable su aportación para el tratamiento de las enfermedades y el alivio humano; de otra, con la expectativa de lo anterior, se fuerza la esencia bondadosa del medicamento para convertirlo en un producto de gran consumo cuyas aplicaciones van mucho más allá del estricto tratamiento de enfermedades, convirtiéndose en producto industrial y mecanismo ideológico que atraviesa todas las necesidades humanas -en el mundo rico, pues en el pobre se niega incluso como vía para preservar la vida-. Estas contradicciones nos recuerdan a la aporía expuesta en *Dialéctica de la Ilustración*, que enfrenta la capacidad liberadora de la Ilustración consigo misma, convirtiéndola en herramienta de dominación. Si el medicamento es un logro de la técnica y de la ciencia al servicio de los más elevados intereses humanos, también es, bajo sus formas más comerciales e ideológicas, una perversión de esos elevados intereses al servicio del deseo y la volición humanas, y también del Estado en su papel de dar servicios por capacidad de control.

Lo peor no es en sí mismo que haya quien esté dispuesto a comprar ilusiones, lo peor es que el medicamento -y toda su cadena de valor en la que se incluyen el investigador, la industria, el médico, la sanidad pública y el paciente-, está inseparablemente unido tanto a las expectativas de los ciudadanos, como al Sistema Nacional de Salud y a la base misma del Estado del Bienestar.

Al igual que la Ilustración no admite nada desconocido, la ciencia no admite la enfermedad ni el malestar, y se lanza en una loca carrera para erradicarlos de la faz de la tierra. En la medida que la ciencia es capaz de hacer visible la enfermedad, la desviación y las molestias (por ejemplo con una maquinaria diagnóstica cada vez más sensible), las conjura y se pone a buscarles

remedio, muy probablemente mediante la ingestión de un medicamento. Así fluye por nuestra sangre la representación del triunfo de la razón humana sobre lo desconocido; es la prueba de la superación del temor mítico:

> El hombre cree estar libre del terror cuando ya no existe nada desconocido (Horkheimer y Adorno, 2003: 70)

El industrialismo cosifica las molestias para que puedan ser tratadas con medicamentos. Los malos hábitos, la carencia de afecto, las frustraciones, las contrariedades de la vida, los procesos naturales... dejan de ser misterios del alma y pliegues de la vida, para convertirse en cosas dominadas gracias al exorcismo de la razón y la ciencia, representadas por la pastilla como nuevo maná divino que se creía haber relegado. El problema es que esto nos lleva al extremo no ya de perder autonomía frente al dolor, como denuncia Illich; no ya de dar tratamiento a todo aunque no sea propiamente enfermedad; sino a inventar la enfermedad y el malestar para darles una solución, es decir, a crear mitos para experimentar nuestra dominación sobre ellos y entonces sentirnos que lo controlamos todo y que somos verdaderamente libres. Controlamos instrumentalmente todo lo que le pasa a nuestro cuerpo, aunque ello conlleve corporizar, instrumentalizar y cosificar nuestro alma:

> *El animismo había vivificado las cosas; el industrialismo cosifica las almas (*Horkheimer y Adorno, 2003: 81)

¿Cuál sería la salida a todo ello? Atendiendo al análisis de Horkheimer, la salida a este estado de cosas oprimente, es concentrarnos en la historia del sufrimiento y reconciliar la razón subjetiva e instrumental, con la razón objetiva y el espíritu; la razón con la naturaleza. Traducido al campo que nos ocupa del medicamento, en nuestra opinión el camino sería redescubrir la esencia del cuidado de la salud responsable y la prevención, y cuestionar éticamente el uso instrumental de la misma para fines económicos, hedonistas, políticos o consumistas. Y para ello, se podría abordar de manera colectiva, dando la palabra a los actores involucrados, analizando la pérdida de sentido y las contradicciones que encuentran, y dejando que busquen por ellos mismos las alternativas, procedimiento que es abordado desde la Sociología Clínica, mencionada anteriormente.

Lo dicho aquí guarda relación con el desplazamiento estudiado por Clarke et al (2003) de la medicalización hacia una biomedicalización, como vimos en un capítulo anterior.

Para cerrar este capítulo cabe señalar que tanto lo recogido en el presente capítulo, como, sobre todo, los capítulos del apartado de Conclusiones de nuestro estudio, ha ido en muchas

ocasiones más allá de nuestro objetivo primigenio. Lo que en origen era un estudio descriptivo de un interesante y complejo proceso profesional, como la prescripción de medicamentos, y una caracterización de su entorno, nos ha abierto -según hemos ido avanzando- un vasto campo de estudio en el que se dan la mano, con cercanía, la psicosociología con la macrosociología. El reto ha sido más grande de lo esperado, pero hemos intentado estar a la altura y, al menos, profundizar lo suficiente como para dejar abiertos nuevos campos de investigación.

En las entrevistas con los MAP realizadas para esta tesis, hemos constatado esa cercanía de lo micro y lo macro, encontrando en el discurso analizado una convivencia constante entre referencias a micro procesos (como el de la prescripción inducida), con macro conceptos como el de bienestar, sociedad hedonista o concepciones de la salud, llevándonos todo ello de manera creciente a la convicción de que alrededor del mundo del medicamento se está librando una auténtica batalla entre agentes de la talla de la ciencia y el mercado; el bienestar y la escasez de recursos; derechos y deberes; el concepto de salud como salvación y el de salud como felicidad integral; las necesidades básicas y la opulencia; el conocimiento y el sentido de su aplicación...

En este contexto, abrumador, en el que nos hemos ido sumergiendo según avanzábamos en nuestra investigación, cada vez se nos ha hecho más evidente la necesidad de enmarcar nuestro modesto estudio en un gran escenario, saliendo de la consulta del Médico para encontrarnos con el complejo mundo de la medicalización de la sociedad y de la sociedad industrial. Con este capítulo, no hemos querido sino tan sólo apuntar que en la senda inductiva que hemos seguido, nuestros pasos no hacían nada más que ascender y ascender hacia la sociología de la salud, del medicamento y del conocimiento, topándonos, de una manera no calculada, con uno de los más grandes procesos de nuestra sociedad, el de la industrialización, al que nos hemos aproximado a partir del estudio de un caso, el de la prescripción médica, a través del cual hemos experimentado la conexión entre el trabajo de campo y la teoría.

Con este capítulo, damos por finalizado el primer apartado de la tesis (teórico) y pasamos al segundo en el que se presentarán los resultados de una investigación empírica basada en el análisis de las entrevistas en profundidad que hemos realizado a Médicos de Atención Primaria, y otros profesionales, en torno al Proceso de Prescripción de Medicamentos.

II INVESTIGACIÓN EMPÍRICA

8.- EL PROCESO DE PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS EN ATENCIÓN PRIMARIA: APROXIMACIÓN EMPÍRICA.

La extensión dedicada al apartado teórico ha sido necesaria para profundizar en la vastedad del marco en el que se desarrolla el Proceso de Prescripción de Medicamentos, sin cuyo completo recorrido no habría sido posible una elaboración conceptual como la que se ha pretendido llevar a cabo. El apartado empírico que sigue no es complemento del anterior teórico, más al contrario, es el motor y el sentido de la tesis, si bien ambos apartados han corrido en paralelo, enriqueciéndose mutuamente según avanzábamos en nuestro análisis.

El inicio de esta tesis fue la participación del tesinando en una investigación previa. Cuando terminó los cursos de doctorado se incorporó a una investigación de la Agencia para la Formación, Investigación y Estudios Sanitarios de la Comunidad de Madrid Pedro Laín Entralgo, a instancias de la Dirección General de Farmacia de la Comunidad de Madrid. Dicha investigación giraba en torno al cambio de patrones de prescripción de los Médicos de Atención Primaria. El gasto por las recetas es enorme y una de las prioridades de la Consejería de Sanidad es su contención, al tiempo que se pretende mejorar la calidad asistencial. Aquella investigación multidisciplinar, que acabó dirigiendo al tesinando hacia el estudio, diseño y preparación de una intervención tipo “outreach visit” en MAP, cuyos fundamentos se recogen en uno de los Anexos de este estudio, nos puso en relación con el mundo médico y la porescripción. A esa cercanía se le sumaron la realización de varios cursos de técnicas cualitativas que impartía la propia Agencia. Fue entonces cuando el tesinando inició su propia investigación entrevistando a diversos Médicos de Atención Primaria a propósito del proceso de prescripción. La riqueza de los primeros resultados y el replanteamiento continuado de la investigación fueron marcando un camino que logró consolidarse gracias al apoyo recibido por el Departamento de Psicología Social de la UCM a través de los directores de la tesis.

8.1.- Teoría Fundamentada.

Al estudiar el mundo del medicamento en el ámbito de la Atención Primaria, es habitual

hacerlo desde un punto de vista farmacéutico, y a menudo también médico y económico, refiriéndose a los compuestos químicos, su producción y distribución, sus aplicaciones, su coste, su comercialización, patrones cuantitativos de prescripción, variaciones y un largo etcétera. Ahora bien, cuando la aproximación es sociológica, un camino natural es utilizar técnicas cualitativas para conocer sobre el terreno las percepciones de los actores implicados e intentar descubrir percepciones, opiniones, patrones y tendencias que caractericen dicho comportamiento. Eso fue lo que originó la presente tesis, el hacer un estudio descriptivo de las percepciones y opiniones de los Médicos de Atención Primaria sobre el proceso de prescripción y sus influencias.

Un primer resultado de este enfoque fue definir el objeto de nuestro estudio empírico como un análisis cualitativo del "proceso de prescripción". En medicina, el proceso que se considera clave es el diagnóstico, el cual da lugar a la prescripción. En nuestro estudio sociológico, la clave se centró en la prescripción, pero no como un resultado digamos "unívoco" o "mecánico" tras el diagnóstico, ni tampoco como una aplicación puramente "científica" de conocimientos aplicados al diagnóstico a partir del vademécum, sino que fue mucho más allá, hacia el vasto horizonte que se fue abriendo ante nosotros conforme fuimos hablando con los profesionales y, de manera paralela, revisando la literatura sobre la salud, el medicamento y la prescripción según se ha expuesto en los capítulos anteriores. Esto ha permitido que el apartado teórico se fuera enriqueciendo con conceptualizaciones germinadas al calor del análisis del material empírico, y que la investigación empírica, a su vez, permitiera un grado de elaboración conceptual suficiente para enunciar "pequeña teoría" como veremos a en los capítulos siguientes.

Antes de abordar la investigación en sí, haremos una breve incursión en la Teoría Fundamentada como nuestro marco metodológico de referencia, comenzando por citar el interaccionismo simbólico, que es la corriente de la microsociología desde la que se impulsó la primera.

El interaccionismo simbólico aborda cuestiones de la siguiente índole: cómo se llega a formular una enfermedad; la experiencia de tener una dolencia o estar enfermo; la organización de la profesión médica; la manera en la cual las políticas de salud son producidas; el trabajo en los hospitales… En todas estas áreas, los estudios de la sociología de la medicina, la salud y la enfermedad brindan un microcosmos de estudio de la sociedad. No se trata de decir a los Médicos cómo hacer su trabajo, sino de estudiar la práctica de la medicina buscando patrones en los tratamientos, diagnósticos y prescripciones que pueden ser debidos a características o condicionantes sociales. Por ejemplo, qué se puede decir del grupo al que pertenece el individuo enfermo y de los riesgos que comporta dicho grupo que puedan estar relacionados con su enfermedad; su posición respecto a los beneficios sociales que garantizan la calidad de vida; la manera en que se etiqueta una enfermedad como una manera de control social; cómo se llega a

ser catalogado como enfermo y cómo se es tratado, etc.

George Herbert Mead fue el principal fundador del interaccionismo simbólico, perspectiva que se interesa por "la interacción entre el actor y el mundo" y "lo que ocurre entre el estimulo y la respuesta" (Ritzer, 1998: 215). Véase también Garrido y Álvaro (2007). La ciudad de Chicago (EE.UU.), fue el escenario de su constitución teórica. La escuela de Chicago fue la pionera en investigación cualitativa. El origen del proyecto interaccionista (y fenomenológico y etnometodológico), reside en la aparición en los años 50-60 de importantes debates en torno a la filosofía de la ciencia. Coincide con la crítica a la sociología basada en métodos de ciencias naturales y cuantitativas. Las normas sociales no son preexistentes, como pensaban los positivistas sino que están en eterno proceso de construcción, por ello los métodos de las ciencias naturales no son apropiados para las ciencias sociales. Mead, otorga especial importancia al lenguaje en tanto potencia transformadora del ámbito social, inscribiéndose dentro de un paradigma interpretativo. Además del hecho de que el sujeto social surja de una relación interpersonal en un contexto, el individuo mismo es una construcción y una estructura social. El seno sociocultural posibilita la comunicación simbólica y por medio de ella, el surgimiento de la interioridad misma de cada persona. Las relaciones humanas se construyen en la interacción misma, en la que interviene, además, el factor simbólico en la medida en que esta interacción está atravesada por símbolos significantes.

Esta corriente se originó en el departamento de sociología de la Universidad de Chicago en los años 20 (la escuela de Chicago), inspirada en la filosofía americana del pragmatismo y en los métodos de campo de la antropología. Empezó a cobrar importancia entre 1960 y 1970, como crítica al materialismo de Marx y al funcionalismo de Parsons, poniendo en el centro del esfuerzo sociológico las actividades, las experiencias y la comprensión humanas. Es responsable de algunas técnicas de investigación como la observación participante o la investigación etnográfica, la Teoría Fundamentada -dentro de la cual se podría clasificar esta tesis doctoral- y la fenomenología.

El interaccionismo simbólico niega que la estructura social (o las necesidades de la sociedad, en general) lleguen a determinar o a moldear de forma significativa las actividades humanas individuales, lo que le distancia del marxismo y el funcionalismo. Si acaso, se contempla una "estructura social objetiva" que existe pero no juega un papel importante en el análisis de la vida social. Se centra en las decisiones individuales y diarias de las personas; para los interaccionistas la vida social está construida por los propios individuos y sus interacciones entre ellos, no por una entidad externa e impersonal. Mead dice que las instituciones sociales y las estructuras no determinan el comportamiento sino que:

...tendrían que definir los patrones socialmente responsables de la conducta individual, pero

> *tan sólo de una manera muy amplia y general, permitiendo muchas oportunidades de originalidad, flexibilidad y variedad de tales conductas* (citado por Bissell y Morgall, 2005: 55)

El propósito de la sociología es, desde esta perspectiva, documentar cómo las personas construyen y dan sentido a sus vidas a través de la interacción. Estudiar los significados que la gente imbuye a los eventos que vive y que vienen a dar sentido a su interacción con otros. Blumer dirá:

> *El significado… se deriva de, y sale de, la interacción social que tiene uno con sus compañeros… los significados se introducen y modifican a través de un proceso interpretativo utilizado por la persona para lidiar con las cosas que se encuentra* (citado por Bissell y Morgall, 2005: 61)

Para los interaccionistas, los significados de las cosas son frágiles y ambiguos y deben reconstruirse y reforzarse continuamente por sus protagonistas para sostenerse. El tema del significado es un *leitmotiv* dentro de la sociología interaccionista. También lo es el centrarse en el "yo" y en la identidad propia. Hay mucho énfasis en cómo se gestiona el "yo". El "yo" no es una entidad fija, con la cual nacemos, sino que es emergente y en continuo desarrollo. Sin embargo, este desarrollo no parte, como decía Marx, de la relación del individuo con los medios de producción, sino que se basa en la auto-reflexión (un proceso de conversación interna con uno mismo), por la cual el individuo es capaz de otorgarle significado a los eventos de la vida.

El significado es pues construido y aparece en un contexto de interacción con otros. Erving Goffman se refiere a esto como un proceso de "co-presencia". Mediante la interacción, llegamos a percibirnos a nosotros mismos de nuevas maneras y, por otro lado, nos vemos inmersos en un proceso de "manejo de la impresión", sobre el cual Goffman se refiere a representaciones, a la presentación de uno mismo y a la naturaleza "teatral" de la vida social.

Los interaccionistas abogan por una aproximación más empírica, palpable y realista a la investigación social, pero partiendo de la base de que la vida social es un escenario más complejo que la física para analizar la relación entre las variables en juego. No querían utilizar el método científico, sino una metodología nueva y propia exclusivamente de las ciencias sociales, por lo que intentaron desarrollar métodos propios de investigación cualitativos.

Una de las más fuertes críticas que se hacen al interaccionismo es que no contempla adecuadamente hasta qué punto el significado está influenciado por el poder. Su falta de atención a la estructura y a los temas macro sociales, así como a las relaciones de poder, le dan una visión algo naif y optimistamente liberal. Es necesario crear una conexión entre micro y macro, agencia y estructura, y la perspectiva interaccionista no la refleja. A este respecto, aunque de manera

limitada y tentativa, el Modelo Psicosocial de los Condicionantes de la Prescripción que proponemos como uno de los colofones de esta tesis, trata de poner en relación la dimensión micro y macro.

En este contexto, el importante aporte de Glaser y Strauss (1967) con su "Teoría Fundamentada" (TF) lleva a una reformulación del positivismo dentro del análisis de hipótesis: en lugar de comenzar con una teoría "grande" o general, acerca del mundo, y luego verificarla con datos empíricos, su propuesta es que la investigación empírica debe preceder a la teoría, para que esta teoría esté fundamentada en los datos. El origen formal de la metodología de la TF parte de la publicación por Glaser y Strauss en 1967 de "The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research", y se fue ampliando por Glaser (1978, 2000, 2002) y Strauss (1987), Strauss y Corbin (1990, 1998) desarrollando procedimientos detallados (Jones D. et al, 2004: 3).

La Teoría Fundamentada o Teoría Anclada (Grounded Theory), queda así definida:

> *La aproximación de la TF es una metodología de análisis, unida a la recogida de datos, que utiliza un conjunto de métodos, sistemáticamente aplicados, para generar una teoría inductiva sobre un área substantiva. El producto de investigación final constituye una formulación teórica, o un conjunto integrado de hipótesis conceptuales, sobre el área substantiva que es objeto de estudio* (Glaser, 1992: 16)

La TF utiliza el método inductivo para descubrir teorías, modelos, conceptos, hipótesis y proposiciones partiendo directamente de los datos, y no de supuestos a priori, de otras investigaciones o de marcos teóricos existentes. Este método no persigue producir teorías formales, sino más bien teorizar sobre problemas muy concretos que podrán adquirir categoría superior en la medida en que se le agreguen nuevos estudios de otras áreas sustanciales o, dicho de otro modo, el investigador no pretenderá probar sus ideas al generar teoría fundamentada, sino sólo demostrar que son plausibles. El proceso de análisis es sumamente dinámico y creativo y se basa en dos estrategias fundamentales: el método comparativo constante (la recolección de la información, la codificación y el análisis se realizan simultáneamente), y el muestreo teórico (se seleccionan nuevos casos en función de su potencial para ayudar a refinar o expandir los conceptos y teorías ya desarrollados), a partir de los cuales se sustentan categorías e hipótesis. El investigador está más interesado en generar teoría que en describir los datos, y de esta forma se logra construir el conocimiento basado en la experiencia de los propios sujetos (Amezcua M. y Gálvez Toro A., 2002: 429).

La Teoría Fundamentada marca un estilo de hacer análisis cualitativo, orientado hacia la generación de conceptos y al desarrollo de teoría "pequeña", directamente del estudio del material recogido en el campo. Ofrece dos características muy atractivas. De una parte, un conjunto de

herramientas de indagación sistemáticas y sólidas y, de otra, una visión de la investigación muy creativa y muy cercana al investigador. En palabras de Jones D. et al:

> *El enfoque de la TF ve a la investigación cualitativa como un bricolage y el investigador como un bricoleur. Se trata de un enfoque de investigación que requiere un acercamiento íntimo al área de estudio, y que lleva esa apreciación íntima a los términos de análisis teórico, es decir, la teoría emerge en la interacción entre el investigador y los datos* (Jones D. et al, 2004: 3)

Como estamos viendo, la Teoría Fundamentada permite al investigador un grado de libertad a la hora de concebir y llevar a cabo todo el trabajo de indagación, que en nuestro caso cobra pleno sentido por la manera en que hemos incorporado algunas herramientas al estudio empírico de la tesis:

> *...es un proceso de investigación abierto y flexible que debe ser aplicado como mejor interese al o a los analistas sin que se sientan constreñido por el imaginario corsé de mantener un purismo o una pretendida ortodoxia que la mayoría de las veces suelen resultar inoperantes...* (Andréu et al, 2009: sp)

La utilización de herramientas se puede adaptar al momento de la investigación que más convenga. Y esto es lo hemos hecho en la tesis, aprovechar las herramientas que nos brinda la TF sobre todo a la hora de extraer categorías y elaborar conceptos fundamentados en los datos recogidos que sirvan para elaborar una pequeña teoría sobre el *Esquema Prescriptivo* de los MAP:

> *...se pueden lograr análisis útiles a través de diversos procedimientos en cualquier fase de la investigación, bien sea cuando los investigadores estén recopilando datos, formulando hipótesis o buscando verificaciones* (Andréu et al, 2009: sp)

La Teoría Fundamentada se concentra en el proceso de generación de conceptos a partir de la búsqueda de patrones de comportamiento social según pueden ser detectados en los datos recopilados, cuidando que los conceptos sean abstractos con relación al tiempo, los lugares y las personas, y que sean perdurables en su alcance teórico. De las diferentes perspectivas teórico-metodológicas en investigación cualitativa, la TF se enmarcaría en el subgrupo de "análisis interpretativo", aplicando diversas técnicas, procedimientos interpretativos/descriptivos, para el descubrimiento de regularidades y la búsqueda de significados, de tal manera que se puedan identificar "categorías" y "propiedades" que nos permitan enunciar hipótesis teóricas (Trinidad et al, 2006: 10-12).

Lo que subyace a la TF es la creencia de que la mejor forma de representar la realidad social y sus procesos sociales básicos es a través de la elaboración de teorías que se obtienen de

los datos, en lugar de aquellas que se basan en la puesta en relación de conceptos basados en la especulación. Para Andréu Abela et al, el análisis del científico social requiere la implicación de este y su interacción con los datos, manteniendo el mayor rigor en el análisis de los datos al tiempo que desplegando la mejor habilidad para definir con acierto las categorías, formular preguntas y ordenar los datos con una visión innovadora, de manera que "El analista se sitúa en un equilibrio entre la ciencia y la creatividad" (Andréu Abela et al., 2007: 55).

En el caso de que hubiera que inscribir la investigación empírica de nuestra tesis dentro de alguna corriente de estudio, se inscribiría en los estudios cualitativos de la salud (tradiciones constructivistas interpretativas) que, partiendo de los datos recogidos, y tras un recorrido por el territorio teórico, aborda un estudio exploratorio con pretensiones interpretativas hasta el punto de enunciar, aunque sea de manera germinal, una "pequeña teoría" del proceso de prescripción a partir del desarrollo conceptual de "un Esquema para atender a todos" y un Modelo tentativo sobre los condicionantes de la prescripción, basándonos en los datos empíricos. Nos integraríamos en la corriente de la Teoría Fundamentada: un método selectivo para generar teoría en estudios que se encuadran dentro de la perspectiva fenomenológica (Amezcua M. y Gálvez Toro A., 2002: 430).

Una vez enmarcado el apartado empírico de la tesis en las tradiciones de la microsociología, y tras un acercamiento a la Teoría Fundamentada como referencia metodológica, nos adentraremos en el trabajo empírico.

8.2.- Estudio cualitativo sobre el Proceso de Prescripción de Medicamentos de los Médicos de Atención Primaria.

8.2.1.- Objetivos.

El objetivo principal que nos hemos propuesto al realizar un estudio cualitativo era conocer las opiniones y percepciones de los Médicos de Atención Primaria sobre el Proceso de Prescripción de Medicamentos, del que son protagonistas.

De manera más concreta, perseguimos los siguientes objetivos específicos:

– Indagar patrones comunes, y divergentes, en el análisis que hacen los propios Médicos sobre el proceso de prescripción.

– Conocer las opiniones críticas de los MAP sobre la relación práctica que existe entre la prescripción de medicamentos y el mantenimiento y adquisición de conocimientos

médicos.

– Conocer las herramientas en las que se apoya el Médico para abordar la prescripción de medicamentos.

– Indagar en las percepciones e ideas críticas que tiene el Médico sobre su trabajo como prescriptor: rol de Médico, rol de prescriptor.

– Profundizar en las diversas influencias no científicas que perciben los Médicos en su rol de prescriptores.

8.2.2.- Método.

Como ya se ha señalado en el apartado 8.1, vamos a tomar la Teoría Fundamentada como referencia metodológica para el apartado empírico de la tesis, si bien de una manera flexible.

En cuanto a la técnica concreta a emplear, se eligió la entrevisa individual en profundidad por diversos motivos. De una parte, por la dificultad de realizar observaciones en las consultas de los médicos, lo que nos hizo descartar la observación participante. Por otra, porque desde el punto de vista de los objetivos del estudio, se ponderó más la búsqueda de percepciones individuales, y opiniones críticas, que la de un discurso de legitimación que se habría rastreado con más facilidad a través de grupos de discusión.

- Desarrollo del estudio.

El estudio empírico se basa en la realización y análisis de 13 entrevistas en profundidad, con una duración aproximada de entre una y dos horas. Se iniciaron las entrevistas con los profesionales más jóvenes (para ir adquiriendo paulatinamente más soltura en su realización), procurando realizar una escucha activa, ir de lo general a lo particular, esperar que el entrevistado fuera sacando los temas de interés, para entonces ir indagando en ellos, evitando los temas concretos hasta el final de las entrevistas. Con cada entrevista se obtenía una valiosa información que se aplicaba en la siguiente, teniendo en cuenta la emergencia de nuevas categorías.

Una vez hechas y transcritas las entrevistas, el análisis de las mismas se realizó, de manera escalonada (entrevista, análisis, nueva entrevista...), a partir de la escucha y la lectura repetidas.

Atendiendo a la importancia que concede la Teoría Fundamentada a la recogida de datos y

el proceso de análisis, que se plantea como un bucle constante, hubo tres periodos en la realización de las entrevistas. La primera (que fue la fase más intensa y rica, a la que corresponden las siete primeras entrevistas), se desarrolló durante el año 2004. En esta fase, se dio un proceso continuado de estudio y transcripción, de manera que el rodaje en la técnica se acompañó de una evaluación de resultados, y toda la experiencia y el análisis se trasladaba de una a otra entrevista, en un proceso continuado de maduración de la técnica de entrevista y depuración del guión de preguntas, que al mismo tiempo se aplicaba a la definición de categorías siguiendo los principios de la Teoría Fundamentada.

Desde el principio, vimos el alto interés que tenía el realizar entrevistas adicionales a profesionales que no eran nuestro objeto de estudio directo -los Médicos de Atención Primaria-, ya que nos facilitarían una visión de la periferia del proceso de prescripción, enriqueciendo y contrastando las aportaciones de los MAP. Son muy pocas, tres, pero permiten tener una primera noción de otras perspectivas, facilitando la comprensión del discurso de los MAP.

El segundo periodo correspondió al año 2005 con las entrevistas 8, 9 y 10. Se produce tras el análisis de las anteriores entrevistas y la necesidad de completar las categorías que habían emergido, aprovechando además la oportunidad de acceder a un colectivo de alto interés, los llamados “Responsables de Farmacia”. Se trata de MAP veteranos, con interés por la farmacología y sensibilidad a los temas de coste-eficacia, que se ocupan en sus Centros de Salud (suele haber uno por Centro) de ser correa de transmisión entre las Gerencias y el equipo de Médicos de todo el Centro. El puesto es voluntario y sin retribuciones o ventajas especiales. Tienen, de alguna manera, un mayor compromiso con el ámbito de la prescripción, y al servir de enlaces entre las Gerencias y sus Centros de Salud, pueden ser considerados unos buenos conocedores de la problemática, desde el doble punto de vista del Médico y de las Gerencias, lo que sin duda ha supuesto un refuerzo del trabajo de campo.

El tercer y último periodo se llevó a cabo en un momento avanzado de la tesis, en el año 2009, para refinar el trabajo de campo enriqueciéndolo con tres perfiles muy concretos, entrevistas 11, 12 y 13, que venían a completar el arco de profesionales entrevistados. La entrevista 11 se realizó a un Médico de Atención Primaria jubilado con 39 años de experiencia, que nos podía transmitir la evolución histórica del proceso de prescripción en España, y además hablar con la libertad que sólo un jubilado puede hacerlo. Dio como resultado una extensa entrevista de casi tres horas con una gran riqueza discursiva. La entrevista 12 se tuvo con una médica de Atención Primaria, que tanto por sus años de experiencia intermedios como por su condición de suplente, nos podía dar una visión de la profesión desde la incertidumbre laboral. Dado que nuestro jubilado era varón, seleccionamos una mujer para guardar un equilibrio de

sexos entrevistados. Estos dos entrevistados permitieron profundizar algunos aspectos de las categorías que ya estaban saturadas.

Por último, conseguimos realizar la tercera y última, entrevista nº 13, a un visitador médico veterano, que completara la presencia de profesionales que no eran Médicos de Atención Primaria (entrevistas 3, 7 y 13), pero cuyos perfiles tenían un alto valor para abordar ciertos aspectos clave del proceso de prescripción de los MAP: la autorización de nuevos medicamentos por parte del Ministerio de Sanidad (nº 3); la labor de los farmacéuticos de Atención Primaria en las Gerencias de las áreas Sanitarias de la Comunidad de Madrid (nº 7) y, en último lugar, la entrevista posiblemente más complicada de conseguir en el tono de sinceridad y claridad obtenidas (nº 13): la del visitador médico, representante de la visión de la Industria Farmacéutica y, por tanto, una opinión de alto interés para nuestro estudio.

Qusiéramos consignar que somos conscientes de que el largo periodo de tiempo utilizado en la realización de las entrevistas, puede haber introducido una variación de las circunstancias que de alguna manera modificara el contexto y con ello la percepción de los entrevistados, si bien estimamos que a la luz de los resultados dicha posible variación es asumible por la estabilidad y continuidad de la temática abordada, a saber, el proceso de prescripción.

Lo que aquí se presenta, está basado en el análisis insistente de las entrevistas, la definición de categorías y la interpretación por parte del tesinando del universo médico con el que se llegó a familiarizar durante el tiempo que pasó formando parte del equipo de investigación de la Dirección General de Farmacia. Es un trabajo especulativo asentado sobre las opiniones y percepciones de un conjunto de profesionales de alto interés, complementado con un acercamiento al sistema sanitario y al centro de la gestión de la prescripción. Queremos agradecerles a todos estos profesionales de manera particular su colaboración en nuestra investigación y su servicio al campo de la investigación mediante entrevistas personales, que arroja una mirada imprescindible para el estudio del comportamiento humano.

- Selección de la muestra.

Como se ha señalado en diversas ocasiones, el origen de la tesis fue la participación del tesinando durante cerca de tres años en una investigación de la Dirección General de Farmacia, que le puso en contacto con el entorno sanitario y sus profesionales. El colectivo “observado” desde aquella investigación era el de los Médicos de Atención Primaria, pero como colectivo. La información accesible era, por ejemplo, los datos estadísticos que daba el sistema de análisis de las recetas emitidas; la asistencia a cursos; la participación en grupos de trabajo... Había una visión “agregada” de los MAP y sus comportamientos. En contraste con ello, el tesinando dirigió

su mirada al estudio de unos pocos Médicos con el objetivo de conocer en profundidad el proceso de prescripción, el contexto en que se produce, las influencias percibidas, etc. De esta manera, el elemento clave para la selección de la muestra era su práctica profesional como MAP habituados a la prescripción de medicamentos, por lo que nos centramos en la localización de profesionales con distintos años de experiencia en las consultas de atención primaria, procurando una presencia equilibrada de sexos.

La mayor dificultad que encontramos en el trabajo de campo fue la de localizar sujetos dispuestos a participar en las entrevistas, lo que suponemos será un problema común a este tipo de estudios. En nuestro caso, la participación del tesinando en la investigación mencionada de la Dirección General de Farmacia, fue clave, ya que a partir de las relaciones establecidas pudimos ir contactando con los profesionales. También la asistencia a cursos dirigidos a Médicos, y otros profesionales de la Consejería de Sanidad, fue un buen canal para lograr entrevistas.

Una segunda dificultad, inesperada, fue la imposibilidad de obtener datos demográficos y profesionales básicos sobre la muestra de estudio: Médicos de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid. No encontramos nada publicado y la carta de respuesta de la Consejería de Sanidad a nuestra petición de datos fue negativa e incomprensiblemente desmotivadora para proseguir el estudio. La referencia encontrada ha sido la tesis doctoral de Miguel Ángel García Pérez (2009), en la que realiza un estudio observacional, descriptivo y transversal, del número de Médicos con capacidad legal para el ejercicio en el año 2004 en España, y de sus características demográficas y profesionales. En dicho estudio, se evidencia que España carece de un registro oficial de Médicos que informe de su número exacto, su perfil sociodemográfico y profesional y su nivel de actividad. Ello hace que el análisis de la profesión médica deba hacerse a través de aproximaciones limitadas e indirectas (García Pérez, 2009: 126).

Debemos conformarnos con los datos estimados que elabora con gran pericia García Pérez, gracias a los cuales podemos hacernos una idea aproximada de la población global de Médicos: habría unos 169.300 Médicos con capacidad de ejercicio en 2004, con una edad media de 42,9 años (García Pérez, 2009: 146). De ellos, unos 28.100 estarían en Madrid. El porcentaje de feminización para el total de Médicos es de 47,1%, con una clara tendencia de predominio de mujeres en los grupos de edad más jóvenes y de varones en los de mayor edad. La figura de abajo (pirámide de edades) da una idea aproximada de la población total de Médicos en España en 2004 (García Pérez, 2009: 40):

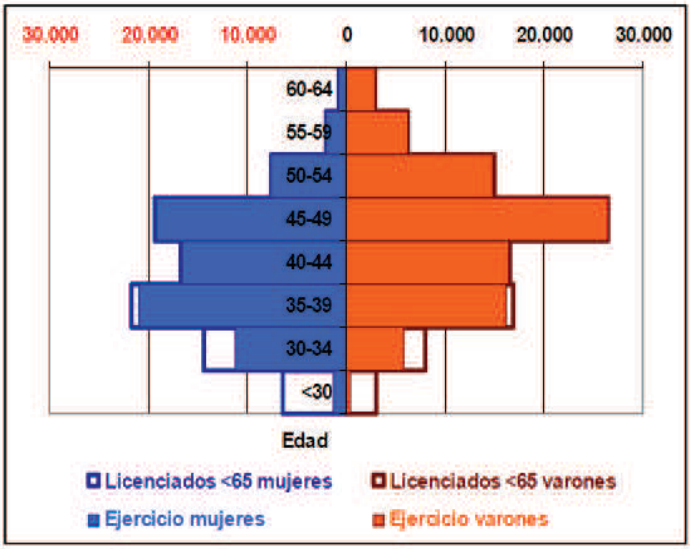


Tabla 17: Pirámide de distribución total de Médicos en España 2004, por edad y sexo.

Con este panorama, tanto por las dificultades de contacto con los sujetos, como por la ausencia de datos sociológicos del colectivo, la composición de la muestra (de MAP) no se ajusta a parámetros rigurosos, aunque pusimos el mayor cuidado en que cubriera el perfil sociológico de estos profesionales, tanto por sexo, 6 varones y 4 mujeres; como por años de práctica, desde poco más de 1 año, hasta cerca de 40, pasando por situaciones intermedias. Asimismo, se cuidó que no coincidiera ningún profesional con otro en un mismo Centro de Salud. Con todo ello, pensamos que la selección llevada a cabo, es válida para hacerse una idea representativa de las opiniones y percepciones de los Médicos de Atención Primaria en la Comunidad de Madrid.

En cuanto al número de entrevistas, nos basamos en el concepto de saturación teórica de la Teoría Fundamentada, de manera que se fueron agregando entrevistas en la medida que incorporaban información adicional para el desarrollo de nuevas categorías o la caracterización de las existentes. Por poner un ejemplo, la categoría central encontrada, "un Esquema para atender a todos", emergió desde las primeras entrevistas y pronto se contó con un material completo para desarrollarla. Cuando se estimó que nuevas entrevistas no aportarían información sustancialmente distinta sobre el objeto de estudio, se consideró alcanzada la saturación teórica.

- Perfil de los entrevistados.

Médicos de Atención Primaria (MAP) de la Comunidad de Madrid:

Se trata de cuatro mujeres y seis varones, que cubren todo el arco de años de experiencia y se pueden considerar suficientemente representativos del colectivo de MAP en Madrid.

Médicos de Atención Primaria entrevistados		
Perfil	**Años de experiencia**	**Clave para las citas. Mes de realización.**
Médico de familia joven	más de 1 año	(MAP: e-1). Realizada en mayo 04
Médico de familia joven	3 años	(MAP: e-2). Realizada en mayo 04
Médica de familia veterana	21 años	(MAP: e-4). Realizada en junio 04
Médica de familia madura	12 años	(MAP: e-5). Realizada en junio 04
Médico de familia maduro, líder de opinión	14 años	(MAP: e-6). Realizada en julio 04
Médica de familia veterana	18 años	(MAP: e-8). Realizada en marzo 05
Médico de familia veterano	16 años	(MAP: e-9). Realizada en marzo 05
Médico de familia veterano	22 años	(MAP: e-10). Realizada en marzo 05
Médico de familia veterano y jubilado	39 años	(MAP: e-11). Realizada en septiembre 09
Médica de familia madura	11 años	(MAP: e-12). Realizada en septiembre 09

Profesionales de la salud de la Comunidad de Madrid:

Son dos varones y una mujer, que nos acercan a tres ámbitos estrechamente relacionados con la prescripción de los MAP: la autorización de medicamentos, la farmacia de atención primaria y la visita médica.

Otros Profesionales de campos clave entrevistados		
Perfil	**Años de experiencia**	**Clave para las citas. Mes de realización.**

Médica dedicada a la autorización de medicamentos en el Ministerio de Sanidad, Agencia Española del Medicamento	5 años	(Médica Agencia Medicamento: e-3). Realizada en junio 04
Farmacéutico de Atención Primaria	10 años	(Farmacéutico AP: e-7). Realizada en agosto 04
Visitador Médico veterano de diversos laboratorios farmacéuticos	17 años	(Visitador Médico: e-13). Realizada en octubre 09

- Análisis de contenido

El análisis de contenido se presenta sintetizado, aunque responde a un proceso de depuración de categorías que -una vez saturado el discurso, y alcanzada la saturación teórica que alimentaba la emergencia de categorías y su caracterización- han quedado como las más representativas y con mayor capacidad explicativa del proceso de prescripción. Para ello, como sugiere la Teoría Fundamentada, sometimos el análisis de las entrevistas y las categorías que nos sugerían a un procedimiento de comparación constante.

Realizado este proceso, hemos tratado de ordenar los resultados agrupando las categorías según conceptos explicativos. De entre todos ellos, destaca la idea de "Esquema", el cual adquiere un rango de enunciado de "pequeña teoría" entorno al *Esquema Prescriptivo*, que se inscribiría dentro de la formación de elementos cognitivos para la toma de decisiones y la gestión de influencias en el terreno de la terapéutica médica. Todo el estudio culmina con la emergencia de teoría y su redacción, que se desarrolla en uno de los capítulos de las Conclusiones, dedicado al *Esquema Prescriptivo*.

En cuanto al método de análisis, hemos seguido aproximadamente el enfoque de Taylor-Bogdan (1987: 159) -en sintonía con la Teoría Fundamentada-, basado en un primer momento de descubrimiento, seguido de una codificación y finalmente una relativización, buscando una comprensión en profundidad de las influencias presentes en el Proceso de Prescripción de Medicamentos que tiene como protagonistas a los MAP.

8.3.- El discurso de los MAP. Análisis por categorías.

A continuación, se expondrán las categorías principales emergidas a partir del análisis del discurso de nuestros entrevistados, que vamos a ir analizando dedicándole un apartado a cada una:

- El medicamento: blanco y negro.
- Alternativas al medicamento o ¿qué preferimos, peces o aprender a pescar?.
- Presión a la prescripción.
- Seducción industrial (los laboratorios farmacéuticos).
- El controlador (Sistema Nacional de Salud).
- La Receta como cierre de la consulta.
- El (im)Paciente.
- El rol de prescriptor.
- Actualización de conocimientos y las novedades muy novedosas.
- Un Esquema para atender a todos

A lo largo de cada apartado, se irán recogiendo algunas citas seleccionadas para ilustrar las categorías analizadas. Las citas responden a una nomenclatura que recoge el perfil del entrevistado, el número de entrevista que hace y la página correspondiente al cuaderno de transcripciones. Para facilitar su lectura, se ponen a continuación dos ejemplos:

Perfil	Nº entrevista	Página CAE	Se cita así:
MAP (Médico de Atención Primaria)	e-9	p-197	(MAP, e-9: p-197)
Farmacéutico AP (Farmacéutico de Atención Primaria)	e-7	p-166	(Farmacéutico AP: e-7, p-166)

Las páginas se refieren al cuaderno de análisis de entrevistas del tesinando, CAE, que no se ha considerado pertinente adjuntar a la tesis, ya de por sí voluminosa, pero que está disponible para ulteriores investigaciones.

Para cada categoría, se ha hecho una recopilación de las notas de campo realizadas durante el análisis de las entrevistas; una selección de incidentes representativos consistentes en la cita literal de aquellas frases más significativas y representativas de las intervenciones de los

entrevistados; un análisis abierto con las consideraciones que se suscitaban, muchas veces en conexión con contenidos del apartado teórico; una puesta en relación con el resto de categorías cuando así era oportuno y con todo ello se ha tratado de caracterizar cada categoría y sus propiedades.

De esta manera, a partir de la transcripción de las entrevistas se procedió a una categorización temática con el objetivo de acceder al universo de significados de los entrevistados sobre el proceso de prescripción. Trabajamos, en primer lugar, para reconocer el discurso global de los médicos y detectar las categorías en una aproximación individual a cada entrevista; en segundo lugar, hicimos un estudio transversal para cada categoría analizando y comparando todas las entrevistas, de manera que para cada categoría fuimos desgranando sus propiedades. En este proceso, hubo dos caminos para crear las categorías; las que se derivaban del marco conceptual (algunos ejes que ya aparecían en la guía de la entrevista) y las categorías emergentes que surgen de la lectura de las entrevistas, como el caso paradigmático del "Esquema".

Este proceso de elaboración de categorías, su análisis, la búsqueda de su comprensión, nos permitió desarrollar líneas de especulación y formular hipótesis, cristalizando todo ello en la enunciación del *Esquema Prescriptivo* como herramienta conceptual explicativa que caracteriza la vivencia del proceso de prescripción del MAP y el universo de influencias y condicionantes que le rodean, que también se ve plasmado en la propuesta del modelo exploratorio de dichos condicionantes. Ambos resultados, reflejan nuestro intento de alcanzar una teorización inducida a partir de nuestra relación con los datos empíricos, siguiendo los postulados generales de la Teoría Fundamentada.

A continuación, por tanto, haremos un amplio recorrido por las categorías elaboradas.

8.3.1.- El medicamento: blanco y negro.

Los Médicos sitúan el uso del medicamento como una ayuda importante al paciente con el problema que refiera. El Médico de Atención Primaria, MAP, está para eso, para ayudar al paciente a cuidar su salud. Se produce un razonamiento del siguiente tenor: los medicamentos sirven para mejorar la salud, la salud es bienestar integral, los medicamentos están por tanto al servicio del bienestar integral, todo lo cual justifica que se utilicen para tratar no sólo enfermedades, sino también síntomas inespecíficos y malestares diversos. Este razonamiento resuena con la secuencia que vimos a principio del apartado 7.1.1. cuando hablábamos del rol de prescriptor y del papel de la medicina como institución para el control social de la conducta

desviada.

Pero el medicamento al mismo tiempo, nos dicen nuestros entrevistados, se ha hecho omnipresente, lo impregna todo y ya se ha metido incluso en la prevención, que no es sino el adelanto de la medicalización de la vida, el tratamiento médico de lo que no es una enfermedad, sino un "por si acaso"; "una guerra preventiva contra las pre-enfermedades". El desbordamiento de la labor de prevención más allá de primaria, mediante la utilización del medicamento, se inscribe dentro del proceso de medicalización: ya no se tratan sólo enfermedades; incluso el especialista ya no atiende sólo a las enfermedades como tales, señalan los Médicos de Atención Primaria, sino que ahora se amplía el campo de actuación de los Médicos a la prevención y, con ella, al uso de medicamentos para prevenir enfermedades o, llegado el caso, malestares:

> *tiene un papel a mi juicio demasiado ubicuo… está demasiado en nuestras vidas... moda, actualidad, preponderancia, impregnación de todo, de muchas esferas, de muchísimas esferas. No sólo el campo de lo curativo y rehabilitador, sino que es que se ha ido a meterse en el campo de la prevención* (MAP: e-9, p-197)

Mirado con perspectiva, por mucho que esté rodeado de una aureola de panacea universal para muchos pacientes, el medicamento tiene, para algunos Médicos, una relevancia relativa dentro de los avances más importantes que han contribuido a mejorar la calidad de vida. Posiblemente, la mejoría relativa que proporcionan la mayoría de los medicamentos está sobrevalorada. Harían bien las autoridades sanitarias en promover cierta desmitificación del medicamento y enfatizar otros remedios mejores como las buenas infraestructuras y la prevención, tal y como apunta este Médico:

> *...pues yo creo que la salud y los medicamentos tienen poca relación. Y voy en contra a lo mejor de muchos médicos que se piensan que los medicamentos es la sal de la medicina... ¿cuál es el mejor medicamento que se ha inventado en el hombre? La penicilina. Ha salvado millones de gente... Pero verdaderamente lo que ha mejorado las perspectivas no ha sido eso, han sido las infraestructuras... agua corriente... alcantarillado... Que bueno, que luego sería un poco ridículo por mi parte negar el avance farmacológico. No estoy diciendo eso. Pero para mi eso es un 10%... Todo esto es la prevención (*MAP: e-10, p-231, 233).

La afirmación anterior nos parece fantástica, un Médico veterano ha puesto las cosas en su sitio, los verdaderos avances no han sido los medicamentos, si acaso la penicilina, pero relativamente. Y en la consulta, hay quien en efecto le mejora en algo el medicamento, pero hay un gran porcentaje que vienen a por comprensión, a la charla del Médico... El rol propio del Médico, sería alejarse del rol de prescriptor y enfocarse más a mantener a la población sana, a que sigan buenos hábitos y escucharles en sus problemas para orientarles hacia hábitos más

saludables. Aquí, el auténtico Médico, más pastor de ovejas que distribuidor de remedios químicos, es el que se preocupa por la persona de una manera más integral. Visto así, hay una cierta perversión en la prevención realizada con medicamentos en lugar de con cambio de hábitos más saludables, porque da paso a la medicalización, no ya del malestar o de procesos naturales, cuyos efectos se quieren identificar con enfermedades, sino del posible malestar o enfermedad futuros. Y, aún peor, convierten al Médico no en un "asesor" integral de la salud presente y futura, sino en un mero prescriptor de compuestos químicos, "drogas curativas", para cualquier molestia.

La medicina no es, ni nadie dice que lo sea, una ciencia exacta, así que el uso de medicamentos tampoco. Como muestra esta Médica, muchos tratamientos son "por si acaso", una recomendación según las estadísticas, lo que lleva a tratar a una mayoría de pacientes que, en verdad, no lo necesitan. Es más, se "ponen" tratamientos que no sirven de nada, por inercia:

> *todos estamos poniendo tratamientos para colesterol a gente de ochenta años y se sabe que no sirve pa nada, pero como no hay consenso y en medicina no son 3 y 2 sino que es un por si acaso, o una estadística, trabajamos con la inercia del número de pacientes a tratar para conseguir un objetivo; tú tienes que tratar a lo mejor 50 pacientes con un medicamento pa que uno se salve de un infarto, los demás lo están tomando y le va a dar igual porque las enfermedades son multifactoriales* (MAP: e-8, p-174)

El medicamento cada vez se utiliza más para prevenir. Ésta es una faceta relativamente moderna del fármaco y es más sospechosa de pertenecer a las corrientes comerciales de invención de enfermedades y de tratamientos de cualquier malestar o, como es el caso, de cualquier futuro malestar. La prescripción "por lo que pueda pasar" multiplica la relación del fármaco con la medicalización de la vida. Un caso que conocimos en la investigación e intervención en la Comunidad de Madrid refiere que se puede estar prescribiendo fármacos a un montón de mujeres para prevenir con décadas de antelación que alguna de ellas pueda tener una rotura de cadera, que generalmente se producen a los 85 años. Aunque la rotura de cadera y la osteoporosis existan fehacientemente, tratarlas como prevención es una vertiente de la invención de enfermedades, aunque en el sentido de que lo que se aventura es el padecimiento futuro de esa enfermedad. Es un discurso que se ha introducido entre los facultativos:

> *antiguamente se hacía menos prevención y más curación... vamos con tendencia a buscar aquellos fármacos que previenen (MAP: e-12, p-305)*

Por otra parte, hay una diferencia entre la eficacia del medicamento en situación controlada, como se aplican en los ensayos científicos, y el medicamento en Atención Primaria (AP), donde el tratamiento de a pie de la enfermedad está sujeto a muchos factores que restan

eficacia a los medicamentos, aunque la hayan probado en los ensayos clínicos, pues representan una situación ideal:

> *...no todos los medicamentos son eficaces en todos los pacientes... los antihipertensivos, ¿no?; en las publicaciones, los ensayos clínicos pues son capaces de resolver o de llevar la hipertensión a larga tensión a lo mejor a un 75%, 80%, 70% de los pacientes... pero luego cuando lo llevas a la Atención Primaria resulta que son capaces solamente de curarle la hipertensión a un 30% de la población* (Farmacéutico AP: e-7, p-166)

En las opiniones de los facultativos, se pone en evidencia que la evolución de los medicamentos ha permitido que, en general, se reduzcan paulatinamente los efectos secundarios, si bien se ha incrementado la complejidad de los posibles efectos por interacción entre medicamentos en un mismo paciente, ya que cada vez se administran más medicamentos simultáneamente, en especial a personas mayores que pueden llegar a tomar diez o más pastillas al día.

Algunos Médicos aseguran que prescriben con mucha seguridad, pero reconocen, como en el siguiente caso, que no con el 100%; puedes equivocarte como se equivoca el hombre del tiempo:

> *P: ¿Estás siempre seguro de lo que prescribes?*
> *R: si, si porque te digo. Hombre, seguro, seguro en algún caso es como decir, ¿estás seguro de que hoy no va llover? Miras al cielo y dices, coño yo creo que no llueve. Seguro, seguro nunca estas al 100% porque claro, tú puedes tener....., hay muchos medicamentos con efectos secundarios que por mucho que tu quieras no los conoces* (MAP: e-10, p-237)

La complejidad que supone hoy hacer una prescripción adecuada, un buen uso de los medicamentos, viene en alguna medida ayudada por herramientas como la informática, como se pone de relieve en algunas de las entrevistas. En la Comunidad de Madrid, se utiliza el sistema informático OMI que tiene una valoración positiva, y que incluye un listado de medicamentos:

> *ya había un vademécum dentro del OMI… me parece una buena vía de actuación... para hacer más razonable y más científico el uso de los medicamentos* (MAP: e-1, p-38)

El Médico tiene una concepción técnico-científica del medicamento, que es la que, en principio, marca su utilidad y buen uso, pero se sobreentiende que la gente le puede dar otras utilidades y, como veremos, también los Médicos les encuentran otras utilidades que no tienen base científica y, por tanto, no figuran en su ficha técnica:

...son útiles para digamos lo que el medicamento está autorizado que es útil… para el resto ya no lo sé, forma parte un poco de lo que la gente ya piense que puede ser útil fuera de ahí… en la ficha técnica de los medicamentos aparece reflejada las indicaciones de los medicamentos... todo lo que esté fuera de ahí pues no está demostrado que sea útil el medicamento... (Médica Agencia Medicamento: e-3, p-65)

Esta Médica, experta en el procedimiento de autorización de medicamentos, señala algo de gran sentido común: su utilidad depende de las indicaciones demostradas en los estudios. Luego la libertad de prescripción de un medicamento debe inscribirse dentro de sus indicaciones técnicas, con lo que llegamos a formularnos dos preguntas:

a) ¿Conocen los Médicos las indicaciones técnicas de los medicamentos que prescriben?, es decir, ¿conocen con suficiente detalle para qué se ha autorizado el medicamento?
b) A la hora de prescribir, ¿se ciñen estrictamente a dichas indicaciones?

Un medicamento es útil para aquello para lo que está autorizado. El medicamento es un compuesto con una capacidad terapéutica en aquellas enfermedades en las que ha demostrado eficacia, de ahí la importancia de que la utilidad del medicamento se circunscriba estrictamente a los usos, a los tratamientos, para los que ha sido autorizado y que figuran en su ficha técnica. Con esta cuestión, se introduce también la dimensión normativo-técnica del medicamento, que está sujeta indudablemente a fuertes controles, si bien, en la práctica, el medicamento se ha convertido en un producto de gran consumo sobre el que hay un control relativo. Fuera del uso técnico – científico del medicamento, estaríamos dentro de los “usos impropios”, o “usos irracionales”, que pueden estar basados, por ejemplo, en “lo que la gente piense”. La cuestión es que, aún estando todo aparentemente muy claro, no siempre se aplica, sea por desconocimiento, o por influencia de los laboratorios, según testimonia nuestra profesional de la autorización de nuevas vacunas. El medicamento es un mundo cargado de apariencias:

...en el tema de vacunas efectivamente hay muchos pediatras que se saltan las normas establecidas desde el Ministerio de Sanidad y que pienso que fundamentalmente quiero creer que es por desconocimiento… y en segundo lugar, aparte del desconocimiento, puede ser que tengan una información errónea que venga desde las compañías farmacéuticas que básicamente aparte de hacer el bien a las personas y todo lo que quieras, pienso que también tienen un componente importante de cubrir unas ventas (Médica Agencia Medicamento: e-3, p-66)

¿oye qué hago con la vacuna de neumococo? es que por un lado me está diciendo la compañía farmacéutica que tengo que vacunar a todos, por otro lado el Ministerio no lo autoriza... ¿qué piensas tú? (Médica Agencia Medicamento: e-3, p-70)

Ya que nos encontramos en un entorno de complejidad en la gestión del conocimiento, ya que el Médico arrastra falta de tiempo, es inevitable tener en cuenta el factor de desconocimiento, máxime cuando no existe una acción proactiva desde el Sistema Nacional de Salud que facilite la asimilación de esta ingente cantidad de información -en este caso las fichas técnicas de nuevas vacunas- por parte del Médico. En contraste, la Industria Farmacéutica despliega una gran maquinaria comercial para gestionar todo este nuevo conocimiento, aunque la información que ellos diseminan es ciertamente sesgada a favor de los intereses de los laboratorios, en una complicada combinación entre ciencia y comercio; pero lo relevante aquí es que ellos sí sirven de manera proactiva la información que les interesa, precisamente para lograr mayor influencia entre los Médicos.

Pero no basta con la ficha técnica. Resulta que no hay un único criterio para evaluar un medicamento, lo que se traduce en ausencia de imparcialidad, es decir, que no existe un elemento objetivo que permita valorar categóricamente el uso de un medicamento:

> *...hay diferentes criterios para evaluar un mismo medicamento y según, es difícil ser absolutamente imparcial… puede que te llegue pues un estudio que esto está clarísimo que esto está estupendo y tal y al cabo de unos meses tienes que volver atrás pues porque no, porque no era tan exacto y tan evidente el estudio...* (MAP: e-4, p-104)

Por otra parte, se refuerza la idea de que el tiempo, la veteranía, es el mejor aliado del medicamento verdaderamente fiable, lo que entra en colisión directa con la permanente innovación tecnológica del sector, el prestigio que exuda manejar la última novedad y el valor irrefrenable que se otorga a cualquier posibilidad de mejoría frente a la seguridad que aporta la introducción lenta de las novedades.

El ejemplo de más arriba de la vacuna de neumococo (e-3, p-70) lo que nos sugiere es la falta de conocimiento que tienen los Médicos en algunas ocasiones, que incluso llaman por teléfono al Ministerio de Sanidad para recabar información. Se pone en evidencia que hay una carencia de conocimiento y dificultades para obtenerlo, entre otras razones por la multiplicidad de fuentes y por el gran volumen de información. Esto expresa muy bien, en entornos de falta de conocimiento, hasta qué punto adquiere relevancia la información que da el fabricante, en este caso la Industria Farmacéutica; pero esto no es un juguete o una cámara fotográfica, es un compuesto químico con importantes riesgos, que se introduce en el organismo humano.

Otro problema es el de las guías terapéuticas, que debían ser, junto con las fichas técnicas de los medicamentos, otra herramienta científica y eficaz de apoyo para la prescripción, pero resulta que se basan en unas poblaciones y cuando se aplican a otras poblaciones, con la

consiguiente recomendación de fármacos, se pueden producir desviaciones importantes y es mejor no aplicarlas estrictamente. Asimismo, se acaba sospechando si las propias guías no esconden detrás intereses comerciales:

> *...si nos basamos en las guías clínicas, las guías clínicas casi todas han sido norteamericanas... si fuéramos estrictos y quisiéramos conseguir que las cifras que dicen las guías, tendríamos que sobre-tratar a los pacientes… si aplicáramos las guías terapéuticas hacía crack el sistema en dos días... el colesterol alto eran 250, ahora dicen 200, y no sabemos por qué se produce esa bajada de colesterol, no sabemos si hay intereses comerciales, si son las multinacionales que presionan… hay algo más que se nos escapa...* (MAP: e-8, p-175)

Esto nos recuerda el reciente y controvertido caso de declaración de Pandemia para la gripe A por parte de la OMS, que ha resultado ser una enfermedad mucho menos dañina que la gripe común que nos visita cada año. Las enfermedades, las situaciones médicas, dependen de que se fijen unos u otros parámetros o medidas: "hay algo que se nos escapa"; ¿qué es una enfermedad y cuál es realmente la eficacia de los medicamentos? Existen un sinfín de factores que están influyendo alrededor del medicamento, sus usos y su eficacia, alrededor de la definición de las enfermedades… no es que se estén haciendo las cosas de cualquier manera, es que la información a manejar es sobrecogedora, las variables numerosísimas, los intereses en juego innumerables y, al final, el MAP se encuentra tomando decisiones en un mar muy revuelto, agarrándose en cada caso y en cada momento a lo que le ofrece más garantías, pero realmente ¡no sabe a ciencia cierta por dónde tirar!

La imagen que el MAP tiene de sí mismo -el autoconcepto- cuando no usa las últimas novedades es negativo: que si es anticuado, que si es vago, pero en realidad el uso de pocos medicamentos y bien conocidos se acerca mucho a lo recomendado en la guía de la buena prescripción de la OMS. Pero el autoconcepto es peyorativo. No obstante, si analizáramos cómo conforma esta Médica su "vademécum chiquitito", es posible que encontráramos que no es fruto de un estudio sereno, profundo y contrastado de artículos científicos, de fichas técnicas, de guías terapéuticas y de ensayos clínicos, sino, como dice ella, de la experiencia:

> *Y soy muy antigua... yo me siento siempre muy cómoda con un vademécum muy reducido de cada cosa, de cada patología, un vademécum muy chiquitito que me sepa, que domine muy bien, que sepa qué es lo que pasa, qué curso tiene, qué vida media, qué tal, porque soy muy vaga* (MAP: e-9, p-200)

> *Pero ¿en qué me baso? básicamente en el uso, en la experiencia, en lo que ya lleva tiempo, en lo que sé que ha ido bien, eso es* (MAP: e-9, p-201)

Los Médicos son muy conscientes de que hay muchos medicamentos que son "un sucedáneo de la patata", o sea, que crean una expectativa de naturaleza comercial que no se corresponde con sus verdaderas bondades terapéuticas. Pero no dudan de aquellos que suponen una verdadera aportación por su eficacia, y tienen una gran confianza en los medicamentos cuando están realmente indicados y suponen un avance "radical". Si está indicado, y es un buen medicamento, "va a misa" y resulta una ayuda importantísima e incuestionable:

> *...lo que suelo pensar mucho es en todas las novedades… Es un cambio radical... cuando hay un medicamento que realmente está indicado, para mí… eso va a misa... Otra cosa es que te digan "esto va muy bien" y luego sea… un sucedáneo de la patata...* (MAP: e-11, p-265, 266)

Una de las tantas posibles confusiones que rodean al Proceso de Prescripción de Medicamentos es confundir la ciencia implícita que de manera innegable hay detrás de un medicamento, que ha pasado importantes controles y está sujeto a estrictas normas para su buena utilización, junto con el hecho de que el Médico se haga responsable con su firma, con que el acto en sí de la prescripción sea un acto científico a la luz de todos los factores extra científicos que rodean el proceso. Aquí encontramos uno de los campos clave en el que habría que profundizar, y al que esta tesis quiere contribuir, indagando en los factores que dificultan que el proceso de prescripción sea un acto verdaderamente científico.

La que viene a continuación, es una magnífica descripción de algo que está pasando cada vez más, relacionado con la invención de enfermedades y la demanda de remedios para todo, y que habría que bautizar con un nombre chisposo como el que tienen muchos medicamentos (nombre fantasía): "píldora del bienestar" o "medicamentos humo" o "tratamiento fantasma" o algo así, porque hay pacientes que no necesitan el medicamento, pero alguien les ha dicho que pueden tener una nueva enfermedad, lo han interiorizado, han sabido que existe un remedio, lo han ratificado con su Médico de alguna manera, y han pedido ser tratados; y como resulta que existe el medicamento autorizado, se lo han "puesto". Como dice uno de los lemas fundamentales del marketing, "se crean necesidades". Con una mercadotecnia muy sofisticada se llega a lo que se ha venido en llamar "construcción o invención de enfermedades", para las que oportunamente existe una prueba diagnóstica que la detecta (densitometrías en los dedos de los pies, en el caso de la osteoporosis) y medicamentos capaces de remediar el problema; así que el Ministerio las aprueba y les da entonces oficialidad. La maquinaria comercial está en marcha, el público lo pide porque se ha hecho la prueba "gratuita" y, aunque el Médico sabe que "es una milonga", ahí ya tenemos puesto un tratamiento muy caro durante cuatro o cinco años:

> *...si antes no había remedio pa tratar, o para enfermedades hipotéticamente enfermedades que antes no lo había y ahora lo hay y hay medicinas que están aprobadas por el ministerio, y tú le*

haces la prueba y ves que tiene osteoporosis, pues oye a tratarla, aunque sepas que eso es una milonga, antes no se diagnosticaba, no se trataba y no se consideraba enfermedad, desde hace unos años para acá es que se considera enfermedad... La osteoporosis postmenopáusica se está tratando en gente de 50 años. Y son tratamientos muy caros y muy largos. Cuatro o cinco años. Y luego se suspende porque no se sabe qué pasa sobre ese hueso, no se sabe… Pues de esas contradicciones hay muchísimas en medicina... (MAP: e-8, p-182, 183).

La presión del paciente es muy fuerte, acude a la consulta para que le den algún remedio, con sus propias ideas sobre su dolencia y el posible tratamiento, y ante esto ¿qué va a hacer el Médico?:

...y la gente lo demanda, porque lo oye en la tele, porque lo ve en los medios de comunicación y porque se lo cuenta su vecina... Oye que ahora hay un, hay un remedio pa esto y pa lo otro, y viene y te lo pide. ¿Y con qué cara tú le dices que no?... Se hace lo que se puede, no lo que se debe... (MAP: e-8, p-183, 184)

Aquí está influyendo lo que hemos visto en González García (2005) y que hemos analizado en el subapartado teórico sobre la receta como cierre de la consulta, y que en resumen plantea que la suma de las expectativas del paciente en el empoderamiento del Médico (gracias a su capacidad de utilizar virtuosas drogas que acumulan el poder tecnológico y la innovación científica), fortalecen la idea de que el medicamento es el mejor camino para estar saludable.

Esta sociedad hedonista y consumista, no valora en su justa medida lo que tiene; hemos creado tales expectativas de bienestar y de disfrute; hemos promovido tanto y explotado tanto que la gente tenga necesidades y en efecto las satisfaga... *porque tú lo vales,* que la gente está convencida de que merece más, y quiere más, lo quiere todo, y está dispuesta a "luchar" por cualquier mejoría que le pueda aportar la última tecnología y el Sistema Nacional de Salud se lo tiene que proporcionar cueste lo que cueste. En cambio, no se valora lo que realmente se tiene, que es una esperanza de vida mucho mayor que antes:

Eres hipertenso, te ponemos un tratamiento para la tensión y resulta que bueno conseguimos que tú en vez de morirte a los 65 te mueras a los 70. Pero es que antes se morían con 30 años... lo que realmente le ha dado la vida a esa persona no son esos 5 años... sino el llegar a esos 65 (MAP: e-10, p-232).

*...es que tienen 80 y tantos años y quieren estar bien, todos quieren estar perfectos... Ellos quieren estar con el elixir de la juventud eterna… estamos en una cultura hedonista, y quieren bienestar por encima de todo (*MAP: e-8, p-189)

Por tanto, vemos que el medicamento participa de la dualidad de lo bueno y lo malo; es

blanco y negro.

8.3.2.- Alternativas al medicamento: ¿qué preferimos, peces o aprender a pescar?

Cuando se analiza el Proceso de Prescripción de Medicamentos, uno de los temas recurrentes es conocer, para aquellos casos en que el medicamento no sería la primera opción médica, hasta qué punto los MAP tienen herramientas alternativas tanto para tratar algunas dolencias o enfermedades, como para satisfacer la preocupación o la demanda de remedios por parte de los pacientes.

Uno de los jóvenes Médicos entrevistados nos habla con total naturalidad de remedios caseros que él había heredado de su abuelo Médico y que empleaba con sus pacientes. Al contárnoslo, también nos hace ver otros detalles interesantes del proceso de prescripción:

> *...tratabas siempre de escribirle mínimamente, porque si no, pues la gente se olvida... estás muy nervioso cuando vas al médico muy poco tiempo y entonces te dice una cosa, y ¿qué me ha dicho, cada tanto tiempo o cómo? Me acuerdo el tema de las gárgaras, mi abuelo era médico, entonces es una receta familiar, lo de siempre limón, el aceite, el bicarbonato, una serie de cosas ¿no? pues yo recuerdo que se lo escribía ahí con mucho cuidadito y ahora esto, pues después de cada comida y se lo daba en papel...* (MAP: e-2, p-57)

De este relato, podemos deducir algunos elementos a favor del medicamento que no tienen nada que ver con su intrínseco valor médico, tales como la comodidad y la facilidad de administración, frente al preparado casero que requiere comprar los ingredientes, medirlos y prepararlos para "cocinar", nunca mejor dicho, el remedio. Si bien algunos remedios caseros pueden ser igual o más eficaces que un medicamento, presentan varios inconvenientes como son la transmisión adecuada de su preparación y de su administración, pues son artesanales. El remedio casero no cuenta con la mediación de la oficina de farmacia, que siempre puede ayudarnos a interpretar la receta del Médico, ni con el prospecto técnico correspondiente, ni con su flamante presentación que puede llevar a muchos pacientes a una reflexión de este tipo: "donde esté un sobrecito de polvos efervescentes y sabor a naranja, que se quiten el chorrito de limón y el bicarbonato".

Otro elemento importante para que la gente utilice una alternativa, como por ejemplo hacer dieta, es que no se hable de la opción medicamentosa, porque eso lleva asegurado el fracaso. Aquí, nos topamos con otro tema de gran relevancia en la categoría de alternativas al medicamento, y es el cambio de hábitos como una opción más saludable y eficaz que muchos

tratamientos con medicamentos, pero que conlleva algo que ha caído en desuso: la responsabilidad y el esfuerzo en el cuidado de nuestra propia salud:

> *… si tú lo que quieres es que haga un, que haga una dieta, no le nombras para nada el medicamento de entrada porque sabes que es mucho más cómodo para la gente tomarse un medicamento que hacer eso que le estás diciendo, que tiene que cambiar totalmente su manera de comer…* (MAP: e-4, p-98)

Pero, más allá de la posible comparación entre el medicamento y las recetas domésticas, hay un elemento clave en todo esto, y es que el remedio casero no cuenta con la legitimación que otorgan tanto la burocracia formal de emisión de la receta a cargo de un funcionario público con título de Doctor, que firma bajo número de colegiado, como el universo tecnológico y científico que rodean a la caja de medicinas, con un sofisticado prospecto presidido por un nombre fantasía, que muchas veces parece una mezcla de rap popular y cita científica en latín, que se pega a la memoria: aspirina, Gelocatil, Frenadol, Voltarem, Ventolín, Omeoprazol, Lexatín, Tagamet, Orfidal, Valium, Prozac, Viagra...

Esa legitimación no la tiene el remedio casero, que encima lo tiene que elaborar el paciente, empezando por ir a la compra y para más *inri*, supone la renuncia a una subvención del Estado a la que todos tenemos derecho.

Una herramienta, que es al mismo tiempo una alternativa a la receta y un canal para el cambio de estilos de vida, es “prescribir un folleto”, es decir, en lugar de dar una receta para administrar un medicamento, se da información para mejorar hábitos o adquirir habilidades que mejoren nuestra salud. No obstante, como nos confirman nuestros entrevistados, es difícil que la gente acepte recomendaciones de cambio de estilos de vida, como es difícil que se lean un folleto, máxime habiendo una pildorita que dice producir el mismo o mejor efecto:

> *...la mayor parte de los folletos van directamente a la papelera, pero cuando ya se lo has dado varias veces y le has insistido... acaban leyéndoselo… las típicas tablas de relajación para la columna cervical, por ejemplo, que prácticamente se va todo el mundo de la consulta con una tabla de estas, pero que no se hacen, luego tienes que insistir mucho para que hagan estas cosas…* (MAP: e-4, p-95,96)

La posibilidad de las alternativas no es baladí, al contrario, nos parece un tema clave a tener en cuenta en el proceso de prescripción, entre otras cosas porque permite romper con la convención establecida en torno al medicamento como primera elección. Pero es obvio que la apuesta por parte de todos los agentes implicados, Sistema Sanitario, Médicos, pacientes, Industria... no va por ahí. El universo sanitario, apuesta por hacer descansar su base en el MAP y

en la receta de medicamentos.

Existen las alternativas al medicamento, pero o no hay voluntad de seguirlas, o no están disponibles. Parece que hay amplios márgenes de actuación en muchos casos respecto al tratamiento que le va a poner el Médico a su paciente. En el siguiente testimonio, ante el mismo problema, se puede recetar un medicamento o recetar una explicación y un folleto o derivar a otro profesional que no utiliza medicamentos sino que facilita el cambio de hábitos:

> *…si hubiera otras medidas que no fueran medicamentosas y se pudieran utilizar como alternativas... rehabilitación, medidas físicas, educación sanitaria, cosas de ese tipo, que lo hicieran otras personas que no fuéramos nosotros y que tú pudieras derivar, pues sí se podría… un ejemplo muy típico ahora en el verano… ahí hay dos opciones o tres opciones, primero le recetas un medicamento, tómese esto y ya está, otra es... explicarles... y al final les das un folleto que es lo que hago ahora y otra tercera pues sería a lo mejor pues medidas de otro tipo físicas… o ejercicios en el mismo centro de salud o grupos de educación sanitaria así más amplia ¿no? entonces la tercera no se hace porque no hay ¿no?...* (MAP: e-6, p-137)

Por tanto, y a la luz de esta opinión, podemos enunciar lo que podríamos llamar “las tres vías de la prescripción” ante una situación en la que existen dudas razonables sobre si está indicado, o no, recetar un medicamento:

a) La receta “y que se calle”. Rápida, legítima, tecnológica, subvencionada, cómoda.

b) La explicación y un folleto “para que se lo administre”. Lenta, responsable, natural, sin coste para el Sistema, esforzada, incómoda, impopular.

c) La derivación a un contexto “educativo”. Es decir, poner al paciente en manos de otros profesionales que le ayudarán a abordar su problema y a adquirir habitos saludables. Esta tercera vía, según nos dicen los Médicos, no existe. En realidad, sería una combinación de las dos anteriores, ya que sería subvencionada y tendría la legitimidad de la intervención de otros profesionales. En este apartado, además de diversas profesiones sanitarias, cabe la intervención de los profesionales de las ciencias sociales, el psicólogo, el sociólogo, disciplinas relacionadas con la actividad física, la alimentación, etc.

De estas tres vías, este Médico nos pone un ejemplo de la utilización de las dos primeras: la prescripción de medicamentos en el 10% de los casos y una explicación en el 90% de los casos (al final, da otros porcentajes: 25% receta y 75% charla):

> *...entonces la de medicamentos la hago a veces... porque la mujer insista mucho o bien porque quiere a toda costa o bien porque se la ha recetado un especialista o bien por lo que sea, pues también… pues mire usted, este es una suciedad venosa tal y cual tiene que hacer estos ejercicios,*

es normal en verano y tal y cual, y eso sí y lo haces también, entonces a lo mejor eso es el 90 % de las veces y en el 10% le recetas un medicamento, el que haya un desplazamiento del 10% ese a más y el otro a menos también pues depende de eso de mucha gente … *del especialista y de muchas circunstancias, pero tú pienses hay gente que no lo hace ¿no? y receta directamente medicamentos, otros que hay que no recetan nunca medicamentos se ponga como se ponga la gente, yo no, yo soy más flexible, entonces procuro hacer la mayoría de las veces lo que yo pienso, por ejemplo en el último mes que me han venido a lo mejor treinta mujeres o veinte mujeres con ese tema, pues a lo mejor cinco se han llevado medicamento y quince se han llevado un folletito y un acto de charla sobre el tema* (MAP: e-6, p-137).

En el testimonio de arriba, encontramos descrita otra clave importante que nos remite a la problemática del proceso de prescripción: "procuro hacer la mayoría de las veces lo que yo pienso". ¿Entonces? ¿Qué es lo que piensa un Médico? ¿Dónde se apoya -en qué fuentes de conocimiento- para pensar de una u otra manera? ¿Cómo discrimina entre lo que piensa él y lo que piensan sus colegas, el paciente, el visitador o la gerencia de Atención Primaria? ¿Cuánto tiempo tiene para decidir entre una u otra opción y en qué condiciones toma la decisión?... Todas estas incógnitas presienten la utilización de un "Esquema" a la hora de prescribir, según iremos desarrollando según avancemos en el análisis de las entrevistas.

Prescribir un folleto como alternativa a la prescripción de un medicamento no parece ser una alternativa muy habitual, y además su acogida por parte de los pacientes es dudosa, tal y como da a entender el farmacéutico de AP, que directamente no habla de pacientes sino de "opinión pública"; y es que salud y medicamentos, como estamos viendo, no son una cuestión meramente clínica, sino que pertenecen al ámbito de la opinión pública:

*…Entonces ahora mismo no tengo yo ninguna experiencia sobre editar hojas, ¿no?, salvo, sí sobre editar hojas para sustituir de algún modo la receta, ¿no?, quizá la idea más aproximada a eso puede ser lo de los dípticos de información sobre el uso racional de los antibióticos. Pero no sé hasta qué punto eso cala en la opinión pública vaya (*Farmacéutico AP: e-7, p-165).

Como se denuncia en el siguiente testimonio, la investigación en alternativas al fármaco brilla por su ausencia. Una de las alternativas más evidentes y eficaces al medicamento es el cambio de hábitos, pero no se investiga en esta línea. Quien debería estar más interesada, la sanidad pública, no potencia estos estudios. Esto abre otra cuestión muy importante: desde la sanidad pública, no se abordan con decisión las vías alternativas al medicamento; la percepción del Médico que está prescribiendo fármacos es que no hay interés, por lo que la primera opción admitida por todos es la de la receta.

Al final, nos encontramos de una u otra manera con la cuestión de los recursos y su

gestión. La atención personalizada en la consulta, cara a cara, supone un gran despliegue de recursos, y mientras, estamos descuidando cuestiones básicas en los niños españoles, germen seguro de una mala salud en la edad adulta y, por tanto, origen de la futura demanda de recursos a la sanidad pública, al Médico y al medicamento:

> *…hay... una dirección hacia el fármaco impresionante… Yo digo, a mí lo que siempre me ha sorprendido es que haya multitud de estudios con fármacos y que el ministerio no tome cartas en el asunto y diga, vamos a hacer una investigación con cambios de hábitos… el tema de la obesidad en los niños, que va a traer una cantidad de enfermedades cardiovasculares impresionante en los adultos … es muy barato hacer medicina preventiva en los colegios… a través de los medios de comunicación, que tienen muchísima fuerza… Y a grandes campañas, sería mucho más positivo que el médico en una, de tú a tú, la terapia individual es costosísima… estamos haciendo una sanidad de altísimo nivel pero que va a hacer crack en cualquier momento… Por no tomar medidas preventivas… ya te digo que si los medios de comunicación, las autoridades sanitarias, tomaran partida en hacer preventiva a gran escala, eso sí sería efectivo. Porque los niños en vez de llevar bollicao, llevaran su bocadillo de toda la vida, y su fruta (*MAP: e-8, p-176)

Abundando en lo anterior, la Médica denuncia más abajo la presión de las multinacionales y la relaciona con la pasividad del Ministerio de sanidad a la hora de estudiar alternativas al medicamento, como puede ser el cambio de hábitos, que parecen eficaces y baratos, aunque no son populares y requieren pacientes responsabilizados con su propia salud. La cuestión es que no se investigan alternativas a los medicamentos y el formato congreso, donde se produce y disemina el nuevo conocimiento médico, lo financian los laboratorios para promocionar nuevos medicamentos; son los menos interesados en buscar alternativas al medicamento. En otras palabras, el conocimiento médico depende de intereses económicos pro-fármacos. El fármaco prevalece en la vía curativa, es además lo que mejor se ajusta al tiempo que tiene el Médico y lo que cumple con la propia expectativa del paciente, mientras el cambio de hábitos requiere mucho más tiempo y no cumple expectativas porque requiere esfuerzos:

> *...yo creo que es que la presión de las multinacionales es muy potente, ¿sabes?, y que yo no sé por qué en este país la preventiva no se lleva, porque si no el Ministerio podría haber hecho estudios paralelos, e involucrarnos a los médicos... para demostrar si, si realmente es mejor usar, tratar farmacológicamente o tratar con hábitos… no conozco ningún estudio que merezca la pena que haya hecho con medidas no farmacológicas...* (MAP: e-8, p-185)

Para lograr que los pacientes en lugar de un medicamento opten por una alternativa, el Médico tiene que estar muy encima, afrontando cada caso y cada ocasión como si fueran pequeñas batallas; unas se ganan, otras se pierden. Nos recuerda, una vez más, al cura que alienta a sus feligreses a ir por el buen camino, y el fiel unas veces le hace caso y otras no; cae y

se vuelve a levantar... Esto conecta con la visión transmitida por Michel Foucault de los Médicos como nuevos confesores de la población, a partir de la cual podemos enunciar el siguiente pensamiento: si antes los curas calmaban las conciencias escuchando los pecados a los ojos de Dios, ahora los Médicos calman las conciencias escuchando los malestares ciudadanos a los ojos del Estado.

Antes, lo importante era la moral social, ahora lo es el funcionamiento del sistema de mercado. La vida saludable y los comportamientos "puritanos" frente a la sociedad de consumo no generan mucho mercado, mientras que la "mala vida", los pecados, tienen un mercado que atrae y da satisfacción, al tiempo que mueve la economía. La buena salud es cierto que "ahorra" dinero a todo el mundo, pero no genera tráfico económico: invertir en buena salud de una manera natural es para el sistema de mercado como invertir en humo. En medio de la crisis económica que atravesamos, continuamente se señala la caída del consumo como uno de los males: si prohibiéramos el consumo de tabaco en la hostelería (tal y como hace la nueva Ley antitabaco) o la bollería industrial ¿dañaremos profundamente estos sectores?; y si dejáramos de consumir todos los medicamentos que no son imprescindibles y aplicáramos alternativas naturales de coste cero, ¿estaríamos dañando otro sector?: Las alternativas al medicamento son muy sosas, muy cansinas, muy anti-mercado, y eso no mola nada. Y lo peor es que, como vemos en MAP: e-11, p-257, pedirles vida sana a quienes lo han pasado mal en la posguerra "duele hasta en el alma". Se ponen así de relieve los inconvenientes "sociales" de las alternativas al medicamento, que no hacen sino reforzar el carácter social de la prescripción de medicamentos:

> *...es como en batallitas... no mira no, eso no requiere antibiótico, de verdad que déjalo, y además pues pobrecillo estómago ta ta ta ta ta. Tú se lo razonas como esto... y esa es una batallita que ganas y la siguiente a lo mejor también, pero a la zaga y otra vez al mes siguiente... Es decir, que eso es recurrente, las personas que tiene eso no es fácil de combatir, porque es que eso vuelve... tú comprenderás que económicamente todo lo que conlleva que las cosas se traten con fármacos, ¿no? mueves más mercao que que si la gente camina, yo esto lo veo así (*MAP: e-9, p-223)

Pero incluso cuando hablamos de la posibilidad de alternativas al medicamento, que existen otras opciones relevantes, ¿con quién nos encontramos, una vez más?: con la Industria Farmacéutica, que conoce al dedillo todos los factores y todas las necesidades que rodean al fenómeno de la salud, incluso las que "dan la espalda al medicamento", y está siempre dispuesta a facilitar al Médico herramientas de ayuda con sus pacientes, incluso aquellas que no conducen directamente a la venta de sus productos, pero que les permite dejar su mensaje comercial:

> *- Y ese folleto ¿quién te lo ha proporcionado?*
> *- Pues la industria farmacéutica (*MAP: e-6, p-137)

La Industria sabe que tiene muchos elementos a su favor, y le basta con esperar

agazapada en un folleto de hábitos saludables para que sus atractivos productos sean demandados. Es como si la casa Renault hiciera folletos fomentando la utilización del transporte público, llegando a muchos usuarios de manera privilegiada, y los aprovechara para introducir de alguna manera su mensaje, por ejemplo: "el transporte público es la mejor opción para el tráfico, pero si quieres sentirte dueño de la carretera, ir más allá que el resto y no estar sujeto a horarios e incomodidades, visita un concesionario Renault que te informará de otras formas de viajar..."

El paciente es un factor capital en la posibilidad de aplicar alternativas al medicamento. Dado que más adelante existe una categoría centrada en el paciente, que estudia su papel en la prescripción, hemos creído más adecuado llevar allí el análisis correspondiente al paciente y las alternativas al medicamento.

La mejor alternativa al medicamento es la prevención y los buenos hábitos, que son otro tipo de prescripción "no medicamentosa".

> *P: Y si no le recetas nada, ¿tienes alternativas?*
> *R: Sí, muchas veces mejorar su calidad de vida o mejorar su alimentación… que hasta cierto punto estás recetando igual* (MAP: e-12, p-312)

> *¡Cambio de hábitos!... Siempre. El medicamento lo último* (MAP: e-11, p-284)

La utilización de fármacos debe quedar para cuando la prevención y los buenos hábitos fallan y estamos realmente ante la enfermedad.

> *…los medicamentos siempre son asistencia a la enfermedad… yo prefiero que no haya medicamento; que haya salud sin medicamentos. Que haya una buena medicina preventiva y que no se tenga que recurrir nada más que cuando falle... porque al final la botica es mala...* (MAP: e-11, 259)

Hacer una buena prevención y lograr que cada cual se responsabilice de la propia salud es la mejor estrategia para evitar los medicamentos; si la sanidad pública tiene preocupación con el gasto de la prescripción, y esa preocupación se traduce en presión al Médico para reducir gasto, el Médico se pregunta con toda razón por qué no se invierte en medicina preventiva a gran escala, ahorrando recursos como el de la atención personalizada que desborda las consultas y evitando futuras enfermedades. Los Médicos parecen mostrar un gran sentido común ante los medicamentos, que serían lo último:

> *…lo triste ahora mismo, ¿no?, de cómo está ahora mismo organizado el Sistema Sanitario, ¿no?, sobre todo en Atención Primaria, es que deberíamos hacer promoción, prevención de la salud, pero el problema es que tal volumen de pacientes y tan pocos medios materiales, ¿no?, que ahora mismo se están limitando prácticamente a lo que es el tratamiento de la enfermedad… No se está*

*haciendo prevención vaya (*Farmacéutico AP: e-7, p-165)

*…desde el punto de vista preventivo, eso tienen que ser las autoridades sanitarias, a gran escala… ¿Cómo vamos a tener tiempo para hacer preventiva?... nuestro poco tiempo va sobre todo a la curativa, que es un parche… si bombardean los medios, se pone en los colegios, en los comedores, se incide en la industria alimentaria para que no utilice grasas saturadas, o sea, hay medidas preventivas mucho más coste-efectivas (*MAP: e-8, p-177)

...eso es medicina, te lo lees en latín, lo primero "no dañar"... no le metas, que el cuerpo por sí mismo ya actúa, y solamente cuando se puede ayudar es cuando hay que ayudar, eso es así... (MAP: e-11, p-271)

Una de las medidas más adecuadas es la prevención, la buena comunicación, la buena educación en temas sanitarios desde el colegio... el prevenir una enfermedad te supone el bajar la prescripción de esa enfermedad dentro de cinco años... hasta hace pocos años era el milagro de la pastilla, es decir, había pastillas para todo, la felicidad, el sueño, la comida… y con una pastilla se solucionaba todo. Y eso es lo que habría que darle la vuelta (MAP: e-12, p-318, 319)

Pero, en la práctica, tal y como estamos viendo, la complejidad del universo del medicamento es tal que el sentido común del Médico, y toda su ciencia, no bastan para ordenar ese universo y lograr que la prescripción sea un acto clínico puro y duro, de aplicación después de haber abordado otras alternativas como la prevención o los buenos hábitos:

...si no le recetas algo, te mata. Me parece que sólo he conseguido una vez que alguien se marche de la consulta sin dar receta… no recetar te cuesta un huevo (…) el que entra por la puerta, o tiene algo o se lo cree (MAP: e-11, p-278)

Son tantos los factores que están interviniendo, que nuestra impresión, basada en la escucha de los Médicos, es que de continuo tienen que lidiar con factores extra científicos y finalmente firman una receta que no es fruto de la aplicación estricta de criterios clínicos, sino de una interacción entre el Médico y el complejo universo técnico y social del medicamento, para cuyo análisis conceptual hemos propuesto que cada MAP maneja un "Esquema".

Como cierre de esta categoría, afirmamos que la prescripción, en un contexto donde falta prevención y responsabilidad personal por la salud, donde a los intereses crematísticos de la Industria Farmacéutica se une el hedonismo personal, donde la tutela del Estado y su vocación paternalista prefiere dar un mensaje al paciente y otro contradictorio al Médico... afirmamos, decíamos, que el proceso de prescripción no es un mero acto médico, es mucho más, **es un hecho social** que cumple un papel importante dentro del Estado del bienestar, y que al cumplir

ese papel se expone a la influencia de múltiples factores no médicos, extra científicos, como por ejemplo que sirve para paliar las carencias que tenemos tanto en el plano sanitario como cívico. Emitir 958 millones de recetas anuales en un país como España en el que gozamos de una envidiable salud y longevidad, en un ámbito condicionado por la demanda de los pacientes, las limitaciones de tiempo y medios de la consulta, la omnipresencia del mercado y las concepciones de salud y bienestar de la población, no es una cuestión que se restrinja al encuentro entre el Médico y el paciente, al diagnóstico y a la mejor decisión clínica tomada con total autonomía por el Médico, sino que nos encontramos con una consulta llena de factores externos e influencias ajenas.

En la consulta, verdaderamente se produce una escena épica en la que dos personajes "humanos" se encuentran actuando a merced de "los dioses" que les rodean invisibles: volición, percepción de la salud, promesas del Estado del bienestar, Industria Farmacéutica, paz social, pólvora del rey, la carne es débil, falta de tiempo, tecnología como panacea universal... Y una idea que podría resumir la problemática de las alternativas al medicamento sería la de que es mejor enseñar a pescar que dar peces, procurar que cada uno cuide responsablemente su salud antes que medicarse, pero esto último es cómodo e inmediato.

8.3.3.- Presión a la prescripción.

Como estamos viendo, los Médicos de AP están sometidos a muchas y distintas presiones. Entre ellas, hay tres que identifican con mucha facilidad los Médicos más jóvenes: la Industria Farmacéutica, los especialistas compañeros de profesión que trabajan en los hospitales y las gerencias de las áreas sanitarias, que mandan sobre los centros de salud y sus MAP. Lo que llama la atención es que de estas tres, que serían el a, b, c de la cuestión, dos son institucionales:

> *...los profesionales, fundamentalmente los médicos de familia, están sometidos a varias presiones a la hora de prescribir, eh ¿de dónde pueden venir estas presiones? … de la industria farmacéutica (...campañas de publicidad… los visitadores médicos)... los especialistas… las Gerencias no? la de la Institución...* (MAP: e-1, p-19)

La confianza en el Sistema, sus mecanismos de autocontrol y contención del gasto, son temas relevantes. El siguiente testimonio amplía la lista de presiones expuesta con elementos muy interesantes:

> ...(A la) *Atención Primaria, le cargan el gasto farmacéutico, porque son los médicos de AP los que hacen las recetas, salvo unas poquitas que hacen los especialistas… Y además es que tienes la sensación de que es algo imparable por más medidas que pongan en práctica, que tampoco las*

que han puesto han sido las mejores... pero es que hay unas fuerzas difícilmente controlables por ahí, que una es el avance científico, que a veces no es tan avance pero en otros casos si y eso te obliga a utilizar medicamentos más novedosos y más caros, y luego la presión de los pacientes que también van pidiendo la panacea no?... muy complejo, y también tienes la sensación de que se agota el sistema… (MAP: e-2, p-59)

En la siguiente respuesta, por una parte, el Médico cree que no tienen influencias no científicas o que son pocas, pero, por otra parte, reconoce que la información del área no es científica, que el feedback no lo es, que la experiencia es lo menos científico del mundo (a la que aluden a menudo otros Médicos como una de las referencias para ver qué tal va un nuevo medicamento) y que la opinión de un colega tampoco es científica. Quizás, y esta es nuestra interpretación, hay cierta oscuridad en la respuesta de abajo, pero no es una mala respuesta; de hecho este Médico ha dado respuestas muy lúcidas y ricas en la entrevista. Más bien, nos parece que transmite la oscuridad del propio tema tratado; quizás la pregunta no estuviera bien formulada; quizás en la práctica clínica de los Médicos de Atención Primaria se produce una confusión constante entre lo que es científico y lo que no: ¿cómo va a recibir influencias estrictamente científicas el Médico de Atención Primaria, que tiene que saber de todo pero que no tiene ni tiempo, ni medios, ni referencias objetivas para alimentar ese conocimiento y, por el contrario, está a merced de presiones irracionales tanto comerciales de la Industria que quiere vender, como administrativas del Sistema Nacional de Salud que quiere ahorrar y reglamentar?:

...la del área no es científica, el feedback no es científico… influencias no científicas tenemos pocas si te pones en plan muy amplio… la única información no científica en la que nos basamos … es la experiencia que es lo menos científico del mundo pero excepto eso yo creo que no estamos influenciados, hombre la opinión de un colega pues no es científico ¿no? pero no, yo creo que no estamos influenciados... (MAP: e-6, p-40)

Pero no todo el mundo da la misma relevancia a las presiones sobre el Médico como prescriptor, y encontramos a este Médico jubilado que aún reconociendo dichas presiones, piensa que no influyen en el modo de prescribir, aunque aclara "siempre que el Médico esté bien preparado" (la preparación del Médico es clave para frenar las influencias). De todas formas, este mismo Médico es el que nos confiesa que de su consulta es muy difícil que salga alguien sin su receta, lo que nos lleva a preguntarnos cómo construye este Médico los criterios para prescribir de manera tan generalizada, ¿sólo se guía por su propio criterio médico?; ¿para qué o quién es necesaria la receta?; su generalización en la consulta ¿responde a criterios clínicos, a la demanda del paciente o a otras influencias relacionadas con el rol profesional?:

...factores hay muchos; el mismo representante que te está dando el coñazo todos los días… algunos medicamentos salían en la prensa antes de presentarlos a Sanidad, y la gente venía a

*pedirlo... Uno que está bien preparado, sabe lo que tiene que hacer y yo creo que no se deja influir por alguien que venga a por él, ellos saben que es absurdo... como norma no (*MAP: e-11, p-296)

También hay un tipo de influencias que están basadas en consideraciones sociales o económicas, pero que no se refieren a una presión sobre el Médico sino a una adaptación que hace el facultativo a la realidad del paciente:

*...yo a una persona que tengo delante que no sabe leer le tengo que prescribir de una forma distinta a otra persona que sé que además tiene un conocimiento de farmacia enorme... buscar la forma de que se tome la medicación de la forma adecuada y se la tome bien... depende de la persona que tengas delante, del estrato social, del estrato cultural, y eso...Yo debo de saber un poco si ese señor puede acceder a comprarse esa pastilla o no comprársela (*MAP: e-12, p-319, 320)

Veamos, a continuación, las propiedades de las sub-categorías englobadas en la categoría general "presión a la prescripción". Se trata de distintas influencias a la prescripción que forman parte del discurso de estos profesionales, y que se pueden agrupar en tres grandes bloques: la Industria, el Sistema Nacional de Salud y el paciente, aunque hay muchos espacios en que unas y otras se encuentran entremezcladas.

8.3.3.1.- Seducción industrial (los laboratorios farmacéuticos).

Llama la atención cierto paralelismo que hace el Médico entre las presiones que recibe de los laboratorios y las que recibe del Sistema. Las primeras serían "la calle" y las segundas "los jefes":

...tratar tratan de influir todos los que te rodean. Yo soy empleada de un sistema público y desde el punto de vista de que tengo unos superiores, tratan de influir en mí... Y por otro lado, pues, ***por la vista me entra todo lo que me viene de la calle****, digamos casas comerciales. Si quieres son los dos grandes bloques...* (MAP: e-12, p-320)

Y en "la calle" lo que impera es la ley de la selva, por lo que empezamos el análisis de esta categoría ilustrando la opinión de un experto. Según nuestro visitador entrevistado, entre los Médicos y los laboratorios la clave es un *quid pro quo* ventajoso para ambas partes. Debido a su enorme interés, se transcribe ampliamente la opinión siguiente que ilustra con claridad la capacidad de influencia de la Industria Farmacéutica:

...aumentar las ventas de los productos de su empresa... La información suele ser siempre… veraz… éticamente no hay nada reprochable… no se engaña ni se miente… ¡los médicos se darían cuenta!... las otras técnicas de venta que se utilizan... las que realmente influyen en los médicos,

que suelen ser, pues, las "atenciones". Entonces, eso sí que ha cambiado mucho, porque hubo un momento en que todo se hacía a un nivel muy grosero y de hecho hubo muchas sanciones a laboratorios por aquello que se llamaba "El Tarugo" ¿no? era un médico, que se le decía "Tanto me recetas, tanto te pago"… las técnicas más eficaces de venta son un refinamiento de ese planteamiento... lo más habitual es, pues eso, ofertar un valor añadido al cliente... el más bonito, digamos, éticamente, es el de dar información. Entonces, se ofertan cursos, charlas… pero realmente los que más éxito tienen, los que más llegan a influir en la prescripción, son ya los favores más especiales ¿no? O sea, ya… de la índole de congresos... Hay un tema… que se utiliza en las áreas de especializadas mucho… y es lo que más dinero da, con diferencia: la relación a Fundaciones... en esas Fundaciones, están implicadas, no sólo los propios médicos, sino gente de otras esferas ¿no? Pues, por ejemplo, yo sé que varias de las Fundaciones más importantes de servicios de oncología, pues eh… una de ellas estaba, eh… formaba parte una Borbón… todo ese tipo de Fundaciones recibe donativos realmente generosos… en este tipo de acciones se habla de mucho dinero, o sea, pues… de yo qué sé: 100.000€, 300.000€, 500.000€… al año... además se desgrava… Y es legal, el Laboratorio dice que ha hecho un donativo a una Fundación X… va todo perfectamente transparente... unos reciben el dinero, no lo declaran y los otros lo declaran y se lo desgravan... Ése es el gran apartado, donde más dinero se da. Otro apartado también perfectamente legal es la colaboración con material inventariable, que eso son sobretodo ordenadores... es un favor ¿no? que se agradece mucho... el más habitual y todo esto es el de Congresos, asistencia a Congresos. La asistencia a Congresos es un factor muy importante, porque los Congresos siempre se hacen en sitios estupendos y maravillosos, y luego pues eso, los viajes que se ofertan, pues equivaldrían a unas vacaciones de súper, súper lujo... pero luego ya aparecieron ahí hijos de los médicos, aparecía la suegra del médico… un poco excesivo… a los laboratorios, tampoco les interesaba, porque el invitar a las familias y a las mujeres y tal pues no les aportaba absolutamente nada... las señoras estas... se dedicaban... a ver quién tenía el mejor hotel, o qué laboratorio era el más generoso… era devastador… era gastarse el dinero a lo tonto. Para quedar mal. Y entonces, la industria farmacéutica, a través de Farmaindustria, elaboró lo que se llamaba un "Código Ético", que en realidad… pues hombre, algo de ética tenía, pero sobretodo lo que tenía era de ahorrar gastos superfluos... consiguieron erradicar a las señoras de los congresos... la intención científica de los congresos pues es… bastante dudosa... luego se desarrollan muchos congresos, mini-congresos locales, regionales… que para lo único que sirven es para dar más dinero al organizador de ese congreso... eso son básicamente las, las argucias más… elegantes, para dar dinero por prescripción, pero dejándolo, dejándolo sobreentendido, nunca jamás se le dice a nadie "Si recetas esto te voy a dar más dinero" pero el médico sabe que si necesita financiación, además, de hecho ya lo sabe, pues va a ir al laboratorio que más prescribe, al que más se venda en su hospital o en su área del Centro de Salud o lo que sea "Bueno, pues aquí lo que más recetamos es…yo que sé… Merck. Pues llamamos a Merck, a ver qué nos dice, a ver si nos pone como "Main Sponsor"... si alguien te da mucho dinero por algo, pues tienes que devolver el favor... (Visitador Médico: e-13, p-330 a 337)

La maquinaria comercial de la Industria es, como vemos, muy potente. Los visitadores, por

su parte, cobran un fijo y un variable bastante importante en base a ventas y para calcular dichas ventas se recurre a un instituto especializado, de manera que se pueda constatar el resultado de la influencia del visitador:

> *...El International Marketing Service o algo así, es una agencia de datos... trabaja con datos de prescripción. Sobre todo de Atención Primaria..... IMS saca… datos de ventas, de almacenistas... de farmacias… y de prescripciones incluso... Son métodos muy complejos y muy fiables...pero lo que no se sabe con exactitud es que tal médico receta tal cantidad...eso está prohibido...* (Visitador Médico: e-13, p-329)

Desde el punto del vista del MAP, la influencia de la Industria se concentra, de manera pasada y presente, en la labor de los visitadores farmacéuticos que trabajan para los laboratorios. La relación entre Médicos y visitadores es "de siempre". En realidad, la relación está clara y el porqué se les atiende también: se forjan amistades, se hacen algunos favores, que lo que quieren es vender más productos... Eso sí, este Médico jubilado, hijo de Médico, que se ha relacionado con los visitadores desde niño, no ve necesaria la labor del visitador, pero les atendía a todos "por educación". Este atender a todos está estrechamente relacionado con el "oír a todos". Al Médico le valdría con que el laboratorio le informase de las novedades sin más:

> *P: ¿Cómo y cuándo tuviste por primera vez contacto con un laboratorio?*
> *R: De siempre... En casa de mis padres, ¡que iban por allí!... la única vía que tenías allí pues era ésta: llegaba el hombre allí "pues hay una medicación nueva tal… pues ya en la farmacia está…en la época de mi padre y cuando yo empecé aquí, eran visitadores e informadores, ahora son vendedores de marketing... y vienen a ver cómo te presionan para que vendas... yo por educación los veo a todos... Unos te dicen algo, otros no te dicen más que tonterías… pero la educación está por encima de todo... Si hay 50 pues les atiendo. Aunque les tenga que decir "estáis perdiendo el tiempo… después de 20 ¿tú crees que me acuerdo de lo que ha dicho el primero?... son 20 años de vernos casi todos los días… Porque todos al menos una vez al mes vienen... hay con unos que congenias y con otros que no... y si me invita a mí o yo le invito a él y ya está, y me voy encantado porque es un tío encantador… me ha hecho favores…*
> *P: ¿Crees que el trabajo de los visitadores es necesario?*
> *R: Hombre, tanto como necesario, no... si a mí me dice lo que ha salido, pues me basta. No me hace falta el visitador... la labor del visitador no es darte mucha información hoy, es recordarte que tiene un preparado y que no te olvides de él (*MAP: e-11, p-288 -291)

El trabajo del visitador, como el de la Industria, está lleno de sutilezas; una de ellas se basa en el tú a tú, en la mera presencia amistosa y en las ocasiones que busca de "socializar" y crear lazos de cercanía que a los Médicos les cuesta evitar, ya que supone alejarse de la norma social y mostrar rechazo. El Médico puede verse sometido a cierta presión no sólo por el propio visitador,

sino por sus propios compañeros: si quieres guardar la distancia con el visitador, puede que eso te lleve a guardarlas involuntariamente con los compañeros. Además de estas situaciones digamos "sociales", hay otro factor que manejan los visitadores para "legitimar" su presencia: él sólo quiere hacer su trabajo y que le escuches, sin más pretensiones, no quiere comprometer al Médico:

> *...uno de los argumentos… de los visitadores es que bueno ellos están haciendo su trabajo, que a ti no te están comprometiendo a nada, o sea, no piden un compromiso por tu parte, que simplemente lo que quieren es que les escuches, y las personas con las que hablé me lo plantearon un poco pues como una cuestión de "estás impidiendo que yo realice mi trabajo" no? Entonces, bueno, pues en esta situación lógicamente pues te puedes llegar incluso a sentir mal (*MAP: e-1, p-21)

> *Me podría sentir mal en el momento de la relación personal de tú a tú, cuando un visitador médico directamente te pregunta oyes tú por qué no quieres que te visitemos (*MAP: e-1, p-22)

> *...siempre lo he vivido como pues algo que por educación tienes que hacer porque ellos vienen a ofrecerte sus productos, están haciendo su trabajo y tu tienes que escucharlos no?* (MAP: e-2, p-46)

> *...vive y deja vivir...* (MAP: e-4, p-90)

Los visitadores son comerciales y no suelen tener una formación técnica. La honradez, la sinceridad, la empatía con los clientes, el trabajo bien hecho, es lo que más se valora en un vendedor, es decir, cualidades de un buen comercial. En cambio, no se valora la formación técnica ni los conocimientos; quizás porque el visitador no tiene más que repetir lo que han diseñado otros:

> *...quizás lo que más, lo que más valoran de todo, es la…. la honradez... un visitador, al fin y al cabo, hace el trabajo un poco... bueno, autónomo, por su cuenta... en última instancia es muy fácil engañar es muy fácil decir que estás viendo a no sé quién y estás en otro sitio ¿no?... uno de los tabúes que se considera despido de inmediato es lo que nosotros llamamos un "Rapport falso", los rapport falsos consisten en decir que has hecho un trabajo que no has hecho... lo que sí se valora mucho también… lo que llaman "la empatía", el saber estar con los clientes, tal, el quedar bien con ellos... La formación técnica, la verdad es que las empresas no la valoran para nada, aunque sí los clientes...*(Visitador Médico: e-13, p-339, 340)

El visitador es el elemento clave para introducir los nuevos medicamentos valiéndose de su relación personal con los Médicos, y tratando de influenciar en términos comerciales, animándoles a utilizar las novedades. Son como la punta de lanza de penetración en el mercado. Un dato interesante es que los Médicos creen que el visitador conoce los productos que prescriben:

P: ¿Cuál es en tu opinión el papel del visitador?
R: ...Pues hombre, primero dar a conocer un fármaco, y desde su punto de vista, vender cuantos más mejor...
P: ¿Cuántas veces a la semana ves a los visitadores?
R: ...Todos los días cuatro o cinco.
P: ¿Se llega a establecer una relación algo más personal con algún visitador?
R: Sí.
P: ¿Crees que el visitador o su laboratorio conocen la prescripción que tú realizas?
R: Creo que sí.
P: ¿Has salido alguna vez con un visitador, en plan amigos o a comer o algo?
R: A comer en comidas de trabajo sí, en plan amigos no.
P: ¿Cuál crees que es su mayor aportación?
R: La mayor aportación de un visitador para mí es presentarme las novedades, porque son los primeros que te las van a presentar... (MAP: e-12, p-315-316)

Es un testimonio muy interesante de la percepción entre Médico y visitador; está claro que no es una relación espontánea, sino forzada por la estrategia comercial de los laboratorios. Y está claro que cada uno sabe estar en su sitio, no hay confusión, cada uno va a lo suyo, y en el fondo ambos profesionales, aunque tienen un contacto periódico y continuado, no se aprecian mucho. Eso sí, dadas las reglas del *quid pro quo*, dado que a los Médicos no les amarga un dulce, menos aún si revierte en la mejora de su formación, en estar al día o en otros "beneficios", están obligados a entenderse:

P: …¿Cómo crees que ve un visitador a un Médico de Atención Primaria?…
R: Pues en general se odian, se odian cordialmente. Mutuamente además. Los visitadores piensan que los médicos no tienen ni idea, que solamente van a hacer su trabajo lo más rápido posible y sin complicarse demasiado… y los médicos opinan lo mismo de los visitadores, lo que ocurre que claro, están destinados a entenderse porque no tienen más remedio... porque para eso… actúa la empresa. El laboratorio es el que fuerza esa relación… el laboratorio presiona al visitador para que haga muchas visitas… y el médico pues tiene otras cosas que hacer… la visita médica al médico no le oferta grandes cosas… les hace perder mucho más tiempo... hubo un momento en que con el ánimo de que el médico viera bien al visitador se regalaban cosas pero alucinantes ¿no? se regalaban maletines de piel y… plumas Mont-Blanc... es como compensarle por la molestia.
P: ¿Se puede dar, eh… amistad, o se puede estrechar la relación entre visitador y médico?
R: Hombre, claro, todo lo que quieras (Risa) eso, ahí no hay límites…
(Visitador Médico: e-13, p-346-349)

Parece claro que en la estrategia del visitador el primer paso es establecer una mínima relación personal con el Médico, que le permita acceder a él periódicamente, aquí unas palabras sobre un producto, allí una cerveza, y de esta manera parece claro que buscan establecer una

accesibilidad al Médico que luego se puede convertir en algo más ya que el visitador representa la puerta para acceder a cierta información, formación, asistencia a un Congreso, algún regalito… Aunque con crecientes limitaciones y control por parte del SNS, el Médico se ve expuesto a "presiones" de la Industria que no ha resuelto previamente el SNS, de manera que cae en contradicción presionando al Médico para que prescriba menos y más barato, pero permitiendo la visita médica que obviamente es un tobogán hacia más prescripción y más gasto:

> *...yo no veía a los visitadores, a mi esto … me suponía a veces un conflicto puesto que mis compañeros sí lo veían y me preguntaban que por qué yo no, eh y también porque bueno eh por ejemplo yo podía ir a un bar y un visitador médico estar en ese momento bueno pues invitando a una ronda o invitando a algo y, y para mi era, resultaba difícil negarme a aceptar su invitación no? incluso en alguna ocasión me han preguntado directamente por qué no me dejaba visitar y les he tenido que dar una explicación, no fue, no fue sencilla no?…* (MAP: e-1, p-21)

> *...luego es verdad también, eso es importante, que hay visitadores con los que llegas a establecer una relación hombre no de amistad diría yo, ahí el criterio amistad depende de cada uno, pero si que te vinculas personalmente no?... como estas de nuevo cualquiera que te hace caso te vuelves loco... quedabas a una barbacoa en su casa, o sea una relación pues eso de conocido, de amigo y claro quieras que no te influye un poquito no?...* (MAP: e-2, p-46)

Pero la visita no es lo único que permite el SNS, ya que el medicamento, como nos recuerda esta Médica implicada en el proceso de autorización de medicamentos, se convierte en un producto comercializable de la mano de la autorización por parte del SNS. Esto hace que las farmacéuticas presionen para obtener los permisos correspondientes cuanto antes, ampliando su cartera de productos:

> *...la compañía siempre quiere autorizar muchas cosas que no se pueden autorizar porque no hay evidencia científica... es lógico entenderlo así, la autoridad regulatoria establece los límites y la compañía farmacéutica siempre quiere mas no?* (Médica Agencia Medicamento: e-3, p-71)

En la relación con el visitador, existe una apariencia de normalidad en la que se incluye un transparente y natural *quid pro quo,* ya mencionado. El Médico se siente libre a la hora de prescribir, sin sentir compromiso hacia el visitador que le frecuenta. El mecanismo está alejado del compromiso o la obligación, es, al contrario, la amabilidad y el recuerdo agradable lo que utiliza la Industria para colocar sus influencias, en lo que podríamos denominar el hall del *Esquema Prescriptivo*, mecanismo que desarrollaremos más adelante como idea fuerza que ayude a comprender mejor el proceso de prescripción. El visitador sólo hace su trabajo, te influye sólo un poquito cuando tú eliges, libremente, entre dos medicamentos iguales y de igual precio. Así, el laboratorio ha logrado ubicar su eslogan en tu esquema de trabajo y se convierte en tu opción

“preferente”, en tu elección y tu criterio, en algo que has asimilado y te funciona, te hace sentirte seguro. La relación con el visitador se apoya en un toma y daca “sin trampa”; el Médico le escucha y el visitador le da ventajas formativas; en esta relación, el visitador no pide ningún compromiso al Médico, pero logra situarse cerca de él y colocarle su mensaje machacón. Esta cercanía, que se traduce en una relación periódica mes a mes durante años, en encuentros regulares y agradables, representan una verdadera familiareidad y son la posición óptima para tener acceso cotidiano a la antesala del “Esquema” de prescripción del Médico, esperando la ocasión propicia para colar dentro alguno de sus argumentos:

> *...los médicos dedican un tiempo a escuchar lo que los visitadores tienen que contarles… a cambio siempre dan algo no? entonces lo mas aceptado y lo menos cuestionable desde el punto de vista ético es que a los médicos les devuelvan pues algo que favorezca su formación… Congresos, cursos eh ó material docente no?* (MAP: e-1, p-23)

> *Y lo que si es verdad es que nunca me he sentido atado por recibir ese tipo de regalos... pero siempre me he sentido muy libre, eso si, si yo luego veía que dos productos están igualmente indicados tenían el mismo principio activo y el mismo precio... pues entonces claro yo me tiraba al del laboratorio que me hubiera tratado mejor...* (MAP: e-2, p-46)

> *P: ...¿Qué factores puedes enumerar que estén influyendo, en general, en la prescripción diaria del Médico de Atención Primaria?*
> *R: Pues… influyen… sus conocimientos… influye la visita médica, porque eso está clarísimo, o sea, el día que hay un visitador en la zona, ese día se prescriben todos los medicamentos de ese laboratorio... el médico también, muchas veces, es incapaz de recordar todos los medicamentos que existen... esa es una de las bazas de los visitadores, el que recuerden esos productos, pues entonces inciden en esa prescripción y… Y luego lo que incide, pues es eso, las simpatías y empatías... un médico nunca va a recetar algo que él estime que le va a sentar mal a una persona... omeoprazoles hay cuarenta en el mercado, entonces, claro, él va a recetar el omeoprazol que le parezca y el que le parezca va a ser o el que le acaban de recordar o el de un amigo suyo... otra manera que habría de solucionarlo, que el médico no pudiera poner el fabricante, que recete el principio activo y ya está...* (Visitador Médico: e-13, p-358-359)

El visitador nos da una salida que no parece imposible: la clave para desvincular al MAP del visitador y su influencia, y con ello de una parte muy importante de la influencia de la Industria, es que se recete el principio activo. Mientras esto no ocurra, se mantendrá de una u otra manera esta relación.

El visitador se interesa por los problemas del Médico, tiene pequeñas atenciones hacia él... Pero es que ya antes de terminar la carrera, los laboratorios se preocupan por tí y te hacen llegar lo último, de manera que te ayudan a no quedarte obsoleto. Así, el Sistema Nacional de Salud

aparece, primero, como un posible empleador al que es difícil acceder, luego, cuando lo has conquistado, resulta ser un jefe que cuestiona tu autonomía y que te trata no como a un profesional responsable, sino alguien bajo sospecha, mientras que la Industria te hace sentir como un profesional al que valora, al que mantiene informado de las novedades y al que da formación, que es una dimensión fundamental. Otra de las preguntas para la sanidad pública es qué aportación hace ella para dar a conocer nuevos medicamentos que sean recomendables por motivos de calidad asistencial y qué inversión hace en la formación continua de los Médicos en el campo de la terapéutica y en la investigación de alternativas al medicamento:

> *…cuando estábamos el último año de carrera nos juntaban los de Beacham en su sede y nos regalaban el vademécum que luego te daban en el colegio de médicos, pero ellos te lo adelantaban, con una pestañita en la sección del laboratorio de Beacham... y eso te marca mucho eh porque piensas: estos son los únicos que han tenido el detalle de irme a buscar a mi que soy una miseria humana, un estudiante de sexto se considera una absoluta miseria en el mundo de la medicina... siempre les guardas un cierto agradecimiento*. (MAP: e-2, p-45)

> *...nuestra formación, se la debemos a ellos. Y la difusión del medicamento que sale, también se la debemos a la industria farmacéutica, sino, estaríamos todavía en el siglo pasado (*MAP: e-11, p-287)

Se produce una cierta "simetría" entre el laboratorio y el Sistema. Ambos te dan algo, pero también ambos te suponen una carga o un rechazo. El Sistema te da trabajo, pero no te valora lo suficiente y te persigue con los gastos; el SNS también quiere situar sus mensajes en el hall de entrada del *Esquema Prescriptivo* del Médico, aunque lo hace de una manera menos "encantadora" que los laboratorios, ya que su labor es administrar los recursos públicos, tratar que sean lo más eficientes posibles y evitar en lo posible su uso innecesario. Esta ambivalencia tiene su resonancia en el papel de cada uno respecto a lo que el Médico prescribe:

> *Hombre con el laboratorio hay una relación ambivalente, como con el Sistema, la verdad con los dos... con el Sistema, pues sí tienes la sensación de que no te valora lo suficiente el trabajo, pero al mismo tiempo es el que te da trabajo y es el que permite pues que haya una sanidad de calidad como la que tenemos no? entonces, y respecto al laboratorio farmacéutico pues por un lado muchas veces es el pesado que viene pues cuando ya estas cansado de ver un motón de pacientes a decirte encima lo que trae en su carpetita, que es lo de siempre y además explicado de una manera así poco científica y personalizada, pero por otro lado pues es el que te paga los congresos cuando te quieres ir de congresos el que te regala un libro a veces son buenos libros, entonces si es el que te lleva a comer también, las cosas como son, de vez en cuando no?...* (MAP: e-2, p-46)

> *Jo lo de la visita médica es un problema... yo he estado muy en contra siempre de la visita médica y me parece que no aporta nada, me da mucha pena por los visitadores médicos porque ellos tienen que ganar el pan... si no hay visitadores médicos ¿quién te paga el congreso?... ese es el juego*

*ambivalente que tiene que resolver la administración y entonces decir ¡paso de los visitadores! les permito a mis profesionales formarse dentro de un orden y el tiempo que dedicaban a que el señor les cuente por enésima vez que su producto es el ultimo... se convierta en sesiones en las que se exponen guías de prácticas clínicas... por ahí tendría que ir la cosa (*MAP: e-2, p-62)

En su presión a los Médicos, la labor de los laboratorios farmacéuticos no es exclusivamente una relación comercial; una dimensión fundamental que desarrollan los visitadores y que sin duda aporta valor a su trabajo es la dimensión humana que le dan. El visitador llega a ser una figura cercana humanamente al Médico, lo que refuerza la dicotomía que se produce entre el sistema de salud que ejerce un papel de control, presión y requerimiento de ahorro a los Médicos, y los laboratorios que derrochan amabilidad personal con ellos:

El visitador médico es una persona amiga, cercana, que te proporciona palmaditas en la espalda… cuando hay novedades hacen su papel… siempre ha sido un profesional cercano al médico y que ha cuidado entre comillas al médico ¿no? entonces sientes como que te debes un poco a ellos porque es un papel por y para el médico, pues contratado por una empresa que tiene sus criterios muy claros y sus objetivos son económicos y tal… por su puesto, pues ellos, eso está muy estudiado que a base de machacar y recordar y recordar, pues al final consiguen que te acuerdes también de sus preparados y por eso siguen existiendo, si no habrían desaparecido ¿no? (MAP: e-5, p-122, 123)

*Pues el visitador es, todos los días… importantísimo… primero la información que te dan, la novedad te la dan ellos… son las caras que proporcionan la mayor información de todo tipo científica y no científica sobre el medicamento, prescripciones, posología interacciones prácticamente… primero, lo hacen muy bien, utilizan técnicas de comunicación que lo tienen muy estudiado y luego cogen todos los factores, hasta el factor humano, yo tengo una anécdota… (al llegar al centro de salud) nadie me dijo dónde está mi consulta, cómo lo tienes que hacer, las normas que había, nadie, o sea llegué y pum me puse a trabajar… los únicos que me pusieron al día y me hablaron de usted fueron… y con cierto cariño y bienvenido y tal y cual, fueron los representantes farmacéuticos… y luego el factor científico pues también, porque son los que te dan información en colorines, bonita, rápidamente, estructurada y eso cuenta… pero que influencia tiene muchísima (*MAP: e-6, p-141, 142)

El joven Médico acaba reconociendo que los productos del visitador con el que ha trabado una cierta relación personal, son ungidos por un plus. El visitador ha logrado despertar la atención personal del Médico y ésta se traduce en una cierta inclinación hacia los productos de su marca. Es ni más ni menos que el efecto de una buena “campaña de marketing” que, en el caso del Médico de familia, es muy personal, tanto como la decisión “médica” de prescribir uno u otro fármaco una vez hecho el diagnóstico. A nosotros nos parece que además de promover una

marca, por esta vía los laboratorios y sus representantes llegan a promover toda una cultura de la prescripción, un cierto tipo de visión de la ciencia al servicio de los pacientes, con promesas de avances tecnológicos, de mejores resultados... Aquí de lo que estamos hablando es de un micro-universo simbólico en el que se combinan varios elementos que en conjunto institucionalizan toda una cultura médica pro-receta y pro-medicamento: paciente, laboratorio, investigación, nuevas tecnologías, avances, progreso, relaciones personales, me valoran, hacen su trabajo, no me compromete, lo que sea mejor para el paciente:

> *...lo que te queda es un poco la sensación de que como es pues una persona que conoces a la que valoras porque él te valora a ti, pues es que es su producto tiene que tener un plus no? (...) luego sacaron el "turboalen", el turboalen era un aparatito así con un diseño de cápsula espacial que todas esas cosas le llegan mucho a los médicos claro, como a todos no? la técnica, entonces le das ahí unas vueltas a una rueda que tenia debajo y entonces te dejaba una cantidad de polvito microscópico con lo cual tú sólo tenias que aspirar... el visitador de Astra me lo vendía como una cosa maravillosa, hombre la verdad que fue un avance yo creo que para el paciente, pero bueno se juntaba ahí todo no? se juntaba la técnica, el que te lo cuenta, un tío así muy bien trajeao con muy buenas relaciones sociales (*MAP: e-2, p-48)

Otra dimensión de este micro universo es cómo se maneja la información que dan los visitadores, por ejemplo sobre la diferencia de usos de un medicamento en función de la autorización que presentan y de las estrategias de las farmacéuticas. Un medicamento se autoriza para un uso, lo que es mucho más que un paso formal, realmente se da entrada del producto en el mercado simbólico y por diversas técnicas se acaba utilizando de una manera distinta a la autorizada, ¿cómo es eso posible? Creo que porque estamos en un contexto más amplio y ambiguo que el de la ciencia o la clínica, estamos en un universo donde los medicamentos se convierten en símbolos de la salud y el bienestar:

> *...el tema que más conozco es de vacunas como te he comentado, entonces parte de la estrategia de las compañías, por ejemplo, la vacuna de varicela, Varilri es una vacuna que hasta hace poco tiempo estaba autorizada solamente para uso hospitalario... y en unos usos muy concretos no? entonces la compañía empezó a utilizar, bueno la compañía lo digo entre comillas y un poco por evidencia que tengo yo de que ha ocurrido así, aunque eso no figura en ningún sitio, empezó de alguna manera a convencer a los pediatras de que había que poner varicela a todos los niños... efectivamente si las Compañías utilizan otro tipo de estrategia para aumentar las ventas de sus productos...* (Médica Agencia Medicamento: e-3, p-72)

Pero es que la Industria empieza su labor de introducción de nuevos medicamentos mucho antes de que se autoricen y se puedan comercializar, de manera que el terreno de la actualización de conocimientos en congresos y demás, está en manos de quien lidera la introducción de nuevos productos. La Industria produce el nuevo conocimiento, invita a los Médicos a congresos como

deferencia legítima por tratarse de formación, pero en realidad es una acción comercial porque allí se va a confundir el avance científico con la última novedad farmacéutica, a lo que se sumarán campañas de concienciación de las dolencias que curan esas novedades, así que para cuando se autoriza el medicamento, ya tiene creada la necesidad médica y del paciente:

> *...para cuando ese medicamento quiere llegar digamos a ser de uso, cuando ya se aprueba en España, tu ya tienes una idea bastante hecha…* (MAP: e-4, p-105)

La Industria Farmacéutica contribuye a acortar el proceso MALESTAR – DIAGNÓSTICO – TRATAMIENTO – PRINCIPIO ACTIVO - MEDICAMENTO DE MARCA, para pasar a MALESTAR – MEDICAMENTO DE MARCA. El diagnóstico, sin duda fundamental, es la clave para que el Médico sepa qué le pasa al paciente, pero como decía nuestro jubilado:

> *no recetar te cuesta un huevo (…) el que entra por la puerta, o tiene algo o se lo cree* (MAP: e-11, p-278 a 280)

No podemos pensar que los Médicos prescriban sin estar bastante seguros, nunca pondrían la salud del paciente en riesgo eso está claro. Lo que creemos que sí puede estar ocurriendo es que dentro del Esquema de los Médicos, que lógicamente incluye grados de seguridad, lo que alcanzan es una percepción de seguridad a partir del discurso dominante, de retales de información de aquí y allí. Y tienen que basarse en algo, si no se paralizarían, y alcanzan seguridad en sí mismos y en su trabajo gracias a su capacidad de imbricar un esquema sólido a partir de este discurso dominante. Claro que cada Médico tendrá su Esquema y se basará de una manera más o menos "conservadora" en la información que recibe. Pero en cualquier caso, el Médico se está apoyando en una herramienta intangible que combina experiencia, ciencia, comentarios de compañeros, noticias, folletos, revistas, visitadores, congresos, etc.

Desde el punto de vista del visitador que trabajó al servicio de la Industria Farmacéutica, en nuestro caso un licenciado en Farmacia, aunque da por hecho que el Médico hace un buen diagnóstico (que sería lo más complicado y la clave para evaluar la situación del paciente y culminar fijando el tratamiento más adecuado), lo que es la elección particular del medicamento ya no tiene el mismo rigor, no se puede decir que siempre se priorice el interés de los pacientes, sino que se puede desviar hacia lo que de una u otra manera es más rentable para el que prescribe:

> *...si la pregunta es si la prescripción es ética: No lo es. Se prescribe en función de intereses que no siempre son los del paciente... partiendo de un diagnóstico correcto, pues se desvía, hay una desviación importante de prescripción hacia los productos y las empresas que son más rentables para el que prescribe...* (Visitador Médico: e-13, p-352)

De una u otra manera, el universo de la salud, las demandas de bienestar, la labor del Médico y del SNS, los intereses de la Industria... todo ello acaba contribuyendo a que en muchos casos se esté pasando, casi automáticamente, del malestar al consumo de un medicamento de marca, devaluándose el verdadero valor de la salud. Cabe hacer aquí una analogía con la cultura, cuyo proceso de industrialización facilita que convivan el teatro clásico, el teatro de grandes autores y grandes actores, con el cine basura "de palomitas" o los video-juegos que circulan en millares de copias. Igual que se comercializan ciertas emociones y experiencias a partir de una industrialización de la cultura, se consume la sensación de bienestar a partir del resultado de la industrialización de la prescripción médica. Es un efecto más de la "satisfacción inmediata de necesidades" instalada en la sociedad de consumo. No obstante, en el caso de la industrialización de la prescripción médica, hablamos de un proceso muy intenso, ya que hay una implicación personal tanto del consumidor (el paciente), como del prescriptor (el Médico), y esa relación está presidida nada menos que por la garantía del Estado a través de un funcionario público, y del avance científico a través del medicamento.

Como una de las propiedades de esta categoría, cabe señalar que aunque la "seductora industria", la Industria Farmacéutica se muestre amiga del Médico y colabore con él (y amiga de la salud en general por sus grandes inversiones en investigación), cabe sospechar que en realidad se saltaría al Médico, y a otras instancias, si pudiera vender directamente los medicamentos a los pacientes. Esto es un peligro.

8.3.3.2.- El controlador (Sistema Nacional de Salud).

A estas alturas, no debe sorprendernos encontrarnos dentro de los factores que influyen en la prescripción al propio Sistema Nacional de Salud, en su papel de responsable de la salud pública que aplica las políticas de los diferentes gobiernos; jefes de los MAP; administradores de las subvenciones de los medicamentos prescritos por esos mismos MAP; reguladores del mercado de medicamentos; aprobadores de nuevos medicamentos... Esta es una de las propiedades más llamativas de esta categoría.

En el discurso, digámoslo así, oficioso del SNS, se echa gran parte de la "responsabilidad" del mal uso de los medicamentos al Médico prescriptor y al marketing farmacéutico, en una especie de complicidad o maridaje que acompaña a menudo al hecho de la prescripción y lo hace confuso: el Médico y la Industria juntos, compartiendo una mirada complementaria, cuando no similar, del medicamento. Quizás, ya que el MAP es quien tiene que solucionar los problemas de la gente y conseguir que salgan de la consulta mejor de como entraron, desde ese punto de vista su mejor aliado puede ser la Industria Farmacéutica, porque se orienta a darle la mejor herramienta para satisfacer al paciente y resolver con agilidad las 60 consultas diarias.

El papel del SNS es central y además es el contexto en el que se producen todas las situaciones de presión sobre los prescriptores: el paciente quiere el medicamento, si no se lo das se va al especialista, se rompe la relación médico-paciente que es un vínculo profesional fundamental para el MAP, que fundamenta su trabajo en dicha relación. El especialista se lo receta, pero el MAP no lo tiene permitido por parte de su Gerencia. Los congresos científicos, a los que asisten tanto el Médico de hospital (especializada) como el de centro de salud (primaria), avalan las nuevas terapias con nuevos medicamentos. El Ministerio los autoriza, aunque inicialmente sea con restricciones, pero ya está exponiendo al Médico a las presiones de laboratorios y pacientes y sirviendo en bandeja el conflicto.

Una de las cuestiones relevantes del medicamento es la de la disponibilidad de recursos al alcance de todos los pacientes. Para el MAP, la mera existencia de un medicamento autorizado por el SNS, aunque en algunos casos sea con ciertas limitaciones, ya le permite prescribirlo si es la mejor opción para la salud de su paciente. Al mismo tiempo, esta circunstancia se ve rodeada por los intereses de la Industria, que se ocupa de crear la necesidad de cada nuevo medicamento.

Otro tema relevante que se abordará en profundidad en el apartado dedicado al paciente, es el de la relación médico – paciente y el papel que juega en esa relación el medicamento, que puede llegar a ser motivo de conflicto, de presión o, incluso, de "ruptura", lo que condiciona el rol del profesional; la "credibilidad" en la prescripción del MAP ante su paciente es una influencia más.

El siguiente comentario resume muy bien lo que hemos expuesto para introducir esta categoría y mostrar sus propiedades:

> *…si resulta que salen fármacos nuevos, y todos los consensos dicen que hay que usarlos, y resulta que luego a ti te mandan una orden de que no los uses, son intereses contrapuestos… desde unos criterios científicos, pero también a lo mejor se viven como economicistas… Entonces dices, pero bueno, no prescribas, resulta que, todos los congresos, porque los medicamentos nuevos son los que los laboratorios presionan más para que se hagan más congresos y más estudios y salen, salen resultados y conclusiones, y luego encima el Ministerio los pone en circulación ¿entonces por qué me dicen que no los prescriba si los tenemos ahí?, y los están subvencionando. Entonces esas contradicciones al médico le cabrean muchísimo, y, y vive esto como un gran paripé… si ellos no pueden hacerle frente, ¿nosotros tenemos que hacerle frente? ¿Sin tiempo? ¿Y con una relación médico-paciente que es de años? ¿Y con unos vínculos ahí creaos que se pueden romper y hacer crack y de hecho se rompen y y se cambian de médico… a cambio de nada te piden un gran esfuerzo...* (MAP: e-8, p-194 y 195)

Se llega a hacer una equidistancia entre el comportamiento criticable de unos en su carrera por vender más y el de otros en su preocupación por gastar menos; así lo ve el visitador entrevistado. Los primeros, exageran las bondades de lo novedoso y más caro; los segundos, exageran los riesgos de lo novedoso minimizando sus supuestos beneficios que sin embargo tienen un elevado coste; los primeros defienden que el medicamento tiene múltiples usos, mientras que el Sistema Nacional de Salud restringe esos usos. Subyacen diferentes estrategias de comunicación para legitimar las posiciones de cada uno que, en última instancia, tienen a un espectador de excepción común: el ciudadano, en sus diferentes facetas de paciente, consumidor y votante:

> *...O sea que digamos que también la Seguridad Social tampoco es tan ética en sus planteamientos... el presupuesto que se maneja, es lo más importante para cualquiera que esté en un bando o en el otro... la Seguridad Social, su papel es, a ser posible, gastarse el menor dinero posible... ahorrar dinero pero lo que hablábamos antes, quedando bien con el público... (Visitador Médico: e-13, p-344)*

Cuando hablamos de medicamentos es fácil mirar hacia las farmacéuticas como exponente del capitalismo más agresivo, pero no siempre hay que mirar fuera del SNS, basta con mirar a los jefes de los Médicos, que les persiguen sin tregua para que cambien su forma de prescribir por cuestiones mayoritariamente económicas. El problema es que el Médico acaba concluyendo que “ni a unos, ni a otros”. Esta equidistancia “forzada” denota la situación de soledad del Médico, su falta de referencias sólidas, y deja en mal lugar a las gerencias, que se supone que deberían tener más autoridad y objetividad que los visitadores, no únicamente jerárquica, sino también clínica, pero de alguna manera se crea esta tensión que tiene al MAP en medio.

Es cierto que la responsabilidad última de la prescripción es del Médico, y en situación ideal, con los medios adecuados, esta sería la mejor fórmula: por ejemplo, más tiempo para cada paciente y más tiempo para la propia formación del Médico; acceso a conocimiento objetivo; protección ante las numerosas presiones.... Pero, dado que el contexto no es el adecuado, ¿dónde se apoya el Médico? En nuestra opinión, en un salvavidas: “en lo que dicen todos”. A esto es a lo que llega como profesional del Sistema Nacional de Salud. El proceso de prescripción no es un proceso sólido, sino que en muchos casos es un “sálvese quien pueda”, dentro de intentar no perjudicar nunca al paciente y de que el Médico decide “libremente” qué prescribir. De ahí, nuestra propuesta de que los Médicos desarrollen su propio *Esquema Prescriptivo* para encarar el proceso de prescripción airosamente; el problema es que su papel es difuso y existen dificultades claras para que pueda actuar con plena libertad y objetividad. Se traslucen nuevas influencias irracionales que inciden sobre el rol de prescriptor: la opinión del Médico para dilucidar a quién

debe hacer caso, y el propio rol de Médico, que se justifica porque hay enfermos que curar: “y si hay que gastar, se gasta”. El Médico se llega a sentir “un sacerdote”; más que ciencia, maneja ética, su ética:

> *Siempre los de arriba te están dando todo el día el coñazo para que recetes menos y barato, y ahí estás tú para decir “bueno”... Por un lado está la gerencia, lo que es la administración, diciéndote que no recetes nada (Risas) y luego están los otros que te piden que recetes todo lo que puedas, ahí está tu conciencia y tu eso para que digas “bueno, bueno, bueno, mira ni uno ni otro, yo haré lo que tenga que hacer y se acabó”... la gerencia mandándome… exhaustivamente todo el gasto de todo… por procesos, por principio activo, por nombres comerciales… por todo. Y luego comparándome... con todos los otros compañeros… “vale, muy bien”. Pero no te vale para nada más... Y si hay que gastar se gasta, lo siento mucho, o si no es necesario y no se te puede dar, también lo siento mucho… y ya está se acabó. Y vamos, yo soy médico porque hay enfermos, si no hubiera enfermos yo no soy médico y ya está... Yo es que ya me siento casi sacerdote, vamos, por eso te digo. Sí, sí porque sufres con el enfermo... cuántos habré visto yo que se jubilan y al día siguiente un cáncer de estómago o lo otro… con el problema que tiene jubilarse ¿y para esto? Te dan ganas de llorar con él (*MAP: e-11, pp-277, 278)

Tras este primer recorrido por esta categoría, a continuación abordaremos ámbitos más específicos recogidos en dos subapartados (o subcategoráis) que abordan las propiedades del papel de las gerencias y de los Médicos especialistas.

A.- Las gerencias de Atención Primaria

Los MAP están asaeteados por parte de sus Gerencias (sus jefes), en materia de gasto farmacéutico, un serio problema de sostenibilidad del SNS y una de las presiones más fuertes que actúan sobre la práctica de los facultativos. Si bien el SNS persigue a los Médicos haciéndoles en parte responsables del gasto, los MAP sitúan la causa del incremento del gasto en cuestiones como el coste de las novedades, el incremento y envejecimiento de la población, que los medicamentos son cada vez más caros y el incremento de las enfermedades tratables con medicamentos:

> *...el presupuesto es imparable porque no dejan de salir medicamentos nuevos y además enfermedades que antes no tenían tratamiento ahora lo tienen… y hay cosas que dices pues bueno, pues vale, si te pones así pues ya buscaremos la manera, es que no tiene sentido prohibir por prohibir...* (MAP: e-5, p-124)

> *Pero ya te digo, que si la población es mayor y los medicamentos son más caros, pero el culpable soy yo (*MAP: e-11, p-297)

Y por mucho que les presionen, por mucho que las Gerencias intentan restringir la prescripción de medicamentos por motivos presupuestarios, llegando incluso a la prohibición, resulta que ya se sabe que hay maneras para eludirlo: "ya buscaremos la manera" (e-5, p-124). Es decir, que la regulación en materia de prescripción de medicamentos no es la vía para lograr su uso racional.

Por otra parte, estas causas del incremento del gasto que señala el MAP van directas al avance de la "medicalización de la sociedad" así como a la "industrialización de la prescripción médica": fruto de la existencia de toda una maquinaria industrial, comercial y científica orientada a atender las "nuevas enfermedades", con más y mejores medicamentos.

Una de las maneras más habituales de presión desde el SNS es la de enviar al Médico los datos de lo que prescribe en comparación con otros. La información que cada Médico recibe de la Institución sobre los fármacos que ha recetado y su coste, se vive como una presión. La subvención de la receta, se supone que es un gasto que produce el paciente, no el Médico, y que asume el Estado para contribuir a la mejora de la salud de la población. A esa información se le da, por parte del SNS, un carácter meramente económico; no se ve como una mejoría para el paciente y sí como una evaluación cuantitativa de la actividad profesional, que en cambio no tiene en cuenta la calidad asistencial. Una cuestión clave para cambiar esta percepción por parte de los Médicos sería "humanizarla", y que fuera presentada y analizada por un profesional en un cara a cara con el Médico, para ayudarle a mejorar su prescripción en términos también cualitativos. La etiqueta "perfil prescriptor", que es un término muy habitual en el ámbito médico y de uso común en el SNS[19], tiene fuertes connotaciones, pues subraya los patrones de comportamiento y toma de decisiones de un profesional que tiene la responsabilidad y la libertad de prescribir, pero que es cuestionado por unos ratios que evalúan su manera de prescribir y la comparan con la de otros Médicos de una manera meramente matemática. Con esta etiqueta, se contribuye a consolidar el "rol de prescriptor", del que nos ocuparemos más adelante:

> *...también recibíamos un resumen de todo lo que habíamos prescrito… esto puede tener su interés pero yo personalmente y muchos otros compañeros lo vivíamos, vuelvo otra vez a la misma palabra, como una presión no? una presión para contener el gasto* (MAP: e-1, p-31)

> *Desde el momento en el que la valoración es meramente económica … yo creo que ya tiene un componente negativo… no se te está apoyando a utilizar el fármaco idóneo desde el punto de vista de la eficacia para la mejoría del paciente, sino para la eficacia del sistema general, es decir, para*

[19] Por poner un ejemplo, sirva el título de este artículo: "Radiografía del perfil prescriptor del médico en intercepción postcoital en una Zona Básica de Salud del área Sanitaria 8 de Madrid", disponible en http://www.medicinageneral.org/revista_99/pdf/612-617.pdf

gastar lo menos posible… se está evaluando su actividad profesional desde unos criterios meramente económico... tampoco está de más humanizarlo... que sea alguien, una persona, un profesional con crédito el que te comunique las cosas no? con quien puedas discutir las cosas... (MAP: e-1, p-33)

…las visitas que tuvimos de farmacia yo creo que eran más para comentar el perfil prescriptor... estaban empezando a evaluar lo que cada médico prescribía... lo que hacían era sacar el perfil del centro, te comparaban con el área… (MAP: e-2, p-50)

...Cada vez que recibías una carta de allí era para tirarte de las orejas por algún motivo. Ya te digo, casi siempre por exceso de prescribir alguna medicación. No "A ver, quiero ver cómo trabajas, en qué condiciones, de qué manera"… su problema era el gasto y ya está... (MAP: e-11, p-285)

La posibilidad de que la dirección de un área sanitaria, "la gerencia" normalmente, convoque a un Médico para, de una u otra manera, hacerle ver que es un "mal prescriptor", se ve como una acción de presión que crea rechazo. La sensación de "intromisión" del Sistema en el modo de prescribir de los Médicos de AP es creciente, debido a la cuestión prioritaria de contención del gasto más que de una mejora de la calidad asistencial. Cabe preguntarse por qué esa presión no llega en igual medida al Médico de especializada, que ejerce una gran influencia en todo el proceso, por ejemplo en la introducción de medicamentos nuevos, más caros y que aún no gozan del aval de la veteranía, o en la prescripción de tratamientos crónicos, a los que luego tendrá que dar continuidad durante años el MAP:

Llamar a un médico, pues porque está prescribiendo demasiado, porque tiene unos indicadores muy malos o lo que sea. Y llamarle a Dirección para que venga él, pues hombre eso ya crea un cierto rechazo por parte del profesional… (Farmacéutico AP: e-7, p-160)

Los que vienen a continuación, son dos buenos ejemplos de la presión que ejerce el Sistema Nacional de Salud sobre los Médicos en materia de prescripción, enviándoles información comparada de sus prescripciones y lo que cuestan, con reglamentaciones que ponen ciertos límites, mentalizando machaconamente sobre el gasto... Todo ello, con un marcado carácter de ahorro económico, lo que refuerza la idea de que en la administración cualquier acción está relacionada con temas presupuestarios, siendo por tanto sospechosa de falta de objetividad a la hora de diseñar recomendaciones o estrategias para mejorar la prescripción. Desde el punto de vista del Médico prescriptor, se asume su papel de gestor de recursos, integrando en su "rol de prescriptor" la dimensión económica, aunque tenga claro que ésta no es su prioridad; su prioridad es el paciente:

...otra fuente de presión me parece que puede ser la de las Gerencias no? la de la Institución, que bueno desde hace unos años a los médicos se les informa reiteradamente de que bueno el gasto

*farmacéutico se dispara… y que este gasto puede poner un poco en peligro nuestro Sistema Sanitario, entonces los médicos esto por un lado lo viven como una obligación, es bueno contribuir un poco a la gestión correcta de los recursos... por otro lado también se pueden sentir limitados o coaccionados a la hora de prescribir no?, también desde hace unos años pues se hace hincapié en el uso de medicamentos genéricos no? para reducir o contener un poco el gasto hay muchos médicos que están convencidos, otros se pueden llegar a sentir incluso agredidos no? con estas políticas (*MAP: e-1, p-19)

...fue cuando yo creo que se contrataron a farmacéuticas en el área pues por el interés en ajustar el gasto… a la Gerencia le interesaba y entonces pues cómo lo hacía pues mandando información primero para mentalizarte del gasto que gestionas, segundo para decirte sí que tienes armas para eso controlarlo y luego pues convenciéndote de que los genéricos son tan buenos como los no genéricos... a nivel institucional también para fomentar el uso de los genéricos hubo un año que la Ministra creó un incentivo puntual para los médicos… yo creo que la mayoría sí que estamos mentalizados de que somos empleados del servicio público, de que el gasto es imparable, de que las necesidades de salud son imparables y que bueno, sin partirte el pecho pero en la medida que puedas contribuir a una buena gestión te acabas sintiendo gestor de recursos no? entonces pues bueno, si puedes bien, si no puedes tampoco es tu prioridad no? (MAP: e-5, p-116, 117)

El sistema público de salud, de manera torpemente exagerada como el caso de abajo, ha ido restringiendo más y más el trabajo de los visitadores y las posibilidades de contacto con los facultativos. Es una prueba de que se le concede una gran capacidad de influencia. Pero lo que más llama la atención es que, según el siguiente testimonio, se llega a crear desde el SNS la figura del "delator secreto" contra el que se excede en sus contactos con los visitadores. De nuevo la pregunta que se hacen los Médicos, y que evidencia las contradicciones del SNS, es por qué no se prohíbe desde el propio SNS la visita médica:

...la verdad es que este año cuando recibimos en los equipos los escritos de que se había colocado la figura del vigilante o controlador, que podía denunciar y que podía ser cualquier persona del centro… una cosa es que te mentalicen que tú mismo te convenzas que tal y que cual, pero en fin, que no estamos en una cárcel y que no somos niños pequeños ¿no?... no va a funcionar que yo sepa, pero vamos que si, que está legislado… la visita médica está acordado con las empresas farmacéuticas un número de visitadores por día a una hora concreta… no sólo que no estábamos obligados a atenderlos, que en ningún caso estás obligado a atenderlos, sino que era denunciable si los atendías fuera del horario o fuera del turno… una cosa es que no les robe tiempo a mis pacientes para estar de charla con el visitador que viene a verme y que viene a decirme que si organizan un curso que si no se qué… otra cosa pues eso, que sin deterioro del tiempo de tus pacientes, y es que además no les dedicamos a penas tiempo si es que les ves deprisa y corriendo por la mañana… hay ese apriete de tuercas como que ya dices bueno, esto ya es como para volverse loco (MAP: e-5, p-123, 124).

B.- Especializada: la prescripción inducida

Una ayuda que apreciarían los MAP en lo relativo a la prescripción, aunque no siempre disponen de ella, es el acceso a otros compañeros, en particular a los especialistas:

> *…lo que tengo muy pocas ocasiones y es acceso directo a los compañeros especialistas… Coger el teléfono y llamar; oye, que tengo esta duda, estáis utilizando esto o no lo estáis utilizando…* (MAP: e-4, p-93)

La relación entre la Atención Primaria, donde se emiten la inmensa mayoría de las recetas, y la especializada (el hospital), es prácticamente de servidumbre por parte de la primera y de ignorancia por parte de la segunda. La realidad es que especializada influye mucho en primaria, pero no sólo en qué medicamento prescribir, también en la relación con el paciente:

> *...los médicos de familia viven una presión respecto a los especialistas… ven al paciente le diagnostican y prescriben un tratamiento que probablemente tenga que tomar de forma crónica. A partir de esa primera prescripción del especialista, es el médico de familia el que tiene que seguir prescribiendo ese fármaco pues durante mucho tiempo, entonces los médicos de familia se sienten pres, se pueden llegar a sentir presionados pues porque no estén de acuerdo con esa terapia, o porque no estén de acuerdo con la marca que se ha prescrito o por ejemplo por que prefieran poner un genérico…* (MAP: e-1, p-19)

> *…A nivel especializada, por supuesto, por supuesto no hay ningún tipo de, no hay conexión prácticamente, ni hay reuniones de coordinación ni de formación conjuntas… bueno es debido a que la Atención Primaria y la atención especializada, son dos estructuras totalmente diferentes, con objetivos muy diferentes, ¿no? Ahora mismo, por duro que suene, pues la atención especializada todo lo que ocurra fuera del hospital le da lo mismo…* (Farmacéutico AP: e-7, p-157)

> *...hay que acatar la orden del especialista, porque la paciente cree más, le da más credibilidad al especialista que piensa que sabe más, frente a tu saber, y eso es lógico, ¿no?, y ya te digo, a mayores ingresos económicos mayor exigencia, de que sea visto por un experto y que encima se le hagan todas las pruebas que, con lo cual el gasto es exponencial…* (MAP: e-8, p-178)

El Médico más joven es el que hace la residencia en el hospital en sus primeros años, y en ocasiones recomienda en un informe médico un medicamento, aunque tiene muy poca experiencia en prescripción. Esta recomendación no tiene por qué coincidir con la prescripción del Médico de familia, que además suele ser mucho más experimentado y conoce mejor al paciente, introduciéndose diferencias de criterio entre especializada y primaria, entre dos Médicos, para mayor confusión del paciente:

*...un año ya estás haciendo prácticas en el Centro de Salud y ahí tienes libertad absoluta, tienes el sello de tu jefe pero tú puedes prescribir con ese sello lo que quieras... otra cosa es que en el informe de alta (hospitalario) tú ya puedes poner lo que quieras (*MAP: e-2, p-40, 41)

*...en el hospital en el servicio de urgencias… cuando tu haces el informe de alta tu ahí pones ya una medicación, no?, una pauta de medicación, luego el paciente tiene que ir a su médico de cabecera ó a la farmacia y con eso ya le dan la medicación (*MAP: e-2, p-42)

…lo de la prescripción inducida... es muy alta la prescripción que hace de especializada y de urgencias... resulta el que prescribe en urgencias es el residente... y prescribe lo que le da la gana y luego es muy complicado cuando a ti te llega el paciente con el informe de urgencias que tu le digas no mire es que esto que le han puesto yo se lo voy a cambiar, ¿cómo que usted me lo va a cambiar si lo ha mandado aquí un médico por algo será no? que además está en el hospital ese sitio con tanta técnica donde saben todo... (MAP: e-2, p-55)

Nuestro farmacéutico de AP señala, de una parte, que el MAP sabe lo que prescribe, aunque parece que cede el paso al especialista renunciando a su saber. Los Médicos tienen dudas, sobre todo los que tienen unos conocimientos intermedios, mientras que los que tienen altos conocimientos (por eso mismo), como los que los tienen bajos (hemos de entender por desinterés), no tienen dudas. Para el farmacéutico, la seguridad del Médico proviene, en primer lugar, de los conocimientos, que son una cuestión clave, y luego de la propia experiencia:

Yo tengo la sensación de que cada médico que prescribe, pues lo hace porque cree que, no sé cómo explicarlo, ¿no?, cree que sabe lo que hace, ¿no?, pero también es verdad que muchas veces, muchas veces prescriben porque el especialista lo ha prescrito, entonces asumen que bueno pues que el especialista, que es el gran conocedor de la patología en particular, pues ha decidido este fármaco y ellos no son quien para llevarle la contraria muchas veces, ¿no? ¿Grado de seguridad?, hombre la verdad, cada vez cuanto más hablo más me doy cuenta de que probablemente el grado de seguridad, medio, dependiendo también del profesional, ¿no?, hay doctores muy estudiosos que no tienen ningún problema en ese sentido y los muy pocos estudiosos tampoco, ¿no?, probablemente los que estén a un nivel intermedio son los que quizás se pueden plantear más dudas, ¿no?, sobre si realmente está seguro de lo que está haciendo (...) en todos los demás casos esa seguridad, viene de su propia experiencia profesional, de las puestas en común con sus compañeros, no sé, en cada centro de salud existe la figura del médico innovador, el médico no se líder por decirlo de algún modo, ¿no?, y me gustaría pensar que esa seguridad también viene de lo que hacemos los farmacéuticos en Atención Primaria… (Farmacéutico AP: e-7, p-159)

En un terreno tan experto, en el cual la innovación de productos, la rotación, el lanzamiento de nuevos productos... es fundamental desde el punto de vista comercial, la figura del líder de

opinión para prestigiar un producto y lograr su penetración rápida en el mercado es muy importante. Ahí se produce una carrera por el prestigio, y desde luego en medicina el prestigio lo tiene el especialista de renombre, el cual, al ligar su nombre al de un producto lo está promocionando y marcando el camino a seguir por muchos otros. Esto subraya, ante los Médicos de Atención Primaria, el prestigio del especialista, refuerza la potencia de la prescripción inducida y cuestiona de alguna manera la Atención Primaria, que está encorsetada tanto por los conocimientos como por las limitaciones presupuestarias de las gerencias. Un especialista recetará algo más sofisticado que un "Médico del ambulata", para no caer en la vulgaridad y para hacer valer que está a la última en conocimientos e innovación. La novedad, el último grito, lo más caro, no siempre es más eficaz que el medicamento veterano que ha abaratado su coste, como comprobamos en el siguiente ejemplo:

> *...es una técnica de mercado, "the opinion leader", el coger a un opinión leader de un sector y... prestigiar a un producto a través de las opiniones de ellos... lo que se hace al conseguir que la, que los especialistas prescriban un producto, y es darle, pues ese, ese tinte de prescripción muy estudiada y de algo muy especial... aunque inicialmente, cuando salió el Omeprazol valía el doble, como 30€, ahora vale 5 y algo, y es un fármaco sumamente eficaz que se prescribe de una manera enorme... un especialista nunca jamás recetará un Omeprazol, porque eso es una vulgaridad que él no está dispuesto a hacer, él te recetará pues un Exium, o un Lansoprazol o alguna molécula así más sofisticada, porque es un especialista, y no te va a dar lo mismo que un médico del "ambulata"... cuando salió el Omeprazol era una cosa sólo para especialistas y ahora todo el mundo toma Omeprazol... ése es un poco el camino habitual que sigue una prescripción, el que empieza algo para grupos especiales o restringidos de la élite de especialistas y que luego se extiende la prescripción a todo...* (Visitador Médico: e-13, p-342-344)

La prescripción de especializada incide en la de primaria, pues el seguimiento se realiza fuera del hospital. Pero la cosa es más profunda; de trasfondo, tenemos nada menos que la legitimidad del Médico de Atención Primaria, de sus conocimientos y de su ascendiente sobre el paciente; todo ello queda a la luz cuando el MAP, en aplicación de su "autoridad", cambia la prescripción dada en el hospital: su compañero puede llamarle la atención, a veces por escrito, y puede incluso llegar a romper el principio de autoridad con su paciente; al tener que "explicarle" porqué le cambia la medicación al paciente, ya se está poniendo en evidencia que hay más de una opción y que la del MAP difiere de la del hospital, y entonces se lleva al paciente a un terreno en el que no sabe de quién fiarse y es posible que en la disputa salga perdiendo el generalista, que es quien requiere para su trabajo una mejor relación interpersonal con el paciente… Este tema es profundo, atañe al rol del Médico general, al rol de prescriptor, a sus competencias, al respeto que requiere su trabajo y que debe guardarle el paciente para confiar en que cuida bien de su salud, que no le está racaneando:

*...la situación real es que la comunicación entre Primaria y Especializada no es muy fluida… si el especialista prescribe un fármaco concreto… puedes poner un genérico puedes hacerlo, pero esto ya supone una explicación al paciente por qué le cambias la medicación, a veces si ese paciente vuelve al especialista pues para hacer una revisión, el especialista puede cuestionar tu actuación y también te puedes quedar en entredicho con el paciente porque también por desgracia desde mi punto de vista al especialista se le supone un conocimiento del que tu careces no? como médico general (*MAP: e-1, p-23)

Por otra parte, la utilización de genéricos presenta problemas, que son más agudos si suponen un cambio de medicación respecto al especialista. El menor precio de los genéricos despierta susceptibilidades. Al final, lo que se plantea es si el MAP está más para ahorrar en gastos que para aplicar conocimientos y si puede discutir lo que ha marcado un especialista. Su labor se vuelve más administrativa y menos técnica, con intromisiones de diversa índole y con la consiguiente pérdida de relevancia profesional:

*...aunque le expliques por ejemplo que simplemente le estás poniendo un genérico que es el mismo principio activo que el que le ha puesto el especialista, lo único que es más barato, pues el paciente si es un poco suspicaz puede pensar que sabes menos que el cardiólogo o que igual te estás equivocando o que el fármaco que le estás poniendo por el hecho de ser más barato es peor, de peor calidad, entonces muchas veces te puede decir oiga lo que yo quiero es que usted me prescriba, que usted me recete lo que me ha prescrito el especialista (*MAP: e-1, p-24)

…difícil, difícil, que si tienes un minuto o dos minutos o tres minutos, tengas tiempo de rebatir al especialista. ¿Difícil, no?... ¿cómo le vas a cuestionar tú que, que ese tratamiento está mal puesto? (MAP: e-8, p-184)

En otros casos, reconociéndose la gran importancia de la prescripción inducida con pacientes mayores que van a varios especialistas, esta Médica se resigna: si es un compañero -de la pública- pues hay que aceptarlo. Otra cosa es que, en ocasiones, son las Gerencias de AP las que presionan a los MAP para que no acepten las prescripciones de especializada, y claro, se crea un conflicto entre Médicos y con el paciente, que es complicado gestionar:

Ahí, ahí no hay opción… si es un compañero de la pública y lo ha puesto, pues oye pues lo ha puesto. Si no está en nuestras guías clínicas, pues no está en nuestras guías clínicas, eso sí que no lo va a comprender nunca un, un paciente. Si usted me manda al dermatólogo, el dermatólogo me pone tal cosa ¿dice usted que no le da la gana ponérmelo?, ¿eso cómo se come?... exacto la prescripción inducida, que es un porcentaje importantísimo en Atención Primaria... por ejemplo en mi caso es mucho, es muchísimo, tienes una población envejecida, tienes que tener en cuenta que el que no va a seis especialistas va a siete... (MAP: e-9, p-209)

Más que recibir presión directa del paciente, en muchas ocasiones el Médico la recibe del

Médico especialista; el paciente viene como aleccionado y muy seguro de que lo que le han puesto en el hospital es incontestable. Aquí cabe señalar que el paciente no distingue entre los conocimientos necesarios para diagnosticar, que es lo que requiere más conocimientos del especialista, y los que se requieren para seleccionar entre un medicamento y otro, que es otro asunto. La labor del Médico de AP será reconducirle con mucha paciencia y razonando, pero de nuevo se encuentra sin tiempo para hacer lo que debería hacer:

> *...cuando se sienta ahí te dice, he ido a urgencias y me ha mandado esto. El hospital es como si fuera la biblia, dios... entonces ahí ya te cuesta un poquito reconvertir un poquito a ese paciente a un tratamiento más normal... y ¿cómo le cambio yo ese medicamento?... pues razonándole muchas veces, cuando tengo tiempo porque tengo 5 minutos para verle...* (MAP: e-10, p-239, 240)

Se subraya que hay "dos categorías" de Médicos, el de familia, y el de atención especializada, estos últimos gozan de la consideración de verdaderos expertos, a la última del conocimiento científico y de la innovación farmacológica. A cada categoría, parece corresponderle un perfil de prescriptor: el que utiliza lo último, prescribe según el último ensayo clínico y no tiene que ahorrar ni recibe presiones que cambien su prescripción; y el que tiene que prescribir lo más seguro, conservador y barato, al que no se le concede el mismo conocimiento que al especialista y tiene una estrecha supervisión del área. La situación ya es de por sí confusa, pero lo paradójico es que quien hace seguimiento de la prescripción es el segundo, el MAP, quien recibe la presión, mientras que el que origina el tratamiento con un medicamento de marca concreto en muchos casos, es el especialista. El MAP no ha decidido esa prescripción. Otra contradicción que parece no ser capaz de resolver el SNS:

> *...con las consultas de especializada pues también hay un problema ¿por qué? Por que muchas veces tienen la sensación de que el especialista no está bajo la misma presión que el médico de cabecera de contener el gasto, a él nadie le pide cuentas, tienen una relación enormemente estrecha con la Industria Farmacéutica, con los visitadores… es gente que valora mucho, pues eso, la técnica, el último avance científico la última molécula, el último ensayo clínico no? y en cambio quizás en Primaria estás menos informado, también es verdad, y eres un poco más conservador y tienes más en cuenta el tema del gasto farmacéutico ¿no? Entonces ellos a lo mejor vienen recetando cosas que están, que es lo último que ha salido, que es carísimo, y tu lo que te ha mandado tu servicio farmacológico de área ó los manuales que has leído pues te dicen que oye que seas prudente que esto todavía no se debe usar, solo en casos muy especiales, y ya esta el enfrentamiento no? oiga si el del corazón me ha mandado esto usted por qué no lo quiere recetar, y se montan unos pollos tremendos, y gente que tienen verdaderas enganchadas con los especialistas, porque claro el especialista receta la primera pero como sea un tratamiento crónico ya lo ha colocado y a partir de ahí ya sigues tú, y entonces algo que tú no has decidido en ningún momento y estás ahí cargándolo a tu cuenta de gastos (*MAP: e-2, p-56)

...A ver, los problemas que tenemos siempre entre primaria y especializada, la mayoría son: primero, que tú prescribes un fármaco aquí, para iniciar un tratamiento, y luego le mandas a revisión al cardiólogo, por su tensión o… y el cardiólogo dice "¿quién le ha recetado esto? Pues no señor, pues eso no va. Pues tómese usted esto otro". Y vas a ver y dices "pero si es lo mismo, solo que de otra casa comercial". Ese es el gran problema. Primero, el desprecio que sentimos, o por lo menos, que yo siento, (por parte) de los especialistas. Es decir, somos médicos de segunda. Entonces, desde el punto de vista de que somos de segunda, ¿quién somos nosotros para recetarle "X" cosa que a lo mejor se sienten con el derecho de recetarlo ellos, por primera vez? Ah! Pero eso sí, cuando les mandemos los pacientes, que vayan diagnosticados, con las pruebas hechas y con todo. Y luego ellos no van a repetir la receta ni le van a dar la baja a ese paciente, para eso está el médico de cabecera… (MAP: e-12, p-313)

Las dudas sobre su propia prescripción las asocia el Médico con la prescripción inducida de especializada y con otras circunstancias que, en su conjunto, le hacen percibir que hay una parte muy importante de su prescripción, un 30% o un 40%, que posiblemente no sea la prescripción más adecuada:

*…de todo lo que prescribo ¿que hay cosas que estoy prescribiendo mal? pues sí, tengo la sensación de que no, de que a lo mejor no debía de prescribir o prescribir otras, pues sí, muchas veces tengo la prescripción inducida, jeje, pues es mucho más fácil ver la viga en el ojo ajeno que la paja en el nuestro ¿no?... cuando haces mucha prescripción inducida de especializada y del hospital y ahí tienes muchas veces la sensación esa, y luego sí, hay veces que tus prescripciones propias tuyas que lo haces sí pues en un 30% o 40% de los casos, 30% pondríamos, no sería la opción a lo mejor, piensas que no sería la opción más adecuada lo que estás haciendo, pero por circunstancias la haces (*MAP: e-6, p-135)

A continuación, tenemos una generosa exposición del problema de la prescripción inducida.

…yo creo que tampoco pasa nada porque haya cierto grado de prescripción inducida, el problema es cuando tú no estás de acuerdo con la prescripción inducida, a mí no me molesta, hay gente que sí le molesta, a mí no me molesta prescribir de otros especialistas porque a cambio de ese acto que tengo que no es médico, ni que es nuestro ni tal, pero obtengo otro tipo de información... el simple hecho de que venga el paciente a por la prescripción ya sabes, tienes información de lo que le han dicho y me gusta saberla ¿no?... lo que ya no me gusta tanto es cuando tengo que prescribir cosas con las que no estoy de acuerdo… primero porque las mismas medidas de presión entre comillas o medidas de regulación de nuestra prescripción... nosotros estamos regulados… pues esa misma presión a los especialistas no se les hace ¿por qué?... porque no hay quien les meta mano... Segundo fomentar la comunicación... y luego por ejemplo en los servicios de urgencias una cosa que se debería hacer ya es que si se diera prescripción a los servicios de urgencias de los hospitales que son la prescripción inducida que más tenemos de hospital directa, no de

*especialistas, que se les diera la medicación a los pacientes y que además se les recetara por los genéricos, eso está clarísimo... y también que se hiciesen unos cursos de terapéutica de urgencias… son excesivamente intervencionistas… generalmente están residentes que se auto forman en medicación fatalmente... y luego fomentar la unión, la comunicación entre unos y otros ¿no? (*MAP: e-6, p-136, 137)

De ella, se pueden destacar las siguientes cuestiones:

- Al Médico no le importa que exista cierto grado de prescripción inducida, siempre y cuando no le suponga recetar algo con lo que no está de acuerdo.
- La prescripción inducida es calificada como de "acto no médico".
- Se deducen consecuencias para la relación entre Médico y paciente: el Médico de cabecera obtiene una información del especialista que atañe a su paciente, y esto le interesa.
- Surge la comparación, un tanto "odiosa", con el Médico especialista respecto a su posición ante el medicamento, ya que aquél no tiene que soportar "las mismas medidas de presión"; "nosotros estamos regulados". Los especialistas deberían tener unas medidas de regulación similares. Y se pone en evidencia la diferencia de estatus: "no hay quien les meta mano"; hay falta de comunicación, falta de unión, y podemos suponer que quien está más interesado en recibir información y en que la comunicación sea mejor es el Médico de cabecera.
- Se hace diferencian las urgencias (residentes cuya prescripción es de baja calidad) y el verdadero especialista (en planta). Respecto a la primera, que genera mucha prescripción inducida de mala calidad, se propone que se les permita prescribir pero con prescripción genérica (nombres científicos, principios activos). Muchos Médicos de Atención Primaria agradecerían que se alejara de ellos la decisión más comercial de elegir la marca, que parece que podrían tomar otros profesionales, como los farmacéuticos.

8.3.3.3.- La Receta como cierre de la consulta.

El universo simbólico que rodea a la consulta de Atención Primaria, del que forma parte la receta, es otro ámbito interesante presente, aunque sea de forma difusa, en el proceso de prescripción. El final de la consulta es un momento crítico estrechamente relacionado con la prescripción, pues la emisión de la receta es, probablemente, el cierre más redondo, esperable, oficial, legítimo, satisfactorio... de la entrevista entre Médico y paciente.

Como narra este farmacéutico de Atención Primaria, nuestro Sistema Sanitario viene desde atrás dando un uso central a la receta en la visita al Médico, de manera que se puede

decir que la receta forma parte de una cierta cultura sanitaria:

> *venimos de un Sistema Sanitario... en el cual el medio de comunicación era la receta. Tú llegabas, el médico te veía por encima y te ibas con tus recetas… la receta, en mi opinión, ¿no?, yo creo que sigue siendo un elemento fundamental de relación, más para el paciente que para el médico, ¿no?, porque bueno pues paciente que se vaya sin receta de una consulta, paciente que se considera pues bueno menospreciado si me apuras* (Farmacéutico AP: e-7, p-163, 164)

Los Médicos valoran la existencia de alternativas al medicamento. Cuando estamos hablando con ellos sobre prescribir folletos y otras alternativas, les parece bien, lo que refuerza la idea de que, en ocasiones, el paciente no precisa una receta, pero sí alguna alternativa que la supla y que pueda atender su demanda de atención y remedio, al mismo tiempo que el Médico pueda finalizar la consulta satisfactoriamente. Como vemos a continuación, cuando estamos hablando sobre prescribir folletos con un MAP y otras alternativas al medicamento, él habla de la receta como una manera de lograr que el paciente se marche contento y así dar por terminada la consulta. Se refuerza la idea de la receta como un pase al bienestar otorgado por un funcionario especializado en bienestar, si bien encubre la acción de "despachar" al ciudadano que está ocupando la ventanilla y tiene que dar paso al siguiente:

> *desde luego el gasto va a ser mucho menor que hacerle una receta para que se calle y se vaya contento* (MAP: e-2, p-57)

Esta expresión "que se calle y se vaya contento" encierra toda una realidad del Proceso de Prescripción de Medicamentos relacionada con lo que esperan los pacientes, que no son sino usuarios del servicio de salud público que se consideran en su derecho de ser atendidos por el Médico cuando tienen malestar y de acceder a un remedio legitimado para su bienestar. "Que se calle y se vaya contento" nos refiere un universo propio de la atención de las demandas y las expectativas del usuario que tiene que resolver el empleado público con las herramientas a su disposición, siendo la receta la que parece más eficaz. El cierre de la consulta se inscribe, por tanto, dentro de los factores que influyen en la prescripción de medicamentos.

Una de las cosas buenas que tiene la receta ante las atiborradas consultas, es que agiliza la presión asistencial (los pacientes que a diario acuden a las consultas). Si el Médico no puede tener una charla y dar una orientación calmada al paciente que le ayude realmente a comprender su enfermedad y cambiar de hábitos, a ser más responsable de su salud; si el Médico no tiene tiempo para lograr una cercanía con el paciente, conocerle, ganar su confianza y orientar eficazmente su alivio, al menos sí puede darle, además de unos pocos minutos, algo que llevarse con valor; una receta, un pase hacia el bienestar expedido por un funcionario público. Imaginamos

que cuando el cura escucha en confesión, si tiene una importante “presión confesora”, no tiene mucho más tiempo que para mandar unos rezos en penitencia, les absuelve y pasa al siguiente para comulgar con la píldora del perdón, que limpia todo pecado, una panacea universal de la culpa. Hoy, el Médico sirve el perdón que alivia de cualquier malestar, que ahora se administra en cajitas de 24 unidades, antes con “santa” inspiración, ahora con receta médica:

> *O sea la presión asistencial va, a mi particularmente, directamente proporcional con un exceso de medicamentos. ¿Por qué?, porque es una forma de quitarte a pacientes de en medio...* (MAP: e-10, p-236)

> *...porque* (el medicamento) *es la herramienta que tenemos para que esto se pueda mover y salir del paso digamos rápido...* (MAP: e-10, p-244)

El proceso diagnóstico culmina con el remedio que el paciente ha venido a buscar. En lugar de producirse una auténtica negociación médico-paciente, se produce un intercambio rápido que va de la confesión del malestar al remedio oficial y legítimo, que es la receta. La prescripción es “el acto último del acto médico”, de manera que el acto médico podría quedar representado por la receta como un icono; un símbolo del Eº del Bienestar:

> *...sentimos, vivimos la prescripción como una parte importante de nuestra práctica, porque en muchas situaciones, bueno, es la culminación de todo un proceso diagnóstico (*MAP: e-1, p-19)

> *...lo que debería ser un intercambio, un diálogo, una negociación entre el médico y el paciente, pues para llegar a un acuerdo terapéutico, a un acuerdo de educación para la salud, lo que sea, muchas veces por la cuestión del tiempo se materializa simplemente en un intercambio que es la receta (*MAP: e-1, p-25)

> *…la prescripción en general es el acto último del acto médico o sea la parte última del acto médico, entonces tú haces un diagnostico, ves al paciente, diagnosticas y de acuerdo al diagnóstico que tú creas que el paciente tiene pues das un tratamiento, sin incluso ningún diagnóstico claro, pero, tratamiento sintomático, o otras veces es un tratamiento de la causa en tanto en cuanto tú piensas que tiene una enfermedad pues le das el tratamiento para eso…* (MAP: e-6, p-130)

El medicamento hace un papel más allá de sus efectos químicos sobre el organismo, realmente es un mediador entre el paciente y el Médico, pero también entre el ciudadano y el Estado del bienestar. De hecho, la receta sustituye la negociación médico-paciente, “no te queda más remedio”, porque la gente confía más en la tecnología que en su capacidad para influir en su vida y en su propia salud. De alguna manera, se produce un traslado de la responsabilidad del paciente sobre su propia salud, que le llevaría a un ajuste de su estilo de vida, hacia el SNS representado por el Médico que emite la receta, un documento oficial que excusa -o absuelve- al paciente de los malos hábitos, o de su mala salud de ciudadano, y promete su bienestar -concede

paz y perdón-, pues ya hizo su penitencia adquiriendo el estatus de ciudadano, con los impuestos que paga y el trabajo que realiza por el bien de la comunidad. No obstante, hay quien lo tiene claro, no hay que recetar por recetar; la clave sería tener tiempo para explicárselo bien:

> *Depende del tiempo, depende del tiempo que yo tenga. Normalmente no tengo ningún problema si tengo tiempo suficiente para explicarles por qué no les receto nada, no hay ningún problema. Como vayas con prisa, es como una insatisfacción el salir de la consulta sin llevarte nada, algo te tienes que llevar o una explicación, muy detallada y muy clara, o una receta… Cuanto menos tiempo tienes, más recetas haces, está claro… eso es totalmente incorrecto pero, vamos, es que es así… Si tu tuvieses tiempo suficiente para estar con una persona explicándole detenidamente la dieta que tiene que hacer durante un tiempo y convencerla de cómo la tiene que hacer y aclararle todas las dudas y explicarle por qué es importante, pues igual te evitabas la mayor parte de los medicamentos, si consigues influir en estilos de vida, y eso ahora mismo en las patologías más prevalentes depende de los estilos de vida. Si no tienes el tiempo suficiente, pues acabas dándole una medicación, lo primero porque aunque primero intentes con cambios en estilos de vida es que no lo van a hacer y al final no te queda más remedio...* (MAP: e-4, p-94)

> *...¿y no me tengo que tomar nada?, no el organismo es muy listo, es muy sabio y el solo se regula... no tiene que llegar el paciente a la consulta y salir con dos recetas porque tienes que recetarle algo. No...* (MAP: e-10, p-235)

> *La receta para el paciente es, en principio, el arma que va a curar su mal... Si no le recetas y le dices "no te receto nada", se puede enfadar, porque puede creer que no le estás haciendo caso. Si le estás diciendo "no necesitas nada por esta razón, por esta y por esta", te dicen "vale, estoy de acuerdo". Esa es la diferencia (*MAP: e-12, p-311)

8.3.3.4.- El (im)Paciente.

El paciente es un agente fundamental entre aquellos que influyen en el proceso que se recorre hasta que el Médico llega a decidir una prescripción. Tanto por ser el destinatario último de la prescripción -en la que puede influir no únicamente por cuestiones clínicas- como por ser un vehículo "óptimo" para hacer llegar al Médico prescriptor mensajes, bien sean de la sanidad pública, o bien desde la Industria Farmacéutica que aplica estrategias publicitarias para la inducción de peticiones de diagnósticos y de medicamentos a los Médicos. Pero ante todo, el paciente ejerce una fuerte influencia sobre el Médico y sus decisiones porque es la razón de ser del Médico.

A continuación, tenemos un Médico veterano y optimista, que resume bien la labor del Médico y cómo resuelve la consulta el profesional experimentado, haciendo de ello todo un arte

que cada uno “lo lleva de su manera”. A pesar de las apretadas condiciones de tiempo: 5 minutos por paciente, se adapta a esa realidad optimizando sus herramientas, entre ellas la empatía con el paciente. Reivindica su trabajo como un arte: “*el arte de llevar pacientes”*. De nuevo, tiene similitudes con la labor del cura de otros tiempos, que se podría resumir como “*el arte de guiar al rebaño*. Ahora, en lugar de ovejas del señor, somos pacientes del Estado:

> *...yo llevo ya... más de 20 años... hay una especie de, de feeling con el paciente... va un poco todo, la psicología, la empatía que tú tratas al paciente... cuando andan por la puerta ya casi sabes si es que está deprimido... cuando viene con problema, con una patología orgánica pues tienes que hacer un poco cribaje... Porque tenemos 5 minutos por paciente... casi le estoy haciendo la receta en pacientes crónicos... Te van a contar los problemas que han tenido con la vecina o con la otra, pues hombre si hay hueco se hace si no, no... en consulta cada uno lo lleva de su manera. Aunque digan que no, la medicina no deja de ser un arte. Entonces, el arte de llevar al paciente... Nosotros, al final del día casi siempre es sota, caballo y rey. Tenemos una serie de patologías que son las más frecuentes...* (MAP: e-10, p-228)

“Todos quieren estar perfectos”, y para conseguirlo, irán buscando sin cesar hasta encontrar alguien que les haga caso, y ahí detrás, en algún sitio, hay alguien que está listo para hacerles caso; el mercado, en esta ocasión, la Industria Farmacéutica, que comercializa remedios para todo, “que te ayudan a estar perfecto”. Así que los pacientes, y su deseo de estar perfectos, acaban sirviendo a las estrategias comerciales de los laboratorios, que no hacen sino explotar -legítimamente dentro del sistema de mercado- las “necesidades” humanas y sacarles el mayor partido empresarial, ofreciéndolo, por supuesto, como un valioso servicio a la sociedad. En ese contexto, el papel que asume el Médico es el de mediador legítimo entre las “necesidades” personales y el consumo de la tecnología farmacéutica que va a satisfacerlas. Es decir, el Médico queda enfocado en su “rol de prescriptor”; un funcionario público que administra el dinero público y legitima la distribución a los pacientes de su dosis de bienestar, a través de un medicamento. Los fármacos han pasado a ser algo más que un bien sanitario, son un elemento más de la cultura del bienestar y del hedonismo; un producto de gran consumo rodeado de connotaciones que van más allá de lo clínico y lo científico. El paciente dirige sus expectativas de bienestar hacia el Médico, pero “los Médicos no somos Dios” y como no aceptan las limitaciones fisiológicas propias del envejecimiento, mantienen su demanda ante cualquier instancia, hasta obtener una “píldora del bienestar”. <u>El uso del medicamento es un hecho social</u>. El medicamento es el emisario, la promesa, de un bien universal: la juventud eterna, a la que todos los ciudadanos tenemos derecho a aspirar. Y a ver quién es el guapo que se lo va a negar a nadie:

> *…el paciente cumple sus expectativas tomándose la pastilla, y no cumple sus expectativas, porque le supone esfuerzo, el venir a la enfermera todos los meses, si ya se lo sabe, si las hojas de la dieta*

*las tiene ahí guardadas en el cajón... el hecho de que la población envejezca muchísimo como estamos en este país, en esta zona concreta, es que tienen pluri-patología todos, es que tienen 80 y tantos años y quieren estar bien, todos quieren estar perfectos... viene con 4 o con 5 problemas, claro con 80 años ¿quién no tiene tensión alta, quien no tiene que no ve bien porque tiene un poco de cataratas, quien no tiene artrosis y anda mal, quien no tiene que se le escapa la orina, quien no tiene? Así todos… y si no mándeme al especialista si no me remedia usted esto… contra el envejecimiento no tenemos nada porque si no los médicos no somos Dios. Pero a ellos eso no le vale. Ellos quieren estar con el elixir de la juventud eterna… no se acepta las limitaciones que, que da el envejecimiento, como una situación fisiológica y normal. No se acepta, estamos en una cultura hedonista, y quieren bienestar por encima de todo (*MAP: e-8, p-189)

Los pacientes conceden un gran valor al medicamento. Aunque depende de su educación y de sus creencias, sobre todo los mayores le dan gran valor, incluso cuando viene recomendado por la vecina. Además, el medicamento se demanda para cosas cada vez más banales, como la estética, cualquier malestar, y se espera que dé resultados rápidos. Los Médicos de Atención Primaria, que son los que ven día a día al paciente, se ven corrigiendo esa imagen de infalibilidad del medicamento y de negación de situaciones fisiológicas naturales como el envejecimiento.

Según la siguiente opinión recogida del MAP e-9, la expectativa que tiene el paciente respecto al medicamento se forma por ósmosis; una magnífica forma gráfica de describirlo: los pacientes absorben las ideas relativas al medicamento, las expectativas hacia él, de una manera muy rápida y eficaz, y quieren que esas expectativas se cumplan de manera inmediata, con la facilidad de tragarse una píldora. Entonces, frente a esas ideas adquiridas por ósmosis, de distintas fuentes, que son alentadas por las expectativas que se forma el paciente, se establece una lucha con el empleado público que da acceso al elixir deseado: el Médico se ve literalmente luchando contra esas ideas. Los ciudadanos somos como quijotes que vemos el medicamento como todopoderoso bálsamo de Fierabrás ante nuestros sueños, mientras que el Médico, a pellizcos, nos trata de despertar y hacer que reconozcamos los molinos de viento, que evitemos los malos hábitos, que hagamos prevención y cuidado responsable de nuestra salud, que aprendamos a convivir con los procesos naturales como el envejecimiento, el duelo... todo ello en medio de un ambiente rodeado de novelas de caballería, que entran por ósmosis:

...depende de la educación sanitaria que tienen, básicamente eso tiene que ver con las creencias que tienen, y a su vez tiene que ver con la edad... esta población muy mayor, el valor que le confieren al medicamento es pues si pusiéramos una escala del 1 al 10 un 9, ¿eh? incluso cuando no procede de, de, de aquí del consejo médico, ¿eh? incluso que procede de fuera, de la vecina… se le concede una expectativa al medicamento pues, ummm no se, a veces a nosotros nos resulta incomprensible... mucha fiabilidad, expectativas de curación... entonces tú tienes que trabajar en el sentido de educar, pero además de revertir una serie de creencias que además está difícil, porque

esto es como por ósmosis, pero por ósmosis muy eficaz, además, muy rápida y muy eficaz... porque la expectativa con el medicamento es no sólo es me curo, si no que además me curo en dos días, porque me voy a Alicante, entonces... es la inmediatez, la expectativa que tienen de la inmediatez... pero desde luego yo sí que, yo sí que lucho contra esas ideas falsas... en general si tienes tiempo no hay problema, salvo cuando esa expectativa ha surgido por otro profe eh, creada por otro profesional... eso es algo que no va a comprender nunca un paciente, estas controversias entre nosotros... (MAP: e-9, p-205 a 207)

Llama la atención que la siguiente Médica perciba que la gente infravalora su salud por la poca importancia que da al medicamento que le han recetado y que se va a administrar, no se interesa por su nombre. De nuevo, la idea de la "droga milagrosa", y luego esta idea de que "me han puesto tal cosa" como si fuera aceite de motor (en el taller) o un kilogramo de patatas (en el mercado), pero sin preocuparse de cómo se llama:

...hay muy pocos pacientes que realmente valoren la medicación en su verdadero contexto, en todo su contenido... "me ha dado aquella pastilla para el colesterol que era colorada" y no sabe ni como se llama... (MAP: e-12, p-306)

El paciente, muchas veces ejerce una influencia pero no en primera persona, sino que se convierte en correa de transmisión de discursos de salud, puestos en circulación por los medios de comunicación. Son las campañas de concienciación o *disease awareness* que ya hemos visto en el apartado teórico dedicado a las críticas a la Industria Farmacéutica:

...muchas veces vienen y te preguntan los pacientes ¿es que no ha visto "saber vivir"? es que ayer dijeron.., pues no, no lo he visto (se ríe) y a veces tienes que ir a mirar cosas porque te preguntan es que han dicho que ha salido una nueva cosa, es que, a veces (je) son los pacientes los primeros que te preguntan, no? (MAP: e-4, p-99)

Amén de la existencia, o no, de alternativas al medicamento hay, por así decirlo, y tal y como nos muestra el testimonio de abajo, dos perfiles de personas en función de sus estilos de vida, que están estrechamente relacionados con la prescripción de medicamentos. Un primer perfil se podría denominar "naturalista y autónomo", el otro "tecnológico y dependiente", que además tienen correspondencia con distintas concepciones sobre el papel de la medicina en nuestra salud.

Quien más demanda una alternativa "natural" al medicamento, es el sujeto que se cuida. Y quien no tiene ningún interés en esas alternativas es quien menos se cuida, no sigue hábitos saludables y quiere mantener los malos hábitos pero sin que le afecten a la salud. El primero hace descansar la salud, en primera instancia, en lo que puede hacer por sí mismo, el segundo, en

cambio, la hace descansar en el SNS y la tecnología médica.

Llama la atención, porque no es sólo que el medicamento esté en línea con la comodidad y la creencia en la tecnología como panacea universal, es que además compite, desaloja, disminuye la fe en las alternativas naturales, en el esfuerzo y la responsabilidad personal, en el propio cuidado como fuente primaria de salud. Lo tremendo de la concepción del medicamento que tiene una gran parte de la sociedad, es que nos hace dependientes y débiles; su promesa de salvación hace que nos abandonemos en sus manos; hacemos dejación de nuestra soberanía personal y la delegamos en terceras instancias como papá Estado del bienestar.

Se parece al mensaje que vienen lanzando las aseguradoras desde el siglo XIX: al contratar un seguro ya puedes descansar con plena tranquilidad, olvidarte de las preocupaciones, pues estás en buenas manos... Y también recuerda a la visión del hombre como un pecador que, sin embargo, al comulgar va al cielo. El mensaje final es tremendo: ¿entonces, no tengo por qué cuidarme pues vosotros cuidaréis de mí?:

> *...yo lo que he observao es que efectivamente, las personas… que conceptualmente... llevan una vida de hacer de deporte... de seguir las recomendaciones pues más básicas... de cuidarse. Justamente, esas personas te, te demandan muchos menos medicamentos, es más, son las personas que te solicitan que si hay otra alternativa antes de pasar a un fármaco, es decir, que sí hay una relación entre eh las personas que tienen unos estilos de vida adecuados, y son más reacios a utilizar fármacos, les da más miedo, tienen más prevención. Y sin embargo, pues al contrario, eh la población que tenemos menos educada... pacientes que tienen más expectativas en los fármacos son justamente la gente que no se mueve, que que quiere comer lo que quiera y que, que bueno, que está justamente en su inverso, que no observa pues patrones de comportamiento y de estilos saludables de vida... Es decir, pacientes que eh que tienen muy malos hábitos de vida, de sedentarismo, de obesidad de, de tomar tóxicos, alcohol, tabaco y que te y que les pones a, dicen, no, deme un fármaco pa esto, no no, usté a caminar y hacer no, mire yo no puedo, no tengo tiempo, fármaco...* (MAP: e-9, p-210)

Uno de los Médicos entrevistados más optimistas, el etiquetado con el nº 10, también lo es en el cambio de hábitos como alternativa al medicamento. La gente ya sabe lo que hay y cuando su Médico se lo dice, aceptan sus "prescripciones saludables". No obstante, tenemos la impresión de que este Médico entremezcla en sus respuestas el plano de lo deseable, con el de la realidad, lo que se muestra cuando afirma que no le cuesta cambiar los hábitos a los pacientes, pero añade que hay hábitos difíciles, o cuando dice que "la gente suele ser bastante obediente" para a continuación añadir: "la carne es débil". Este Médico transmite mucha comprensión con el paciente, al que llega a ver "machacado" y le llega a excusar por sus malos hábitos:

> *P: ¿y te cuesta mucho cambiar hábitos de los pacientes?*

R: no. El paciente... hombre tiene ciertos hábitos que son difíciles. Los tópicos de toda la vida: dejar el tabaco y la dieta... pero ya te están machacando al paciente. El tema del tabaco que todo el mundo sabe los riesgos que tiene. El que tú cuando vienen aquí intentas más o menos conseguir eso, pues ellos un poco ya lo saben. La gente no viene aquí diciendo ¿y qué es el colesterol?... tienes un riesgo cardiovascular muy alto, haz esto, vida sana y luego vienes por aquí te hacemos el control y veras como mejoras. Y eso si es efectivo, ¿sabes?... Pero si, la gente suele ser bastante obediente... lo que pasa que claro, la carne es débil (risas)... por regla general si suelen hacerte caso... (MAP: e-10, p-234, 235)

La comprensión del Médico anterior se torna de alguna manera en "humanidad" en el siguiente Médico, que nos sirve para ejemplificar hasta qué punto el factor humano es decisivo en el tema de la salud y los medicamentos. La educación, los hábitos de vida, las privaciones, las dificultades... tantas cosas están influyendo en los pacientes que es muy difícil hacer medicina o prevención en cinco minutos cuando estamos tratando con personas. A las personas, para darles información y motivarlas para que se responsabilicen más de su salud, tienes que sentarte tranquilamente a hablar con ellas, explicarles, hacerles razonar...

Pedirle a un paciente, "que lleva lo suyo", que no coma, que haga vida sana, "duele hasta el alma". Y es que el Médico de AP se topa con que detrás de su consulta hay mucha humanidad, expectativas de vida, deseos y derecho al bienestar, biografías particulares... A este "funcionario del bienestar", parece que le cuesta "presionar" al ciudadano para que renuncie a su libre albedrío, a sus gustos, a su disfrute, a la satisfacción de sus necesidades, porque tiene en cuenta los sacrificios que ha tenido que hacer la gente y porque, en el fondo, más que un Médico de patologías, se toma su profesión como un servicio para el bienestar de las personas. Y además, el comportamiento de unos y otros pacientes es distinto; en el ejemplo se exponen diferencias entre varones y mujeres:

P: ...En tu opinión ¿qué relación hay entre "Salud" y "Hábitos de Vida"?
R: Mucha… los hábitos influyen un montón. Totalmente... Eso me he cansado yo de explicarlo en mi consulta, lo que pasa es que la gente no me hacía caso... Sobre todo las mujeres. Con los hombres da gusto. O sea, tú, cuando entran a la consulta y es hombre, le dices algo y da gusto... me estoy acordando, sobre todo de mujeres gordas y diabéticas... muchas señoras obesas me preguntan, me dicen "deme usted algo para adelgazar" y yo siempre contestaba lo mismo "será qué te quito, qué te quito para adelgazar"... ellas querían una pastilla para poder comer todo lo que quisieran y adelgazar... Ellas no quieren cambiar el hábito, quieren estar sentadas en el sillón todo el día, viendo la televisión, no moverse, y comer todo lo que les dé la gana... yo también me he dado cuenta de que eso es, sobre todo, "la Generación de la Guerra"... porque luego hubo mucha hambre en la postguerra... Y ahora, en esta época que es cuando viven económicamente un poco mejor y pueden comer... Entonces, decirles que no coman, a mí me dolía hasta el alma... yo no he sentido el valor moral para decirles que no comieran... (MAP: e-11, p-257 a 259)

Además de por sexo, también hay diferencias por edad, los mayores tienen mayores expectativas ante el medicamento y son más reacios a cambiar sus hábitos. E igualmente, hay diferencias "sanitarias culturales" de unas familias a otras, desde el extremo de la buena cultura médica de los gitanos, hasta familias enteras que son hipocondríacas:

> *...las personas mayores eh no quieren cambiar un ápice sus, sus modos de hacer. No quieren, entonces si tienen 8 pastillas pues quieren tener 9, no les importa... ¿a qué creo que es debido? ¿Qué factores? Eso es cultural... por ejemplo... Los gitanos yo te digo de la parte médica... los gitanos sanitariamente tienen muy buena educación... gitana que trae.. dice, sarampión, rubeola, tal tal tal tal, primero se lo sabe todo lo que le pasa, viene con calma y te los trae todos... los diagnósticos están bien hechos porque tiene su experiencia... de remedios caseros y cosas de esas, son muy, vamos en eso creen, un patrón cultural clarísimo, y familiar... poniéndote dos extremos... hay familias hipocondríacas pero patologísisimas...* (MAP: e-9, p-211 a 214)

De todas formas, el mismo Médico anterior, nuestro veteranísimo ya jubilado, lo tiene claro, si vienen a consulta es que algo tienen, si no es físico, es psíquico. En 39 años de carrera sólo se acordaba de un único caso que no tenía nada. Con la receta, el Médico le da la razón al paciente por haber acudido a la consulta, acepta que siempre tienen algo y le da una respuesta positiva: la receta que se llevan. Es como cuando el cura le da una *receta de rezos* al pecador, legitimando la confesión, premiando al confeso que debe marchar del confesionario, como de la consulta, con un remedio al pecado. Se hace presente el dicho: ¡recetar para cada malestar! En todo ello, está jugando un papel importante la negociación médico – paciente y la confianza que se tiene en el Médico:

> *Son excepciones... Sí, siempre hay algo… Con una patología siempre hay algo... De una, no más, de una mujer, me acuerdo perfectamente, que, que no… que no tiene nada, que no te puedo recetar nada. Y la tuve media hora para decirla que no... Más tiempo para el que no tiene nada, exactamente… yo es que siempre he pensado que el que entra por la puerta, o tiene algo o se lo cree… Usted si no tiene algo físico, tiene algo psíquico... Y si no, el padre sale por la puerta y la pobre cría se va, o el individuo se va con dos problemas, el que ha traído y el que se lleva… Eso no… Él si no se va con una receta piensa que no le has hecho caso, muchas veces...* (MAP: e-11, p-280, 281)

> *…hombre, primero está la guerra con el paciente, que tiene la idea de que si no le prescribes algo, algo además farmacéutico... pues que algo está fallando no? y que no lo estás tratando bien no?... si que es verdad que con el paso del tiempo, cuando te van conociendo y van viendo que eres un tío responsable y que se preocupa, pues oye lo aceptan, luego a lo mejor van a la farmacia y bueno "dame tu algo porque este médico que tengo es muy bueno pero el tío no..."* (MAP: e-2, p-54)

En la siguiente opinión reseñada, llama la atención cómo esta Médica relaciona de una manera tan lúcida la "conquista inmediata de libertad" con el hedonismo y la falta de esfuerzo personal. Nuestra sociedad retuerce los valores más elevados, como el de la libertad, y lo convierte en lo contrario de lo que es: el derecho a que nada nos impida vivir abandonados a la libertad de hacer lo que nos apetezca en cada momento, esclavos de nuestras necesidades, con independencia de sus efectos en la salud individual y en el Sistema Sanitario. Es por ahí por donde se nos cuelan algunos de los elementos que "contaminan" la práctica profesional de los Médicos, como la de otros empleados públicos, que dentro de su responsabilidad incorporan la gestión de recursos, para la cual en lugar de contar con las condiciones adecuadas para hacer su trabajo como ha sido racionalmente diseñado, tienen que adaptarse para dar respuesta a los "valores imperantes de la sociedad" y a las "demandas" de ciudadanos y de otros profesionales, muchas veces basadas en las reglas del mercado y la satisfacción de necesidades (no fundamentales) que, como sabemos, se construyen a través de técnicas comerciales y del discurso social, en los cuales la Industria Farmacéutica se ha vuelto experta utilizando mil canales de penetración:

> *...para el paciente es más fácil abrir la boca y meterse la pastilla que el esfuerzo de conseguir perder peso… ¿cómo vas a ir tú a la contra de toda la cultura que hay en los países ricos?... es más fácil pues oye ¿hay bollicaos? pues el niño le da su mamá un euro y se compra un bollicao, en vez de prepararle un bocadillo… vamos hacia hábitos de vida poco saludables pero más gratificantes de, de, de conquista inmediata de libertad, pues eso prima frente a, al esfuerzo, estamos en una sociedad más o menos hedonista, entonces el esfuerzo prima poco, y si encima vas contracorriente, pues todavía menos (*MAP: e-8, p-180)

Aunque no todo es una cuestión de hedonismo. También está la dificultad para encarar el sufrimiento natural, sobre todo si sabemos de la existencia de la pastilla milagrosa: "pum pum ansiolítico". El Médico tiene que tomar decisiones que afectan a personas y rápido. Recordemos a Foucault, antes se contaba todo al cura, ahora se cuenta todo al Médico:

> *Y luego la somatización, la gente está muy sola y si hubiera psicólogos, la mitad de nuestros pacientes pasarían por el psicólogo, no necesitarían pastillas. Pero te viene un día, te suelta todo su problema social... y ¿cómo lo abordas?, que no duermo, que tengo insomnio... todo lo que es la problemática de la vida normal… no se asume el sufrimiento como una manera de estar en el mundo... hay gente que te viene con el duelo, porque acaba de morir su marido, y quiere una pastilla pa no llorar. Entonces, gastas muchísimo tiempo en decirle, llora y consolándola gastas más de seis minutos que si dices ala, toma el antidepresivo o el ansiolítico vete pa tu casa... un día que tienes menos dices, bueno, en el centro médico la dejo que llore... a los 15 días sigue su duelo... la paciente te vuelve a venir, y a la semana te vuelve a venir, que ahora me duele aquí, entonces, somatiza, entonces, si estás muy cargado de trabajo pum pum ansiolítico y se va pa su casa, y ya*

se engancha a la pastilla, los ansiolíticos enganchan, una vez que se lo mandan pum, España es el país con más mmm psicofármacos prescritos, de toda Europa, y eso lo prescribimos los médico… ¿no quieres llorar porque se ha muerto tu marido?... si te viene la cuarta vez por lo mismo pues oye, ya dices, ya me cansa esto, ¿no?, y coges y prescribes… luego le durará diez años, ¿no? la pastilla enganchada, la pastilla, porque ya claro, no ha elaborao, no elaboran duelos, no elaboran pérdidas, no elaboran, nadie quiere hacer nada por su salud… como saben que hay una pastilla milagrosa… El componente sufrimiento, en nuestra sociedad mmm no se lleva, no se aguanta, no nos aguantamos nada… todos los problemas sociales antes iban al confesionario, ahora la gente está sola, aunque esté acompañada está sola, ¿entonces esas soledades? nos las viene a contar a nosotros, y somatiza muchísima gente... (MAP: e-8, p-189 a 191)

Otro aspecto en el que influye el paciente sobre la posible prescripción, son sus condiciones para hacer un buen seguimiento de la medicación -o alternativa- prescrita. En este sentido, cada paciente tendrá sus condicionantes. Un buen ejemplo se recoge más abajo, y es el relativo a la administración de unas pastillas que se reconocen fácilmente por su formato familiar y hábitos de administración cómodos. La variedad de medicamentos, el cambio de marcas, de formas… pueden ser obstáculo para la libertad de prescripción. Representan otra influencia más, porque topan con los hábitos de consumo, de administración, de los pacientes. Este factor subraya la importancia del envoltorio, es decir, la apariencia del medicamento, frente a su contenido: ciencia frente a consumo, una vez más:

*...parece que vuelve loco a los pacientes, primero genéricos y luego todos estos líos de que el farmacéutico puede cambiarte el medicamento si le has recetado uno que es más caro de lo que el seguro paga, especialmente con las personas mayores, se vuelven locos, porque ellos lo que llegan a reconocer es la pastilla, la forma, el color y eso lo asocian con que se lo tienen que tomar... les cambias la marca, cambia la forma de las pastillas el color de la pastilla y ya estás perdido, además que empiezan a tener dudas de que esto pueda ser tan bueno como lo que yo he estado usando durante años y por qué me lo cambia usted, entonces le tienes que explicar hombre porque esto es más barato, es igual de bueno, tenemos que ahorrar, ¿y por qué tiene que ahorrar conmigo precisamente? y eso era complicado (*MAP: e-2, p-54)

Una presión más hacia el Médico de Atención Primaria es la que le hacen los pacientes cuando, primero, no le tratan como a su "médico verdadero" del que esperan que les diga cómo curarse, y segundo, le dicen que otro Médico les ha dado "un papel" con un medicamento escrito y esperan que el Médico de cabecera se lo recete, creando un "enfrentamiento" con otro profesional, en este caso de una consulta privada. Esta presión va más allá de la demanda de recetas; es el cuestionamiento mismo del rol profesional, del Médico como profesional al que se utiliza como mero funcionario que reparte pólvora del rey a diestro y siniestro, sin importar la valoración y la justificación de ese reparto porque se considera que todos tienen derecho a gastarla:

...la clarísima privada que aquí es llamativísimo, entonces eso es un factor adicional que hace que en la prescripción nosotros tengamos muchísimos problemas, primero porque eh el acudir a nosotros en muchas ocasiones no es porque me lleven a mi médico a ver que me diga esto, si no es porque están directamente solicitando un papel de un señor que resulta que es internista (aclaración: receta de un médico privado, que no puede prescribir)... entonces, claro esto es muy caro y yo tengo una demanda... de la demanda que tengo pues un porcentaje pues es porque vienen a solicitar medicación que ha prescrito... muy difícil que tú le digas a una persona que ha podido conocer a un profesional, que lo ha pagao, si un profesional prescribe una cosa, pero como tú bien sabes que ellos no pueden recetar... vengo a por esto que me ha puesto Don tal, que es internista y que sabe de enfermedades de la mente... (MAP: e-9, p-208)

El paciente es el motor de todo. El ciudadano es el objeto de cuidado por parte del estado protector. El consumidor es la diana de la Industria. El enfermo es la preocupación del Médico: ¡Te dan ganas de llorar con él!

El ámbito de la salud es un terreno abonado para la ambigüedad, para la contaminación desde ámbitos distintos de la vida, para lo cultural. Se habla de salud o enfermedad, y en muchas ocasiones se está hablando de actitudes ante la vida, de valores, de nuestras expectativas ante la administración pública... La idea de que el Médico ha venido a sustituir al cura, al confesor, no está desencaminada. La gente colecciona enfermedades como puede coleccionar pecados, o situaciones vitales que necesita contar y que necesita que se le aprueben o, todo lo contrario, que se le reprochen. Es un tema recurrente, estamos ante una expresión paradigmática del discurso social: Estado del bienestar, cultura, hedonismo, tecnología y consumo, todos relacionados en torno a la salud:

...hay personas, muchas, que coleccionan enfermedad, en cantidad y en cualidad. Y se traspasan información, a ver si yo puedo tener esto, cuéntamelo, cuéntamelo tú más de eso a ver si es que yo también lo tengo... la mayoría de las cosas no se heredan, bueno, pues es que además la gente quiere heredar las enfermedades de los vecinos... yo he tenido que mandar mucha gente porque cree que tiene un cáncer en la cabeza o y al final nosotros tenemos que ser un filtro o parapeto pero al final tú esa ansiedad no se la puedes quitar a la gente... (MAP: e-9, p-221)

Como comenta más abajo e-11, “si no le recetas algo, te mata”. De esta manera, el Médico veterano, que llegó a decir que sólo recetaba si era necesario, un hombre experimentado, reconocía que “no recetar te cuesta un huevo” (ya citado, MAP: e-11, p-278) o “no tener nada… no les gusta” (MAP: e-11, p-278, 279). El *Esquema Prescriptivo* no es resultado de que no se quiera ejercer bien la medicina, o que no se apliquen criterios médicos; se centra en el estado de cosas paralelas a lo médico y a la salud, que rodea al proceso de prescripción: un paciente que quiere

tener algo y quiere su receta, un visitador que tiene que vender su producto, una cola de 65 pacientes, un presupuesto público desbordado... El diagnóstico puede ser riguroso y ahí, que es la parte más delicada y más experta, tenemos al Médico con toda su experiencia y saber, aunque con poco tiempo para aplicarse; pero hecho el diagnóstico "rápido", llegamos al melifluo terreno de la terapéutica, donde a veces se tratan enfermedades, a veces malestares y a veces se da algo porque es lo que se espera.

En cuanto al plano simbólico, la expresión "para ellos la medicina era Dios" es muy representativa y encaja bien con las ideas expuestas por Michel Foucault. La gente quiere tener algo y quiere que le cures de ese algo; es como si quisieran pecar y que se les absuelva con la penitencia de tomar una píldora del perdón; o como si el pecado fuera ajeno a ellos, como si lo hubieran cogido por ósmosis de la calle, un pecado del hombre común, y ahora el Estado del bienestar tuviera que curárselo...:

> *P: ¿Qué papel crees que juega la receta para el paciente?*
> *R: Pues si no le recetas algo, te mata (Risas). Me parece que sólo he conseguido una vez que alguien se marche de la consulta sin dar receta. Se vuelven hacia la puerta y te dicen "¿Para eso he estado esperando una hora?" y… no recetar te cuesta un huevo… Si ellos se piensan que tienen algo y tú les demuestras que no, que no hay nada, te cuesta… se sienten, yo creo, como un poco frustrados. Porque ellos piensan que tienen algo y no tener nada… no les gusta. Les gusta tener algo (Risas)... Sí, sí, sí, ellos le dan mucha importancia a la receta... Entonces para ellos la medicina era Dios. Y sin receta no se han ido nunca...* (MAP: e-11, p-278, 279)

En este mismo plano simbólico, este médico hace una interesante comparación de la medicina (hoy representada sobre todo por el sistema nacional de salud, es decir, el Estado) con Dios y, en otro lugar, del papel del médico como el de un sacerdote, y los pacientes como almas a las que curar. Aquí se ve también esa sustitución del ámbito religioso por el médico, y del pueblo de Dios por el cuerpo nacional o social, donde el papel del médico va mucho más allá de la salud biológica para ocuparse de la salud social o salud cívica, en línea con la tradición de médicos españoles ilustrados:

> *Yo es que ya me siento casi sacerdote... porque sufres con el enfermo... Te dan ganas de llorar con él (*MAP: e-11, pp-277, 278)

8.3.4.- El rol de prescriptor.

De las diversas opiniones, más representativas, recogidas seguidas más abajo, se desprenden varias cuestiones importantes. En primer lugar, señalar que en el proceso diagnóstico

de AP interviene una negociación médico – paciente. Este proceso, se ve muy limitado debido al factor tiempo, que no permite realizar una buena negociación que entraña, entre otras cosas, autoridad y persuasión por parte del Médico, llegando así a producirse un cierre apresurado de la consulta a través de la receta, un cierre "en falso" respecto de lo que debería ser realmente la relación médico-paciente y el cuidado de la salud. La formación de un Esquema de prescripción puede ser influido por las condiciones de la negociación con el paciente, que no corresponden tanto al conocimiento del Médico como hombre de ciencia, sino a su experiencia y habilidad personal en el trato con los pacientes.

En segundo lugar, hay que resaltar la utilización de la receta como una herramienta para agilizar la consulta; herramienta que acerca al Médico a una dimensión administrativa de la salud y al "rol de prescriptor", como cuando emite recetas que son prescripción del especialista o cuando recibe un informe del gasto de sus recetas.

En tercer lugar, se constata que la opción de tener que justificarse ante el paciente, o discutir con él, sobre un cambio de prescripción del especialista, condiciona al Médico de AP que, para evitar situaciones inconvenientes, puede optar por la vía que le permite agilizar más la consulta: recetar sin dedicar tiempo a estudiar con calma el medicamento que él mismo elegiría y pasar a otro paciente.

Y, por último, señalar que la verdadera culminación de la consulta debería ser un acuerdo, entre el Médico y el paciente, de educación para la salud, en el que puede estar incluida, o no, la receta de un medicamento. Pero como se pone en evidencia, el contexto hace de la receta, del documento oficial sellado, la culminación del intercambio médico – paciente:

> *...recetas pues un poco para agilizar la consulta porque sabes que después tienes que ver a 60 pacientes más, probablemente tampoco tienes ganas de discutir con el paciente, no tienes tiempo ni ánimo de discutir si el paciente te pone pegas con lo que le estas recetando pues para prescribir un genérico o para por ejemplo para negociar la medicación que le ha puesto el especialista, entonces en esta situación, que es real, de malas condiciones de trabajo, probablemente muchos médicos lo que, y yo lo he hecho, pues no tienes ganas de discutir, recetas lo que ha puesto el especialista y ya atiendes al siguiente paciente (*MAP: e-1, p-25)

> *Una cosa que no he comentado antes acerca de las vivencias, o de mi experiencias a la hora de recetar y de prescribir es que la situación de la Atención Primaria actualmente no es buena, o sea hay poco tiempo por paciente, las consultas están saturadas…* (MAP: e-1, p-25)

> *...dada la situación actual de la Atención Primaria en esta Comunidad Autónoma, me parece que todo intento de introducir mejoras o introducir cambios o de proponer cosas va a topar con una*

limitación importante y es que los médicos no están muy motivados y que consideran que sus condiciones de trabajo no son las optimas... (MAP: e-1, p-36)

…por parte del Sistema que tenemos en el que parece que el médico de cabecera es el administrativo de todo el Sistema, no sólo del especialista, sino de todo el Sistema que tiene que hacer, al fin y al cabo somos la puerta de entrada pero es una puerta de entrada excesivamente usada… (MAP: e-6, p-135)
...cuanto más presión asistencial tienes que ir más rápido y más cansado, entonces la receta siempre es el remedio más fácil y más rápido, entonces acudes a ella... (MAP: e-6, p-137)

...estás obligado a atender la demanda que te piden, o sea, no puedes dedicar el tiempo suficiente a un paciente porque tienes tropecientos por detrás, esperando, desesperados… cada cinco minutos tengo citas. Pues cada cinco minutos a mí me es imposible seguir a un paciente bien... (MAP: e-12, p-302)

Con todo, la situación actual es mejor que aquella de donde venimos. Los Médicos de cabecera que trabajaron por el sistema antiguo (medicina de cupo), pasaban consulta a unos 90 pacientes en dos horas, de manera que estos veteranos son más optimistas con la situación actual. En la medicina de cupos, ahí sí que el Médico era una "máquina" de hacer recetas, que no veía a los pacientes, únicamente a los que estuvieran realmente malos:

...yo llegaba a tener 90 y 100 pacientes pero con 2 horas... con lo cual era una máquina de prescripción... antes no había protocolo, tú trabajabas según lo que venía, ¿sabes? Era más una actuación directa, sacar el problema de encima. Hoy día trabajamos mucho más con prevención, con más tomas de tensiones, con más analíticas de vez en cuando... Teníamos 90 pacientes, y una enfermera que salía y decía a ver recetas y se liaba a hacer recetas... prácticamente tú no veías a esos pacientes. El paciente que te venía era el que estaba malo, digamos. Entonces no hacías ni prevención, ni nada de nada. Hacías una medicina de actuación directa... (MAP: e-10, p-229 a 231)

Tanto las normas de prescripción que pone el Ministerio, como lo que se hace en el hospital sin tener muchas veces en cuenta la atención primaria, afecta seriamente a la relación del MAP con el paciente y a su autoridad y estatus profesional. La falta de claridad, las contradicciones, la ausencia de un modelo de salud y de vida saludable, la falta de consenso, el hedonismo… frente al paciente, acaban convirtiendo a éste en ariete contra el mismo sistema público de salud que trata de cuidarle. En este contexto se demanda del MAP que interprete más un rol de prescriptor que de cuidador de la salud y consejero de prevención y hábitos saludables. En medio de una cultura de países opulentos, la figura del MAP se acaba devalulando frente a su cliente, el paciente, que le da su razón de ser:

…fundamentalmente te digo, copago y listas restrictivas de fármacos efectivos. Punto. Las novedades farmacéuticas… que las apruebe si quiere el Ministerio, pero que no nos las meta en las

listas de prescripción para que luego nos diga que no prescribamos, que es una contradicción a la que no estamos dispuestos, porque tiene muchísimo coste en la relación médico paciente, si, si, si tú, si planteas dudas de prescripciones entre un especialista y otro, los pacientes se desorientan... y yo creo que es importantísimo que haya una buena relación médico-paciente para que la cosa vaya bien. Entonces, si la orden del especialista es una, la del médico de medicina general es otra, pero bueno ¿estos a qué juegan?, ¡que se pongan de acuerdo! Que si hay líneas de prescripción diferentes, y maneras de ver la medicina de manera diferente, pues es que no vamos a ningún lao. Estamos cayendo en contradicción dentro de nuestro propio Sistema... yo creo que es fundamental que estén los especialistas en el mismo lado que nosotros, y luchando por lo mismo, y luego que el ministerio desde luego se moje… los médicos están bastante quemaos. Cartas de los especialistas, los jefes diciéndonos que no prescribamos, pero ellos a la vez aprueban los fármacos... (MAP: e-8, p-178)

El testimonio que acabamos de leer muestra algunas de las propiedades del rol de prescriptor. Por ejemplo, que es la prescripción la que termina diferenciando la actuación entre unos y otros Médicos y también que es un elemento de comparación para el paciente. Por otra parte, y como hemos visto anteriormente, la prescripción que provoca muchos de los conflictos existentes entre el SNS y sus Médicos.

En el Médico se produce una tensión entre su rol como profesional de la salud y su rol como prescriptor o emisor de recetas, que le dan al paciente acceso legal y con subvención al medicamento. Conviven la conciencia del gasto, la fundamentación del trabajo médico con la evidencia científica y la restricción de la libertad de prescripción. Esta tensión tiene su respuesta en el nivel superior del Sistema Nacional de Salud, en el que se trata de mejorar la calidad asistencial al mismo tiempo que se trata de controlar el gasto, lo que se traduce en un intervencionismo en el trabajo del MAP centrado fundamentalmente en su rol de prescriptor, más que en su rol de Médico cuidador de la salud. Cabe añadir que cuando iniciamos esta investigación y estábamos participando en la investigación de la Dirección General de Farmacia de la CM y la Agencia Laín Entralgo, se estaba desarrollando un completo programa de formación presencial y se estaba trabajando en el desarrollo de cursos virtuales para llegar a más Médicos, si bien parece que la crisis económica lo ha frenado:

*…los médicos están viendo restringida su libertad de prescripción… también hay un interés más claro por las instituciones sanitarias en reducir el gasto y también hay un mayor interés por fundamentar la práctica clínica en estudios científicos… cada vez son más aquellos profesionales que quieren practicar una medicina basada en la evidencia (*MAP: e-1, p-30)

Según acabamos de ver, otra propiedad de la categoría que estamos estudiando -el rol de prescriptor- en referencia a la tensión mencionada con el rol del médico, es que la restricción de la libertad de prescripción supone una limitación a la aplicación de los conocimientos médicos y, por

tanto, una falta de estímulo para mantener al día dichos conocimientos.

Por otra parte, lo que se está transmitiendo al Médico joven que está haciendo suplencias, desde el principio que inicia su relación profesional "con el Sistema", es que lo que interesa es su "rol de prescriptor", en el sentido de "gestor de recursos públicos escasos". El rol del Médico como sanador y el de gestor de recursos al prescribir, son dos facetas que aparecen confundidas, enfrentadas. Entran en conflicto el rol del Médico y el rol de prescriptor, con resonancias en la relación del Médico con sus pacientes, con el Sistema y con la Industria quien, por otra parte, explota esta faceta para arrimar el ascua a su sardina y hacer ver al Médico que son ellos quienes le valoran como profesional al mismo tiempo que quieren hacer mejores productos para las necesidades de los pacientes:

> *...cuando hice suplencias y me apunté en el área 6, me exigieron para meterme en la lista de suplentes que hiciera un curso de, pues le llamaban de prescripción racional… querían dirigir muy bien lo que ibas a prescribir para que no se les fuera el gasto, que es la pelea que tenemos constante con las gerencias los prescriptores, entonces por eso no gustaba primero por la imposición y segundo porque se pensaba que el único objetivo era reducir gasto y no formar mejor a los profesionales…* (MAP: e-2, p-51)

Si hay un elemento clave detrás de todo esto, es la buena gestión de los recursos humanos en la Atención Primaria, lo que no debe ser nada fácil, pero su logro es un objetivo estratégico. En cambio, veremos que se exige al buen Médico, sin ningún incentivo, y por contra se premia al mal prescriptor. Esta Médica (e-8) muestra con sinceridad que el *quid pro quo*, funciona; si el Sistema no me motiva, no me deja ir a un curso... y en cambio la Industria me paga un curso y me motiva... ¡pues prescribo! (más de lo necesario, se entiende). Alguien se rasgará las vestiduras; el caso es que existe un problema en las condiciones de trabajo de este colectivo, que se siente casi "agredido" por el SNS.

Parece que en el juego de dar recursos hay una perversión, porque a nadie le gusta decir que "no" al que pide, sobre todo si es tu cliente, y en cambio tienes a otro que te presiona para decir que no, pero no te mima. Así que el Médico no se cree que tenga que ser él quien asuma estas presiones. Algo similar ocurre en el ámbito municipal cuando las asociaciones locales de implantación ciudadana piden recursos; a nadie le gusta decir que no, pero luego hay presiones a los empleados públicos para ajustar el presupuesto lo más posible, y al mismo tiempo tener contentas a las asociaciones, pero nadie está dispuesto a asumir la presión que se desprenderá del ajuste:

> *…ya te digo que el médico no se siente bien tratao desde… las altas esferas, ¿sabes? Se siente*

continuamente vigilado y presionao. Y luego, como que, que no se nos cumplen nuestros deseos, siempre se nos ponen trabas, ¿no? para hacer un curso que te interesa, para ir a un congreso, se nos cuestiona todo... si tú no tienes al recurso humano contento, pues poco puedes pedirle, ¿no? y si encima lo haces bien, y, y, y no te premian, ¿sabes? pues dices bueno ya está bien… el curso este que se hizo… para malos prescriptores, era un premio… porque te ponían suplente… tú faltas a una consulta y a la semana siguiente te vienen el doble de pacientes… pues esta gente lo ha vivido mal, por sentirse señalados... (MAP: e-8, p-180)

…yo quiero ir al congreso de litios... y no puedes ir, y te chafan. Entonces dices, bueno pues muy bien, me han castigado, ¿y qué?, pues prescribo, pues que no me pidan, si me castigas no me pidas que haga esfuerzos yo, eso es así... (MAP: e-8, p-182)

…el futuro yo lo veo muy negro, te digo, puede hacer crack el Sistema Sanitario. Esto del todo gratis y pa todos... no hay país que lo soporte… si no se toman medidas preventivas, pues eso, a, a los niños que tenemos ahora en el país, si la obesidad en Europa es tal, y España duplica las cifras de obesidad infantil… la que se nos viene encima es tremenda... (MAP: e-8, p-186)

P: …¿Qué crees que el Sistema Sanitario no está haciendo bien con los Médicos de Atención Primaria?
R: …Nada... no hay nada que haga bien. Desde mi punto de vista, nada… Yo como Médico de Atención Primaria, yo me he visto, al revés, casi agredido... mis superiores... los he visto no como alguien que te está ayudando... alguien que te ignora, que si hay un problema, es tuyo... Si hay un problema, va a por ti a ver qué coño has hecho... (MAP: e-11, p-255)

La siguiente respuesta resume la situación en que se encuentran los MAP, lo que favorece el rol de prescriptor frente al de Médico. En la jornada del Médico, están mezcladas churras con merinas, y el verdadero enfermo, aunque sea minoritario, sale perdiendo:

...lo peor, lo primero que no puedes dedicar tiempo al paciente, es decir, no poder ejercer la medicina… porque, claro, no puedo decir "veo a 3 y el resto para mañana". No, tienes que intentar verlos. Entonces de los 60... pues 40 a lo mejor puedes pasarlos más o menos, pero a 9 o 10... necesitan de ti un tiempo... que no se lo puedes dedicar. Entonces pues… te encuentras contra una pared, con el querer y no poder... ¿qué pasa? Pues que terminas muy mal la relación entre médico y enfermo... ellos esperan más de ti y tú no puedes ofrecerles más. Y muchos problemas y muchos altercados en Primaria vienen por ahí... los médicos no somos unas máquinas, empiezas muy bien por la mañana y a medida que ya son las 12 o la 1 ya estás hasta aquí y ya saltas... vienen salteados... cuando más cansado estás te viene el que realmente necesita lo que tú ya ni tienes ganas ni tiempo de darle... (MAP: e-11, p-256)

Parece evidente que emitiendo 200 recetas al día, unas tres por paciente de media, y dedicando unos cinco minutos por paciente, no se dan las condiciones óptimas para un buen

proceso de prescripción:

> *P: ¿Cuántas recetas emites al día, aproximadamente?*
> *R: Pues no lo sé… doscientas, no sé (*MAP: e-12, p-306)

El panorama del MAP es aciago; soporta la mayor presión asistencial de todo el SNS. Eso les hace sentirse discriminados frente a otros profesionales, como los de atención especializada, que controlan sus listas de pacientes, e incluso frente a otros estamentos, como enfermería. Los Médicos de AP vienen obligados a atender a todo el que pide cita. Y el motivo principal de esa presión es su rol de prescriptor de medicamentos: la gente se molesta por conseguir sus pastillas, pero ¡no quieren hacerse responsables de su salud! El Médico es el funcionario de las píldoras del bienestar, que actúan como un bien, como una distinción, que si bien le dan un estatus al MAP, un prestigio y un poder de acceso tanto al paciente como al laboratorio, al mismo tiempo le hacen alejarse de la vocación médica a favor de su rol de prescriptor. La enfermera, por su parte, es la funcionaria de los hábitos, pero como la gente no quiere cambiarlos, no tiene clientes, no tiene presión asistencial. En cambio, quien administra las pastillas recibe la atención/presión de todo el mundo:

> *...nuestros jefes siempre dicen, de 35 pa abajo estás tocándote las narices, y tú ves que otros estamentos, enfermería, puede tener 3 ó 4 pacientes diarios… un paciente que tiene 30 pastillas, siempre se citará para el médico para que al día siguiente tenga su 31 pastilla, entonces, él vendrá sistemáticamente cada 15 días o cada 28 días a buscar su pastilla... las expectativas que tenemos es que estamos cada día más sobrecargaos y cada vez más pacientes, y enfermería se mantiene en unos ratios de 3, 4, 8, 10 y no crece, esa consulta no crece ¿porqué?, porque el paciente no quiere formar parte activa de su, de su salud...* (MAP: e-8, p-187)

La preocupación del coste de las recetas es tan alta que se ha generalizado una cultura desde el Sistema de la sanidad pública de control y evaluación cuantitativa de los costes de la salud, que al descuidar otros elementos no hace sino subrayar la figura del prescriptor, que se impone y ensombrece la del Médico, condicionando terriblemente su trabajo. El Médico de AP se siente el centro de atención de esta maquinaria, y denuncia que si hay tantos factores, que se analicen y se actúe sobre ellos, pero que no se centre todo el peso sobre él. La llegada de los farmacéuticos a la AP tendría que haber significado una desviación de esa atención, pero no ha sido así, por lo que los Médicos hartos de que se focalice en ellos el tema, cuestionan su eficacia. Mientras, ellos se sienten “acosados” con medidas como la emisión de facturas con los medicamentos que han recetado, identificando euros con sus recetas, pero sin tener en cuenta, por ejemplo, si unos Médicos tienen más población anciana o si tienen pacientes con tratamientos muy caros como la diálisis:

...en este acto que es prescribir, está influyendo éste factor, éste, éste, éste, éste, pues cuantifícalos y mira a ver qué peso tienen... porque ***erre que erre con el prescriptor*** *y erre que erre con el prescriptor... si admitimos un abanico de factores, lo que está claro que al factor prescriptor le dan mucho peso... llevamos con los farmacéuticos en Atención Primaria varios años... Y no han conseguido nada achuchándonos, porque es lo que hacen, ya con tintes de acoso... nos hacen una factura sombra... y además has recetado esto que es muy caro y ta ta ta... que sepas que tú eres responsable de todo esto, y te lo dan en euros, eso es, llaman ellos dar información pero me están a mi facturando... oiga, y yo ¿soy responsable de que yo tenga ochocientos ancianos y la otra tenga cien?... supongamos que efectivamente el problema (ininteligible) es del prescriptor, el médico, pues bueno, ¿donde están todas las medidas que han hecho ellos? Porque yo no se cómo pueden sostener esa teoría si justamente su finalidad de ellos de su trabajo es que todo vaya bien, y mejore, ¿no?...* (MAP: e-9, p-224)

Al preguntar, en el caso de abajo, cómo contener el gasto en medicamentos, el Médico responde hablando de la confianza en el Médico. La gente está más pendiente de la tecnología, del medicamento, como solución milagrosa, que de lo que le dice su Médico: "la medicina es la droga milagrosa". Ya no queremos que nos atienda el profesional y ponernos en sus manos, ahora "no queremos la charla del cura, queremos directamente comulgar y el perdón de los pecados", buscamos la satisfacción inmediata de nuestras necesidades, no un Médico de familia en el que confiar, nos basta que sea prescriptor de nuestras necesidades:

*… Pues es que yo he vivido una época que ya es irrepetible, que es la confianza en el médico... ese médico APD que era de la familia y que tú, lo que tú decías iba a misa, y tú pensabas por la familia, y sabían que lo que tú hicieras estaba bien hecho... Ahora… cuando no se confía en el médico… y la gente lo que quiere es curarse y piensa que cuantas más medicinas mejor… Y la medicina es la droga milagrosa… es muy difícil, entonces hay que concienciar a la gente, informándola, diciéndola que el medicamento no es agua, que tiene sus inconvenientes, que tiene sus efectos secundarios… Si yo le digo a la gente "esto no se toma", no se toma... Ahora: "Voy al médico para que me dé la baja"… yo eso no lo viví, nunca (*MAP: e-11, p-295 a 296)

Una de las penosidades del Médico responsable, no reconocidas, es trabajar fuera de su jornada para estar al día. Muchas veces se llevan a casa el trabajo, otras sueñan con él o con un "medicamento con patas". Vuelve a salir la idea de la medicina de Atención Primaria como arte:

*Yo me he levantado hoy a las seis y media de la mañana para acabar un tocho. Con mucho arte... un médico que ejerza de médico no trabaja siete horas... cada vez que voy a leerme un reportaje el fin de semana del periódico semanal, me entra cargo de conciencia diciendo "es que tenía que leerme aquello para pasado mañana, a ver, no sé qué"... Cuando no estás soñando con ello y te aparece pululando el medicamento con patas por ahí, o sea que… con mucho arte (*MAP: e-12, p-321)

Otro factor relevante es la consideración del Médico y su retribución. Esto facilita que el Médico valore más los favores que le hace la Industria. Así lo ve nuestro visitador desde fuera de la profesión:

> *...la sanidad española se basa en un modelo retributivo para los médicos muy escaso, entonces los médicos en otros países son profesionales mucho mejor pagados y mucho mejor considerados que en España, y aquí en España, la mayoría de los médicos, su sueldo lo complementan con todas las historias que puedan conseguir… pues de aportaciones de la Industria Farmacéutica... la sanidad española es muy buena y muy eficaz pero los recursos que tiene son muy escasos y los que le faltan los obtiene de maneras poco claras...* (Visitador Médico: e-13, p-352)

Como vemos, en la evolución que el estatus del Médico ha sufrido en las últimas décadas, un elemento que ha incidido en dicho cambio de manera central es el rol de prescriptor, que recoge una serie de patrones de conducta esperados en el MAP, como atender las expectativas que el ciudadano tiene de recibir un tratamiento con medicamentos que elimine su enfermedad; gestor del presupuesto que gasta el SNS en el pago de medicamentos recetados; como emisor de recetas de medicamentos subvencionados; las relaciones funcionales que establece con todos los agentes implicados en la prescripción, por ejemplo con la Industria Farmacéutica, etc.

El rol de prescriptor se refiere al papel preponderante que juega la prescripción de medicamentos en el desempeño profesional del MAP y la influencia que tienen sobre dicho desempeño cuestiones como el grado de autonomía profesional en materia de prescripción, la tensión entre el gestor de recursos y el profesional de la medicina, la tensión entre el medicamento como producto de gran consumo y bien médico, la tensión entre lo natural y lo tecnológico en materia de salud, las influencias que soporta el Médico en su labor prescriptora, etc.

8.3.5.- Actualización de conocimientos. Las novedades muy novedosas.

Se reconoce por parte de los MAP, con naturalidad, la necesidad de mantenerse continuamente actualizado en conocimientos, tal y como recomienda la medicina basada en la evidencia. En las áreas sanitarias, se sirve conocimiento a través de reuniones y boletines, aunque dicha información, que llega de manera cómoda al Médico y es de confianza, resulta no ser sino una fuente más. Por otra parte, lo que hay es un enorme volumen de información, de difícil manejo:

> *Bueno, había unas reuniones periódicas con los farmacéuticos del área, venían a hablar pues acerca de alguna novedad terapéutica acerca de algún problema controvertido, y luego creo recordar que desde el mismo área se editaba un boletín fármaco – terapéutico… para mi era algo interesante, pero no dejaba de ser una información más ¿no?... en los últimos años se hace*

hincapié en practicar la medicina basada en evidencias, que nos supone a los médicos la obligación de buscar, leer en la literatura científica, buscar revisiones sistemáticas acerca de los tratamientos que tenemos que utilizar y bueno, las fuentes, las fuentes son numerosas ¿no? estas fuentes de la institución eran una más... (MAP: e-1, p-26)

*…lo que hay es muchísima información, una cantidad de información ingente, que es difícil de manejar por su magnitud y también por la extensión… una cosa importante es que la información que reciben los médicos sea concisa (*MAP: e-1, p-27)

El joven Médico íntegro, ve tan sesgada la información de la Industria, por sus intereses comerciales, como la Institucional, por su necesidad de ahorro. Se establece, una vez más, una equidistancia entre los que quieren vender más y los que quieren ahorrar más; entre la Industria (que representa el consumo de masas) y la Institución, que representa la promesa del bienestar, pero no tiene recursos suficientes para todo el bienestar que se demanda. Como ya hemos visto, el factor personal se vuelve fundamental: la Institución -el Sistema- fuerza al Médico a ser un prescriptor de "siete" minutos, dando un carácter "negativo" a su labor prescriptiva, tratándole a veces como una herramienta de gestión impersonal, en lugar de como un técnico especializado; la Industria, en cambio, le trata de manera personal, como un técnico especializado, y da importancia "positiva" a su labor prescriptiva. En cuanto a la calidad de las fuentes, la mayor la ostentan las revistas internacionales y las instituciones dedicadas a la revisión sistemática de estudios y elaboración de guías. En cambio, el conocimiento generado por las áreas sanitarias se ve con suspicacia y despierta poco interés:

…la mayor credibilidad la tiene la prensa biomédica… las revistas de más prestigio después, eh, o a la par, pues todos los organismos que se dedican a hacer revisiones sistemáticas y guías de práctica clínicas y que tienen un prestigio … yo creo que la información que pueda dar la industria farmacéutica siempre se ve como algo sesgado… y la información que dan las instituciones pues también yo creo que muchos médicos esperan de ella que esté sesgada, pues para lo que hemos comentado, pues para recortar gastos… (MAP: e-1, p-29)

*… un interés exagerado en reducir los gastos de farmacia de esa área y que esto pudiera repercutir un poco en la atención a los pacientes… también siendo sincero creo que nunca leí ninguno de los boletines con detenimiento (*MAP: e-1, p-38)

Incluso si al Médico le gustan los boletines que edita su área sanitaria, que serían una especie de réplica a los laboratorios, se acaba poniendo en duda su objetividad por esa permanente equidistancia que adopta el Médico en su rol de prescriptor ante unos y otros:

…ya en mi época de residente, ya por ejemplo te llegaban las notas fármaco terapéuticas… A mí me gustaba mucho, para mí era una fuente de datos primordial, luego pasa lo de siempre que te

vienen diciendo los compañeros que, claro pues que los de farmacia que están tan agobiados con recortar el gasto farmacéutico que a lo mejor no son objetivos… si empezamos así ***ya no me creo a nadie, no confío en nadie*** (MAP: e-2, p-50)

Cuando empiezan a ejercer en el SNS, los Médicos lo que agradecen es información sintética. Claro, lo que se plantea aquí es que el Médico joven, el más inexperto, lo que necesita son "chuletas" para salir del paso. Le falta conocimiento, carece de experiencia. Cabe sospechar que precisamente ese momento inicial es muy delicado y, por lo que se ve, la manera en que se resuelve es poco sólida, lo que nos pone en el mejor terreno abonado para que se vaya conformando el Esquema de prescripción del Médico basándose en herramientas rudimentarias, "pues te planteas sobrevivir":

...habría sido una excelente ayuda haber tenido un manual muy sencillo para las patologías más frecuentes que te vas a encontrar, con una recomendación de principio activo que estuvieses... cuando estás empezando tampoco necesitas mucha información porque te aturulla y si luego no la puedes buscar rápido ya no es útil… Entonces con una información muy sintética de por qué se ha recomendado este principio activo, sea por eficiencia, por eficacia, en caso de antibiótico por resistencia por… y todas estas cosas, y luego nombres comerciales (MAP: e-2, p-45)

...tampoco es que al principio por la cosa de la inexperiencia se lea mas ¿no? es que hay que vivir y hay que trabajar y al principio pues te planteas sobrevivir porque tampoco te queda mucho más tiempo ¿no? y la consulta te absorbe bastante... (MAP: e-2, p-58)

El conocimiento en torno a los medicamentos es complejo. Cualquier Médico puede caer en confusión, "cada medicamento es un mundo". Todo lo cual incide en la dificultad de conocer los medicamentos y, por tanto, en la importancia de una formación continuada sobre los mismos, al mismo tiempo que se evidencia la vulnerabilidad del MAP ante esa complejidad:

...vamos a ver, el pediatra oye mucha información y no sabe exactamente de dónde viene… cuando los pediatras oyen esa información: que es una vacuna eficaz, segura, etc. pues ellos piensan que efectivamente es la vacuna de varicela, pero es que hay distintas vacunas de varicela… con lo cual no sabemos lo que le estamos poniendo a los niños, ¿entiendes?... probablemente los Médicos de Atención Primaria no tienen claro es que cada medicamento es un mundo y hay que evaluar cada medicamento por separado, porque no es lo mismo la vacuna de varicela de un laboratorio que la vacuna de varicela de otro laboratorio… (Médica Agencia Medicamento: e-3, p-73)

Es interesante esta entrevista e-3 pues muestra el punto de vista de una Médica que trabaja para la Administración en el proceso de aprobación de medicamentos. Desde ese punto de vista, se ve como una ayuda hacer el trabajo de análisis de los usos eficaces de un medicamento y sintetizarlos para los Médicos, cuyo trabajo diario es aplicar el conocimiento a los pacientes, pero, en cambio, no tienen tiempo material para obtener ese conocimiento. Esa síntesis es

ofrecida de manera habitual por los visitadores médicos acompañada de folletos muy bien presentados, pero la información que muestran, si bien tiene que estar autorizada por la Comunidad Autónoma, resalta lógicamente los mensajes positivos y con mayor valor comercial:

> *...un pediatra… tiene… miles de temas pendientes sobre la mesa… no puede meterse en todos los temas profundamente, entonces yo creo que sí sería importante darles información clara y fiable y me atrevo a decir que desde la administración, porque es la única manera de no confundir no?... porque no puede leerse 50 ensayos clínicos de cada uno de los temas que tiene sobre la mesa, entonces es mucho más fácil si tú le das la información sintetizada…* (Médica Agencia Medicamento: e-3, p-76)

Uno de los temas importantes que caracterizan esta categoría de "actualización de conocimientos", es cómo renuevan los MAP sus hábitos de prescripción con nuevos fármacos. Hablamos de las novedades. La introducción de los nuevos medicamentos es un magnífico campo de análisis para profundizar en el universo del medicamento y en todas sus dimensiones, ya que, como nos transmiten los entrevistados, contempla dimensiones fundamentales como:

– El estudio de las enfermedades que requieren nuevos tratamientos, o, desde un punto de vista más comercial, el descubrimiento de las enfermedades -*nuevas enfermedades*- que aún no están siendo tratadas.

– La investigación de moléculas.

– Los congresos que introducen nuevas moléculas, medicamentos y "sus usos", es decir, las enfermedades que curan. Idem para los artículos científicos que avalan las nuevas moléculas.

– La autorización del SNS, previa a la comercialización, con la ficha técnica que avala para qué se puede utilizar el medicamento. Este proceso incluye una dimensión bastante opaca referida a la relación entre la Industria y los altos cargos en materia sanitaria de los gobiernos, los criterios que se aplican en los procedimientos de nuevos medicamentos, etc.

– Las patentes de nuevos medicamentos.

– El lanzamiento publicitario de medicamentos en sus diversas modalidades, expresas o encubiertas, a pacientes potenciales, Médicos especialistas, Médicos de Atención Primaria... Lo que incluye una estrategia muy refinada para crear, a varios niveles, una necesidad que ponga en marcha la demanda del nuevo medicamento y se disemine lo máximo posible. Estrategia que incluye visitadores, campañas de concienciación de enfermedades, captación de Médicos líderes de opinión, influencia en revistas científicas...

– La inclusión del medicamento entre los recetables y subvencionables.

- El desarrollo de genéricos.
- Etc.

La actualización de conocimientos, también está sujeta a circunstancias o influencias diversas, algunas científicas, como es la prevalencia de las enfermedades (a mayor presencia de la enfermedad, es lógico que haya una mayor formación para su tratamiento), y otras no científicas, como los costes (a mayores costes de los tratamientos, más interés por parte de la sanidad pública de que se controle la prescripción). Por muy razonable y justificado que sea incidir en los tratamientos más caros, la sanidad pública con ello no hace sino caer en un factor de irracionalidad científica: doy más formación para frenar aquello que tiene un mayor coste económico, lo que abunda en la imagen de la administración pública que tiene su propio interés extra-científico, extra-calidad asistencial: el control presupuestario, lo que le hace sospechosa a la hora de buscar referencias objetivas para solucionar los problemas médicos. Al mismo tiempo, la maquinaria comercial de los laboratorios provoca un alza de la prescripción de los nuevos medicamentos que son los que, al venderse más, despiertan la preocupación del Sistema Sanitario. La visión de los profesionales deja traslucir esta idea.

> *…en una área Sanitaria como la mía… donde tenía cerca de 500 médicos de familia... pues me encontraba prácticamente de todo, desde médicos que son pues unos auténticos estudiosos... hasta médicos que, pues probablemente no hayan leído una revista, pues desde que salieron de la carrera. ¿Cómo se actualizan? Pues ahora mismo fundamentalmente la mayor fuente de actualización es la Industria Farmacéutica, aparte los esfuerzos que realizamos los farmacéuticos de Atención Primaria…* (Farmacéutico AP: e-7, p-151, 152)

> *...yo es que asistía a congresos… La clase… farmacéutica* (nota: se refiere a los laboratorios) *nos ha ayudado un montón, o sea, si yo he tenido algún problema sobre algún tema, la bibliografía o lo que necesitara, no he tenido ningún problema porque me lo proporcionaban...* (MAP: e-11, p-249)

> *…aquí intervienen mucho también las casas comerciales, los laboratorios, que si sacan un nuevo medicamento, te forman un poquito en ese medicamento nuevo...* (MAP: e-12 p-303)

Para adoptar nuevos medicamentos, lógicamente tiene que existir una actualización de conocimientos. Entonces, una pregunta pertinente es ¿cómo mantienen los Médicos sus conocimientos al día? Esta es una cuestión capital que fue abordada ampliamente en las entrevistas. Los Médicos expresan disponer de diversas posibilidades, entre las que destacan las publicaciones y los cursos, pero existe bastante confusión sobre cuál es la mejor vía. Como se pone en evidencia en numerosas opiniones, en lo referente a conocimientos, no hay problemas con la existencia en sí del conocimiento, que está ahí, los problemas son su enorme volumen, la

multiplicidad de fuentes, su desigual calidad y su falta de objetividad, especialmente en las informaciones que hace llegar la Industria a los Médicos a través de los visitadores, que es una parte muy importante de lo que les llega, no sólo por el bombardeo, también porque conlleva trato personal. Los Médicos intentan mantenerse al día en conocimientos leyendo estudios.

> *...yo me compraba un libro de medicina y ya casi tenía asegurado, pues cuatro o cinco años, que estaba al día, pero cuando empezó a llegar internet y las revistas, ya los libros no valían; cuando salía un libro, automáticamente ya estaba desfasado. Desde que se editaba. Por eso internet y las revistas hacen mucho...* (MAP: e-11, p-248)

> *Pues con publicaciones y luego con cursos, principalmente cursos y, hombre también algún congreso, pero menos... Es que depende, si es solamente en plan de mantenerme al día, pues estoy suscrita a una revista y las hojeo cuando llegan semanalmente... recibes revistas todos los días pues un montón… hay veces que tienes suficiente con los artículos que hay y otras veces que tienes que hacer una búsqueda...* (MAP: e-4, p-85)

> *...estoy suscrita a una serie de revistas... todos los libros de familia que se hacen en España me los compro (*MAP: e-9, p-203)

> ...el que miro siempre son los boletines de información terapéutica, porque te dan una visión un poco más general, sobre todo de la información de nuevos medicamentos y porque también suelen tener alguna alerta de efectos secundarios… (MAP: e-4, p-86)

Para ponerse al día, otra vía importante proviene de sesiones clínicas con especialistas, en las que te dicen “que se está poniendo esto” y “las últimas tendencias”. Claro, la pregunta inmediata es que si al MAP lo actualiza el de especializada, ¿cómo se actualiza el de especializada?, porque si es así, lo ideal es que en especializada tengan tiempo suficiente para hacer un estudio continuado y riguroso de las novedades, de los ensayos clínicos, de la ficha técnica del medicamento, etc. y tiempo para dárselo a conocer a los demás. De todas formas, podemos sospechar que ocurrirá algo similar que en primaria, que habrá muchas fuentes de información, ninguna de ellas fiable y objetiva del todo, que habrá a su vez presión de la Industria Farmacéutica y luego tendrán dificultades por tiempo... Algunos reconocen que de lectura, poco:

> *...la gran lluvia de información de revistas... que estás suscrito... vas leyendo... tenemos sesiones de equipo, con lo cual ciertos profesionales te lo cuentan... las últimas tendencias de cómo se trata, cómo no se trata... digamos un 70% son de los contactos que tenemos con la especializada y con esos protocolos que van saliendo, que uno va leyendo...* (MAP: e-10, p-238)

> *…el contacto directo se hace a través de las sesiones… lo normal es que nos reunamos dos, tres veces con cada equipo (por año)... …los que suelen asistir, son los que más están interesados en el*

tema, que son los que menos necesitan la sesión… (Farmacéutico AP: e-7, p-154, 155)

...cursos la verdad es que en el área se hacen muchos cursos, el problema es que tampoco puedes hacer todos los que quieras, porque tenemos un tiempo limitado de formación… (MAP: e-4, p-86)

Pues bueno me intento mantener como persona inquieta ¿no? lectura poco, más a base de cursos, cursos que oferta el área fundamentalmente o bien a través de la Agencia Laín Entralgo o a través del área 5 de Atención Primaria... todos los años suelo hacer 2 o 3 cursos… y luego actividades docentes que patrocinan laboratorios… (MAP: e-4, p-113)

El conocimiento que se produce en el SNS debería responder a una mayor iniciativa desde los organismos públicos y cuidar mucho su presentación ante los Médicos. Desde las áreas sanitarias, suelen hacer alguna selección y recomendar algunos artículos, y dos o tres sesiones anuales con los equipos de los centros de salud (en contraste con las visitas mensuales, médico a médico, de los visitadores...); aunque estas acciones se pueden percibir como una respuesta a las acciones de la Industria, y que tiene deficiencias en cuanto a su comunicación (no olvidemos que compiten con los maestros de la comunicación, los laboratorios). Aunque sea repetirlo, hemos de insistir en que las acciones que provienen del Sistema Nacional de Salud son sospechosas de estar al servicio del control del gasto y no de la calidad sanitaria y del ejercicio médico. La administración, entonces, asume un papel subsidiario, no de liderazgo o de creación de discurso científico, médico, sino de reacción ante lo que posiblemente sean estrategias comerciales, y para cuando no es así, pues se percibe como si lo fuera:

…lo que hacen en las áreas de Atención Primaria son los famosos boletines, hojas de medicamentos y... no es demasiado buena, no en calidad, sino en comunicación, tienen déficit de marketing, siempre van mucho a remolque, además siempre es una especie de contra información... (MAP: e-6, p-133, 134)

La dificultad enorme que existe en el ámbito sanitario para estar al día en los conocimientos, alcanza incluso a los farmacéuticos de Atención Primaria, para quienes uno de sus objetivos principales consiste en eso mismo, en estar al día y en servir información a los MAP:

P: … ¿cómo se mantiene actualizado un profesional de farmacia de Atención Primaria? Es decir en este caso tú, en los conocimientos, digamos, sobre farmacoterapia...
R: bueno nosotros, fundamentalmente, ¿no? eh, claro, lógicamente la información en farmacoterapia es tan abundante que es imposible, ¿no?, que podamos también leer todos los artículos, ¿no?... nuestra mayor fuente de formación para nosotros mismos, son las propias sesiones, los propios boletines que editamos, ¿no? (Farmacéutico AP: e-7, p-156)

Todo ello, abunda en la cuestión de los decires, de oír a todos. Estamos, incluso cuando

hablamos de ciencia, en un terreno en el que manda el mercado y los intereses de cada uno, es decir, las estrategias de comunicación. El envoltorio, además del contenido, está influyendo en este contexto. Más que ante una tribuna científica, más que ante la búsqueda de fuentes objetivas, estamos ante una carrera de información científica - interesada, o sea, seudocientífica, para ver quién coloca mejor "su mensaje" y accede al "vademécum cerebral" del Médico y logra situarse en la antesala de su *Esquema Prescriptivo*:

> *…como puedo. Con cursos, conferencias, o con formaciones paralelas... ¿qué herramientas me da a mí el Sistema de salud? Puff, difícil me lo pones... Seis días de docencia al año es lo que me da a mí el Sistema (*MAP: e-12 p-300)

> *…pero no son demasiados, yo creo que es una cosa que sorprende, pero no se dan demasiado, no se dan demasiados cursos de terapéutica, específicos eh (*MAP: e-6, p-134)

> *...hay dos farmacéuticas del área que, bueno, pues nos envían artículos o un resumen creo que es cada 2 o 3 meses… nos mandan algún artículo concreto y luego pues una hoja con una referencia de distintos artículos que consideran interesantes, pues por la relevancia por la revista de la que se ha sacado y eso siempre lo miro y algún artículo señalo, lo pido por teléfono y me lo mandan ya las fotocopias ¿no?... y yo eso sí que es un servicio que considero útil…* (MAP: e-5, p-115, 116)

> *…las farmacéuticas (del área sanitaria)… es que la gente las identifica con las gerencias… mucha gente ya no lo ve como información independiente sino como información muy ligada al control de gasto…* (MAP: e-6, p-145)

De cara a mantener los conocimientos, la mayor dificultad es el tiempo. Para cada cuestión, no sólo se consulta una fuente, pues un conocimiento sólido requiere que cada fuente sea contrastada si se quiere estar al día y evitar sesgos. La realidad se impone, es muy difícil estar al día en conocimientos, no se puede acceder a todo el conocimiento, no se puede estar al día en todo. Si acaso, se hacen consultas sobre temas puntuales o se escucha a otros que han estudiado lo que nos interesa. Más que lectura e investigación propia, la vía más común es escuchar a otros. No obstante, a pesar de las dificultades, poco a poco se van introduciendo las novedades, unas veces por estudio, otras veces por influencia de los compañeros. De alguna manera, los Médicos, que no pueden por sí mismos mantenerse al día, terminan apoyándose un poco aquí y un poco allí, es decir, que es un sálvese quien pueda, cada uno se agarra a lo que puede. Volvemos a encontrarnos con un tratamiento poco científico, poco racional, del conocimiento:

> *...en Atención Primaria es imposible ver toda la información que te llega, porque es una avalancha... salvo que seas tú quien puntualmente quiere mirar una cosa. Pues lo que haces es aprovechar el trabajo de los demás en sesiones, en conferencias, en cosas porque es imposible, no puedes leerlo todo…* (MAP: e-4, p-102,103)

...es del dominio público sanitario que tú no puedes, eh, leer toda la literatura que, que hay, yo sé que hay a su vez gente que procesa toda esta información… te surgen varias iniciativas que dicen yo te recojo lo mejor y te hago un resumen de lo que te puede venir bien, y yo también, y yo también, y yo también, entonces otra vez estás con una oferta muy amplia de información, entonces estás otra vez con varias fuentes, es decir que, si lo que me has preguntado es que si me baso yo en lo que se va investigando, no me puedo basar en lo que sale continuamente, tengo que, primero tienes que discriminar y segundo lo que te deje el tiempo y tercero también, por qué no, lo que te guste, a mí no todo me gusta... (MAP: e-9, p-199)

*...es imposible estar "completamente al día de todo", hacer una evaluación exhaustiva de todo lo que utilizas. La, la práctica habitual también es importante. Hombre, también te fías un poco de la práctica en general de los compañeros ¿no?, si ves que muchos de los nuevos medicamentos que se empiezan a introducir por el, digamos por el Hospital, y que se están utilizando en... por los compañeros y van bien, poco a poco vas utilizando, eso depende (*MAP: e-4, p-103)

...me envían a casa bastantes revistas, aquí también. Pero aquí la verdad es que ni las miro, directamente las echo a la basura, porque es tal cantidad de papel que no hay tiempo... lo que recibo en casa, que de alguna manera también está patrocinado por laboratorios, porque yo no pago ninguna suscripción... a nivel de consultar libros, poquito, cuando tengo alguna duda muy concreta o quiero profundizar algún tema, pero siempre a propósito de algún paciente o para preparar alguna sesión... (MAP: e-4, p-114)

Lo que los Médicos necesitan para estar al día en conocimientos es información objetiva y bien estructurada, disponible en el momento oportuno, y por otra parte cursos intensivos sobre terapéutica de las enfermedades más extendidas. Y a lo anterior, hay que añadirle TIEMPO, en mayúsculas, dentro de la jornada laboral, dado que la actualización de conocimientos tiene una importancia fundamental para su práctica profesional. De todas formas, si lo que hay que abordar es un cambio en la forma de prescribir de los Médicos, lo primero es hacer sentir a los Médicos que tienen el apoyo del Sistema Nacional de Salud, responsabilizarles de la necesidad de que mantengan al día sus conocimientos, que busquen la mayor calidad al menor coste y, al mismo tiempo, hacerles llegar de manera adecuada información de los tratamientos terapéuticos más adecuados y garantizarles el acceso a la información científica más objetiva:

…información muy estructurada, muy breve, muy concisa, muy en el punto de atención… cursos de actualización terapéutica de determinadas patologías más prevalentes que me pusieran un poco… muy activos a la vez y muy cortos... hay muchísima información… hay mucha pero no adecuada… estás todo el día bombardeado por la industria farmacéutica… hay un déficit de información objetiva... o de información que tú necesitas en un momento determinado… (MAP: e-6, p-144, 145):

…darles pues un aspecto crítico que probablemente es lo que más falta ahora mismo en la

medicina, ¿no?, el no creerse todo lo que te dicen… (Farmacéutico AP: e-7, p-153)

*...pensar que con un curso se van a modificar conductas creo que es un poco ingenuo… la idea es decirle yo sé lo que estás recetando y... lo que se debe hacer en tanto en cuanto es un fundamento científico... pienso en tu libertad de prescripción, pero la libertad de prescripción está conectada con los fundamentos éticos y científicos... yo no soy quién para dártelos, porque tú eres el médico, tú eres el profesional, pero te los recuerdo, están aquí... porque el farmacéutico no es quién… yo te lo recuerdo y tú lo sabes… te digo lo que hay que hacer o lo que dicen tus compañeros que más saben lo que hay que hacer... ese es el mensaje y con eso yo creo que se modificaría la conducta (*MAP: e-6, p-148, 149)

…lo ideal sería que nuestros conocimientos tuviéramos tiempo para actualizarlos en el trabajo, porque es una herramienta totalmente imprescindible para el ejercicio nuestro profesional, ¿sabes? Entonces, o tienes muy buena voluntad o se, se te pone difícil el actualizarte, cuando debería ser un requisito que nos brindara la empresa, de manera más satisfactoria… (MAP: e-8, p-192)

Lo más "natural" para adoptar las novedades, a la luz de lo que responden los entrevistados, es basarse en los visitadores médicos, cuyo trabajo principal es informar de las novedades y, a sabiendas de que hay un sesgo en esa información, logran colocar su mensaje: "lo tienes en tu cabeza", justo ahí, ese es el hall del *Esquema Prescriptivo*. No lo utilizas como primera opción, te resistes de alguna manera, pero está ahí, esperando que le toque la oportunidad para entrar a formar parte de tu *Esquema Prescriptivo*. Las novedades "se intentan", o sea, no se adoptan tras un proceso de estudio o investigación por parte del Médico, o mediante protocolos del SNS para la incorporación de nuevos medicamentos, sino que es algo empírico, queda al albur de la praxis de cada cual, que en muchos casos no está basada en la evidencia. Parece claro que hay un sentido común de partida respecto a que las novedades en medicamentos se introducen sólo si aportan algo importante, pero no está tan claro si ese sentido común actúa con el rigor que recomienda, por ejemplo, la guía para la buena prescripción de la OMS, dedicando un tiempo de estudio antes de adoptar un nuevo medicamento, comprobando qué valor tiene lo que ofrecen, recurriendo a otras fuentes que no el vendedor para contrastar la información del laboratorio y dejando pasar un tiempo adecuado antes de introducir novedades que no han pasado el examen del tiempo:

...y con las novedades muy novedosas, pues la industria siempre está ahí vendiéndonos la moto de que son lo mejor de lo mejor y sin ningún efecto secundario, muchas veces no son tan buenos y sí que tienen efectos secundarios… intentas las novedades novedosas si ves que es oportuno el utilizarlas, utilizarlas en gente que no sea ni los más mayores ni los más poli medicados… (MAP: e-5, p-127)

Otra parte que influye muchas veces en los medicamentos, es la industria farmacéutica. Que se encarga evidentemente, en darte información a nivel de visitadores y todo eso... la pones siempre

*un poco entre comillas. Claro el que te quiere vender algo te pone lo bonito... Coges un poco la información de que ese medicamento existe, lo tienes en tu cabeza, pero no lo mandas así directamente. Si no tienes otra opción, lo mandas a ver si es cierto que va bien como dicen. Eso es un 5%, un 6%, un 10% como mucho (*MAP: e-10, p-239)

...cuando sale un medicamento siempre la casa farmacéutica saca una monografía muy exhaustiva, está muy bien informada... Entonces tú, con arreglo a eso, pues ya… lo tienes en cuenta para hacer lo que mejor te venía en cada momento... (MAP: e-11, p-260)

...me empapaba bien de la monografía del nuevo y si me aportaba algo más que el que tenía, vale, si no… lo dejaba ahí al lado y ya veremos... como es más moderno, es más caro y ya está... si aporta algo muy importante, pues joder, si hay que pagar algo más, se paga, pero si te aporta un poco más, joder, también hay que mirar un poco el dinero. Está claro... (MAP: e-11, p-269, 270)

*...cuando sale una cosa nueva que consigue eliminar eso que antes te costaba trabajo, pues joder, lo aceptas con una alegría tremenda (*MAP: e-11, p-292)

Esta categoría ha estado centrada en la puesta al día de los conocimientos. Es una categoría fundamental que está estrechamente ligada a la introducción de novedades, de nuevos medicamentos. El medicamento que interesa más a la Industria Farmacéutica es el más novedoso, tiene un mayor precio, no tiene genérico, su patente es nueva y presenta a su favor su carácter de innovación. El Médico conoce todas estas circunstancias, pero lo nuevo actúa como una tromba sin freno, a la que por más que se resista el Médico tarde o temprano va "sucumbiendo", en lo que parece que es un estado generalizado en torno al universo del medicamento. En ello, sin duda influye el deseo del Médico de tratar mejor al paciente y también los éxitos que la innovación tecnológica va obteniendo. La cuestión es que por cada innovación real, que en efecto es una ganancia para el paciente, hay docenas, centenares de "supuestas innovaciones".

Esta categoría presenta algunas propiedades muy interesantes que cabe resaltar. Aunque se acepta la necesidad de la actualización de conocimientos, existen un indeterminado número de vías de acceso al mismo; el conocimiento es sospechoso del conflicto de intereses, tanto por sesgo comercial como por sesgo de ahorro, que suele caracterizarse por ser reactivo al primero; el volumen de conocimiento es enorme y de difícil manejo; a resultas de todo ello, el MAP no confía en nadie.

Aún hay que resaltar dos cosas más que se ponen en evidencia con el estudio de esta categoría. Una es constatar que existe una gran producción de discurso en materia de prescripción de medicamentos, con la intervención de muchos agentes con diferentes posiciones

(científicos, gestores públicos, pacientes, dirigentes políticos, médicos, empresarios y comerciantes, instituciones, ciudadanos, medios de comunicación especializados y generales, etc.) y muy distintos intereses. Otra cosa a resaltar es la relevancia del proceso de introducción de nuevos medicamentos en los hábitos de prescripción de los MAP. Ambas cuestiones merecerían ser objeto de nuevas investigaciones desde un punto de vista psicosocial.

8.3.6.- Un Esquema para atender a todos.

Esta categoría la hemos planteado como un acercamiento paulatino hacia la idea de un "Esquema" que parecen utilizar los Médicos, para atender todo el universo de expectativas, condicionantes y presiones que rodean su labor prescriptora: demanda de los pacientes, conocimiento disperso, influencias de la Industria, presiones del Sistema... Aquí analizamos una herramienta utilizada por el Médico para "atender a todos", para oír a todos, dentro de su rol de prescriptor.

Antes de llegar a esta última categoría, hemos analizado las incógnitas referidas a en qué se apoya un Médico a la hora de tomar decisiones de su prescripción, o de qué manera se pone al día en conocimientos; hemos comparado opiniones y percepciones de los distintos profesionales; hemos observado igualmente que son muchos los factores extra científicos que están actuando sobre el Médico en el proceso de prescripción. En todo ello, se produce una interacción entre el Médico y el complejo universo técnico y social del medicamento, desarrollándose, como vamos a ver, un mecanismo en el Médico que actúa como antesala y contexto de la toma de decisiones de la prescripción, como medidador entre los distintos factores implicados: ciencia, técnica, Estado del bienestar, recursos públicos, ciencia, pacientes, mercado y salud. Vamos a ver, de manera progresiva, cómo llegamos a enunciar dicho mecanismo, su formación y funcionamiento.

Un primer elemento a tener en cuenta es que el Médico tiene "una idea" de cómo prescribir, aunque es consciente de que está sometido a muchas presiones e influencias y reconoce desconocer cómo influyen sobre él:

> *...hay diferentes presiones y diferentes maneras de influir... por un lado está el conocimiento que tengas sobre una determinada patología… el tratamiento que quieres hacer, por otro lado sabes que están los boletines del control de medicamentos y del control de gasto. Ahí ya no es exactamente lo que tú quieres hacer sino que además tienes que controlar, tienes un presupuesto y tienes que intentar ajustarte al presupuesto, por otro lado están las demandas del paciente… no*

siempre, no todo el mundo - afortunadamente - pero hay gente con la que tienes que pelear mucho porque ¿por qué a mi vecina le han hecho esto y a mí no me lo hacen?... quiero decir que eso ***son muchas presiones*** *pero que… yo* ***no sé hasta qué punto me pueden influir*** *pero normalmente yo tengo una idea de lo que quiero hacer y lo hago según eso* (MAP: e-4, p-99, 100)

De manera que al Médico no le queda más remedio que intentar bandearse entre las presiones de unos y otros, buscar dónde apoyarse para afianzar su situación y tomar decisiones. Nadie desea tener problemas en su trabajo y si encima hablamos de salud, nadie quiere equivocarse y mucho menos "por su cuenta". Si los Médicos no tienen una fuente profesional y objetiva de referencia, si no tienen verdaderamente nadie en quien confiar, y es difícil que encuentren tiempo material para mantenerse al día en los conocimientos científicos en un terreno tan complejo, la gran mayoría de ellos se encuentran inevitablemente expuestos a los vaivenes del discurso de unos y otros. Este es el caldo de cultivo del "Esquema" para atender a todos en el proceso de prescripción.

En la idea de **hacer caso un poco a todos**, se puede detectar el uso de un Esquema que gestione esa escucha plural, más o menos equidistante, ya que el Médico no tiene en quién confiar, ni siquiera en los boletines de evaluación de sus compañeros del área, así que acaba confeccionándose un rudimento personal, una herramienta propia ante las presiones externas. Así, aventuramos, que su Esquema se irá adaptando a esas presiones intentando guardar cierta equidistancia ante todo lo que "se dice". Recordemos el final de esta cita que ya vimos:

ya no me creo a nadie, no confío en nadie (MAP: e-2, p-49, 50)

Aún con el perfil aparente de una Médica prudente, en lo que finalmente se basa la siguiente MAP (e-9) para prescribir es "en el uso, la experiencia", en lo que "ya lleva tiempo" y en lo que "sabe que ha ido bien". Todo ello es relevante, pero cabe la duda de si encaja bien en la medicina basada en la evidencia. La experiencia, con toda su importancia, no forma parte necesariamente del método científico, si no está sujeta al mismo y sus procedimientos. Volvemos al círculo: la cantidad de información es ingente, no hay fuentes fiables y asequibles, los Médicos no pueden estar al día en todos los conocimientos, no someten su experiencia al método científico, no tienen tiempo... entonces ¿cómo saben qué funciona, y qué va bien? ¿en qué se basan? Como decía uno de los Médicos entrevistados: "no hay nada menos científico que la experiencia". Sin duda que tendrán diversas maneras, legítimas y valiosas, y que por diversos conductos se irán formando una idea de cómo funcionan las cosas. Ahora bien, dado que ese conducto no es siempre el estudio de fuentes que discriminen lo que vale y lo que no vale, podemos pensar que los Médicos, ante la ausencia de recursos adecuados en conocimiento que les resuelvan eficazmente esta situación, ante la dificultad de estar al día en la evidencia, ante la

ausencia de tiempo y de medios diagnósticos reservados al hospital, construyen, cada uno para sí, "un Esquema" que les permita actuar con la mayor seguridad que su responsabilidad como profesionales les reclama.

El Médico se encuentra con que no tiene los recursos científicos apropiados, pero trata de suplirlo para alcanzar el objetivo de hacer su trabajo lo mejor posible. ¿Cómo lo suple?: con experiencia, saber lo que ha ido bien, escuchar a otros... ¿Y quién dice lo que ha ido bien?: o las fuentes científicas, objetivas, o bien el discurso, el flujo de información en movimiento, lo que se dice aquí y allí, lo que hacen otros... El Esquema se nutre del discurso, que cobra una dimensión y una importancia fundamentales. Hay que resaltar que los Médicos, si no se sienten plenamente seguros de lo que van a prescribir, en la inmensa mayoría de los casos no prescriben:

> *Pero ¿en qué me baso? básicamente en el uso, en la experiencia, en lo que ya lleva tiempo,* ***en lo que sé que ha ido bien****, eso es* (MAP: e-9, p-201)

Por otra parte, para el Médico más veterano no hay ningún problema con la prescripción inducida. Piensa del especialista "que hace como yo", y como este MAP prescribía algo a todo el mundo, pues ve bien lo que otros le hayan prescrito al paciente y no va a discutirlo. Hay un comentario muy significativo que nos hace traer esta cita al presente apartado, cuando dice "él tiene su librillo, yo tengo el mío", puesto que nos parece que es una nueva referencia al Esquema que cada Médico elabora para sí, o como lo expresa la Médica experta en aprobación de vacunas, "cada uno se hace su propia idea":

> *P: ¿Y has tenido algún problema con la prescripción que traía algún paciente del hospital?*
> *R: No, no, normalmente no... No, porque hombre, yo pienso que hacen como yo, han hecho el diagnóstico, han hecho… unas exploraciones, han… si han dicho que "tiene esto" y esto va bien, pues le han dado ese tratamiento. Pues vale;* ***él tiene su librillo, yo tengo el mío****, pero si así está bien, pues para qué voy yo a cambiarlo (*MAP: e-11, p-283)
> *¡…los pediatras* ***están tan confundidos****!, porque claro el Ministerio dice una cosa, la Asociación Española de Pediatría dice otra cosa , que es que se contradice, y a él le llega información de los dos sitios y además de las Compañías Farmacéuticas, y se hacen un lío que al final cada uno se hace ahí su propia, no sé, su propia idea de para qué vale cada cosa y lo utiliza según le parece a él lo más correcto, porque yo creo en la buena voluntad de los médicos, o sea es que yo creo que hay un poco de confusión, yo no sé (*Médica Agencia Medicamento: e-3, p-78)

Llegamos así a uno de los relatos clave para enunciar la categoría "Esquema". Éste se empezaría a formar justamente al terminar la carrera, cuando un laboratorio te regala un vademécum con las hojas de su marca señaladas. A continuación, realizan la residencia y empiezan a "recomendar" medicamentos en el informe de alta basándose en lo que le dicen los

compañeros; lo que “introyecta” (en expresión de uno de nuestros Médicos; en el senbtido de interiorza); lo que se usa “igual que lo usaría tu madre”... Esta es una descripción muy gráfica, pues nos muestra que la habilidad de prescribir se puede adquirir por vía materna, familiar, doméstica: el Médico está expuesto al discurso de los medicamentos como al discurso doméstico, de la calle, y como cualquier individuo *introyecta* lo que se produce en el ambiente familiar (o profesional). Lo que más nos llama la atención es cómo se describe el resorte que nosotros asociamos al funcionamiento de ese Esquema: “y pum, los vas sacando”. Están tan interiorizados, se prescribe de una manera tan repetitiva y rápida, que la toma de decisiones en la prescripción se convierte, gracias a ese Esquema, casi en un automatismo, pues es a este ritmo al que los Médicos deben responder:

> *...tú tienes en la cabeza unos cuantos fármacos y **pum los vas sacando**. ¿Cómo llegan esos fármacos? pues efectivamente por lo que te cuentan los compañeros, que es, yo creo que es fundamental al principio, y luego también, bueno, hay fármacos de estos que todo el mundo ha oído hablar, digo población general, y que el médico también los introyecta como cualquier otro ¿no? por dar ejemplos: el voltarem, el augmentine, el gelocatil, son cosas, y tu las usas **igual que las usaría tu madre** o un amigo ¿no?* (MAP: e-2, p-43)

> *Bueno, lo recuerdo como, primero **lo recuerdo como con mucha inseguridad**, o sea: funcionaba mucho el preguntar… ¿oye y tú qué mandarías?... y luego pues realmente de saber muy poco, tener en la cabeza cuatro o cinco fármacos…* (MAP: e-2, p-42)

Al diagnóstico bien hecho, que es lo más delicado, lo que más compromete la formación y conocimientos específicos del facultativo, le sigue aplicar el tratamiento más adecuado; si es medicamentoso, la selección del medicamento, que es algo aparentemente más fácil y rápido, aquello de “pum, pum”. El Esquema del Médico le da mucha agilidad y con el diagnóstico bien hecho se aplica automáticamente:

> *...Diagnosticar cuesta, el tratar no (*MAP: e-11, p-274)

La siguiente cita nos da otra visión representativa de la situación del Médico cuando se inicia en la labor prescriptiva. Se sirve de una lista, que se pasa entre los compañeros, pues es lo que tiene a su disposición. A partir de ahí, tiene que ir incorporando nuevos medicamentos mediante un procedimiento poco claro, débilmente estructurado, debido a la falta de tiempo, a la dejadez, a la ausencia de referencias objetivas y manejables, y a la complejidad de la gestión del conocimiento en materia de medicamentos. Los jóvenes facultativos parten de un desconocimiento de cómo realizar una rigurosa prescripción, para entrar pronto en una rutina que difícilmente le permite estar al día en los conocimientos adecuados. Desde el primer momento se acostumbra a apoyarse en el “oír a todos”, en el preguntar a unos, escuchar a otros, leer aquí algo suelto o adoptar un consejo recibido. Este procedimiento, por el cual se obtiene la información

para tomar decisiones en materia de prescripción es, en sí mismo, el corazón de la formación del Esquema en que los Médicos se apoyan para prescribir. Más que aplicar un protocolo científico estricto basado en conocimientos y evidencias, que desemboque en la elección del principio activo (no de la marca), se agarran al discurso dominante en su ambiente, con todo el sesgo que ello conlleva:

> *...los primeros que usé fue **coger una lista** (risas), una lista de medicamentos, según terminas pues buscas la patología, y te buscas en el vademécum a ver, éste, ya está... eso es una lista, eso es una tontería, bueno, no es una tontería, pero es así. Después, una vez que vas incorporando los nuevos medicamentos; yo no suelo utilizar nuevos medicamentos de entrada, no... me gusta ir con mucho tiento en eso*…(MAP: e-4, p-90)

> …el vademécum ese yo creo que se conforma, **recién acabados no tenemos ni idea de medicamentos**, entonces lo que hacemos es el típico... o bien que te comentan o bien que tú conoces o bien que tú has buscado... es un Vademécum bastante naíf... cuatro cositas que además **se suelen pasar de unos a otros** y entonces a partir de ese Vademécum pues eso ya yo supongo que con los años prácticamente no se parece en nada al original pero la estructura sí es muy parecida ¿no? tú ya tienes para el dolor tal (MAP: e-6, p-131, 132)

Cuando el Médico tiene que prescribir, se enfrenta a un paciente cuya salud "está en sus manos", y tiene que darle una respuesta inmediata. En esa situación, puede no tener tiempo para actualizar sus conocimientos en torno al problema del paciente, para estudiar y tomar una decisión basada en la evidencia. Siempre puede aplazar su estudio para otro momento y quedar con el paciente para más tarde, pero vivimos en una sociedad impaciente. El Médico tiene que dar una pronta respuesta que afecta a la salud del que ha venido a obtenerla. Esa es su razón de ser. ¿Qué hace el facultativo para resolver la consulta?: "lo mismo que los otros". Toda una declaración de asunción del discurso dominante:

> *...cuando te pones delante del paciente en una situación concreta, ya no tienes tiempo a lo mejor para ir al libro ó no estás muy seguro qué están haciendo los otros, pues **si yo hago lo mismo que los otros, supongo que lo estaré haciendo bien*** (MAP: e-2, p-43)

Desde el principio de su carrera, los Médicos adquieren unos hábitos que puede ser muy difícil cambiar. Una vez que el Médico se ha afianzado en unos medicamentos, su utilización llega a ser un automatismo. La formación de estos hábitos forma parte del Esquema de prescripción, pues responden a pautas aprendidas y heredadas de la extensa experiencia cotidiana que rodea al facultativo. El Esquema le permite una economía de tiempo y esfuerzo, al mismo tiempo que le hace sentirse seguro en sus decisiones. Luego llegará una novedad tras otras intentando entrar en el Esquema del Médico y así formar parte de sus automatismos:

…cuando tu te has aprendido que el dolor de espalda se trata con un voltarem ¡te cuesta!, es que ***es un automatismo****, eh, abrir el talonario de recetas. Un señor que tiene dolor de espalda: no, hombre no, si tengo el diclofenaclo genérico, diclocenaclo patatín... Es una barrera tremenda, porque son muchos años de repetir el mismo automatismo, entonces te viene la guía de práctica clínica y te dice que el diclofenaclo tampoco, pues entonces ya tienes que hacer un esfuerzo extra, tienes que cambiar el hábito y cambiar los hábitos son, es difícil siempre (*MAP: e-2, p-61)

El Médico tiende a apoyarse en un Esquema, que se va modificando, pero según ciertas reglas que conocen bien los visitadores médicos. En cambio, parece que se resiste a cambios que le vengan impuestos, que le obliguen a un esfuerzo de dudosa recompensa o que parezcan meras medidas de ahorro, como cuando te piden reducir el gasto telefónico.

El estado de incertidumbre y la falta de un procedimiento fiable y aceptado por todos, promueve que cada uno se construya sus herramientas para la toma de decisiones. Aquí encontramos, asimismo, otro de los orígenes del Esquema de prescripción, la incertidumbre, la confusión existente, la falta de una referencia sólida y objetiva, la existencia de dudas, contradicciones y sospechas sobre la información disponible (sesgo comercial, sesgo presupuestario...) y las dificultades para contrastarlas, de manera que el Médico muchas veces se encuentra solo y tira por donde puede. Cada Médico tiene que formarse su Esquema personal de funcionamiento, que le permita tomar decisiones:

...la Asociación Española de Pediatría me parece que tenían un, lo llamaban comité asesor de vacunas o algo así, pero desde mi punto de vista ***la información que dan no es buena, más bien contradictoria*** *casi siempre a lo que, a las recomendaciones del Ministerio de Sanidad, y no están bien fundadas, o sea, porque en este caso concreto, ese caso lo conozco yo bien, se les propuso discutir las recomendaciones que se dan para no dar distintas recomendaciones, y ellos se apartaron radicalmente, entonces son recomendaciones que no están consensuadas con nadie ni con nada, ni tienen a veces un soporte científico sólido detrás, con lo cual efectivamente es donde acude el pediatra… el pediatra se fía de lo que le dice la sociedad de pediatría… pero el tema de las asociaciones a veces no está, no tienen buen soporte científico detrás (*Médica Agencia Medicamento: e-3, p-78)

Pero fue realmente la entrevista (MAP: e-4), la que nos puso realmente sobre la pista de la formación de un Esquema de prescripción como herramienta, cognitiva en este caso, que ayudara a explicar mejor las características del proceso de prescripción de los Médicos de Atención Primaria.

Como hemos visto, hay una afirmación importante que se repite en el discurso de los profesionales y que refuerza la idea del Esquema: “hay que oír a todo el mundo”. Es decir, hay

que acudir a todo tipo de fuentes (aunque no precisamente las más rigurosas, como el estudio de ensayos clínicos, que permiten conocer la evidencia científica; porque no hay tiempo) para hacerse una idea y estar "al día" en lo que se dice en materia de medicamentos. En nuestra opinión, no hay un seguimiento continuado de fuentes de referencia objetivas por parte de todos los facultativos, y por ello, y por otras razones ya expuestas, el Médico está expuesto a diversas influencias que para él mismo son sospechosas por ser incompletas y por no ser imparciales. No existe, por tanto, un CONOCIMIENTO médico incontestable en el cual los facultativos puedan basarse. Por tanto, es necesario recurrir a varias fuentes para obtener el conocimiento adecuado.

Por otra parte, hay un déficit en la formación continua del Médico y en la dedicación de esfuerzos para la puesta al día de conocimientos, al tiempo que el medicamento vive en estado de innovación permanente. Así, se comprende mejor la figura del "profesional" de la actualización del conocimiento en materia de medicamentos: el visitador farmacéutico; siempre disponible, amable, con documentación pedagógica a mano, transmisor de "lo que se dice", de las novedades técnicas (y sociales). Al mismo tiempo, actúan otros condicionantes de la prescripción; la medicalización de la sociedad, el papel del medicamento en el Estado del bienestar, etc. En este contexto, cobra pleno sentido hablar de una herramienta individual para afrontar esta realidad; "un Esquema para oír a todos". Es en la cuarta entrevista en la que de una manera espontánea se plantea, primero, la idea de oír a todos:

> *P: ...¿cuál sería para ti la fuente más habitual de consulta, para estar al día en temas del medicamento y cuál la que te da más garantías o la que te parece mejor?*
> *R: Hombre, la que me parece mejor es* ***oír a todos****, je je (risa breve)... ver diferentes cosas...* (más adelante, en p. 104, vuelve sobre la idea: *es lo que te decía antes ¿cómo me hago una idea? pues oyendo a todos, y mirando un poco a todos…) (*MAP: e-4, p-89)

Y en el relato siguiente aparece expuesto, por primera vez y de manera expresa, la idea de un "Esquema". Surge precisamente cuando al Médico se le plantea si está seguro de todo lo que prescribe. Para tomar tantas decisiones al día con suficiente seguridad, el Médico se apoya en un Esquema que funciona de una manera automática:

> *P: ¿tú te sientes muy segura en todo lo que prescribes?*
> *R: No, en todo no, siempre tienes alguna duda, no sé, es que normalmente las cosas salen automáticas, porque* ***tú vas integrando un esquema para cada patología*** *y para cada cosa integras un esquema y solamente te desvías del esquema si encuentras dificultades…* (un poco más adelante, p. 101, hablará de que lo que le diga un paciente le puede poner sobre la pista de algo, aunque no le va a influir en su esquema: *"pero no en el esquema terapéutico que tú tengas") (*MAP: e-4, p-100)

Cuando, a continuación, le preguntamos por cómo se forma ese Esquema que aplica, la respuesta es “21 años de profesión” (ver más abajo MAP: e-4, p-100). El Esquema se forma a partir de la experiencia profesional; a partir de un proceso confuso basado en las vivencias del Médico en torno a su profesión y a la consulta.

Todo ello, nos lleva a enunciar, como herramienta conceptual que nos facilite explicar mejor el proceso de prescripción que protagoniza el MAP, la hipótesis de que el Médico utiliza como herramienta para prescribir un “Esquema” cognitivo, a partir del cual gestiona -en materia de prescripción- su permeabilidad a “lo que dicen todos”. Así, es más fácil que pueda ocurrir, por poner un ejemplo, que un Médico incorpore a su Esquema un tratamiento para una enfermedad inventada por la Industria, para la cual hay métodos diagnósticos y medicamentos apropiados autorizados por el Ministerio. No tiene manera de abordar un estudio de la evidencia para conocer el fundamento científico de la nueva enfermedad y, aún menos, herramientas que le permitan entender que detrás de todo, lo que hay es una estrategia comercial. En muchos casos, ciertamente no se trata de una enfermedad inventada para promocionar un medicamento, pero en otros casos sí, o puede ser una moda científica, unos resultados aparentes de un estudio, las recomendaciones de un visitador, del colegio profesional o de un organismo oficial... y un sinfín de situaciones propias de la complejidad del ámbito sanitario:

> *¿A la hora de tratar?, (segundos de silencio) hombre, pues* ***el esquema*** *(risa leve) a la hora de tratar* ***es fruto de 21 años de profesión*** *(más risas)… lo primero depende de lo que conozco… y luego, pues se van renovando las cosas…* (MAP: e-4, p-100)

> *...cosas que antes parece que tenían mucho peso y* de pronto ya no tienen tanto peso*, ya no está tan indicado que en caso de que padezcas este factor de riesgo que antes tenía mucho peso, ahora tiene menos peso…* (MAP: e-4, p-109)

Seguimos con otras opiniones que ofrecen otra faceta del Esquema de prescripción, que podría verse como más cercana al ideal de la lista de medicamentos personales recomendada por la OMS, que recomienda que unos pocos “medicamentos personales” del Médico se adopten según un proceso clínico, sistemático, de estudio de los medicamentos que el Médico va a utilizar de manera habitual:

> *…realmente yo creo que todos tenemos una especie de mini Vademécum mental que más o menos, en el que hay entradas y salidas... un cierto número de medicamentos que nos conocemos ya más o menos su manejo... tú prescribes un medicamento en tanto en cuanto* ***lo tienes tú almacenado en tú Vademécum cerebral****... muchas veces con marcas y con principios activos o sea que asociados...* (MAP: e-6, p-130)

> ...Los médicos solemos tener nuestro propio Vademécum... Esos medicamentos que tú los manejas con más asiduidad, te conoces mejor los efectos secundarios y entonces tienes mucha más tranquilidad para prescribirlos... (MAP: e-10, p-237)

> ...hay que tener en cuenta que nosotros manejamos un número de medicamentos limitado. Y más o menos, como lo estás utilizando todos los días, tienes la experiencia de que ya sabes cómo… (MAP: e-11, p-267)

Pero en nuestro caso, cuando hablamos del "Esquema" de prescripción nos referimos a una herramienta menos "estructurada científicamente" que la de los medicamentos "P" recomendada por la OMS, ya que el Esquema de prescripción se forma de una manera distinta, a partir del discurso imperante en el entorno del Médico, por la experiencia, y "por muchas circunstancias". De hecho, aunque MAP e-6 empieza hablando de un mini vademécum de medicamentos habituales, que suena a los medicamentos "P", enseguida nos damos cuenta de que volvemos al Esquema de prescripción, cuando nos enumera las distintas variantes de cómo actualiza dicho mini vademécum:

> *...y luego, ya te digo, en ese Vademécum hay entradas y salidas ¿Por qué hay entradas? Pues ¿adoptas fármacos que tú a lo mejor no utilizas habitualmente? sí,* ***¿cómo los adoptas?*** *pues bien, por influencia de compañeros que te han hablado de él, porque está en la prensa, porque está en los anuncios, porque ha salido nuevo, porque te han dado información en la industria farmacéutica, por muchas circunstancias...* (MAP: e-6, p-131)

> ¿Cómo se conforma? pues **se conforma yo creo que con muchas influencias**, desde compañeros que te hablan de él, pacientes que vienen instalados de los especialistas, por lo que tú lees, si aparece algo nuevo por supuesto, por lo que, o sea, la prensa médica, los anuncios, la industria farmacéutica... yo creo que hay muchos factores no sé cuál es más importante que otro pero muchos factores que influyen en que tú metas un medicamento y saques otros, y cambia a lo largo del tiempo, va cambiando… (MAP: e-6, p-132)

> *Cuando tengo que mandar un medicamento nuevo, ahí es cuando ya tengo un poco más de inseguridad. Pero claro,* ***eso lo da la experiencia****. Que tú se los prescribas al paciente, que vaya bien, que no tenga efectos secundarios...* (MAP: e-10, p-237)

La entrada de nuevos medicamentos se produce a instancias de terceros. La entrada de nuevos medicamentos no viene a partir de una referencia objetiva reconocida, de una especie de boletín o procedimiento oficial de "incorporación en mi mini vademécum de nuevos medicamentos para su prescripción"; sino que se produce por la influencia de muchas fuentes ("oír a todos"), dentro de la permanente exposición del MAP al discurso social, como expresaba muy bien una

Médica al señalar que “por la vista me entra todo lo que me viene de la calle” (e-12, p-320), y que pone de alguna manera en relación lo que en el pasado se denominaba “ojo clínico” con el Esquema de prescripción. Y todo este discurso es recibido de manera pasiva, pues el MAP actúa como un receptor y es a partir de lo que recibe que conforma su Esquema:

> *… yo creo que de entrada **la información sobre medicamentos** no suele ser activa, en general, o activa es en un tanto por ciento bajo, **es más bien pasiva** ¿no? te viene más que tú la busques... la búsqueda activa de un medicamento yo creo que no la hacemos... en general te viene de forma pasiva... viene desde todas esas esferas que te he comentado antes... yo creo que somos receptores eh (*MAP: e-6, p-132, 133)

En lugar de los medicamentos P (personales) recomendados por la OMS, que son adoptados por un procedimiento digamos “ortodoxo” y de búsqueda activa del Médico, que haría las veces de “protocolo científico”, lo que se está utilizando es una lista doméstica de medicamentos que podríamos llamar “I”, inducidos, interiorizados o *introyectados* por influencias del entorno. Se trata de un “vademécum cerebral de medicamentos *introyectados*”, que vienen a tí.

En este punto vamos a interrumpir el análisis de esta categoría, para luego retomarlo. La presente categoría “Un Esquema para hacer caso a todos” es, como hemos visto, la más completa de todas las que hemos ido enunciando hasta aquí y estimamos que es la que tiene mayor capacidad explicativa del proceso de prescripción. Por ello, es la que seleccionamos como “categoría central”, siguiendo la Teoría Fundamentada, y la vamos a elevar a “categoría conceptual”, para elaborar una pequeña teoría a partir de ella -a partir de los datos-. Para ello, hemos de realizar una profundización conceptual, que llevaremos a cabo en torno al concepto de *Esquema Prescriptivo*, en el capítulo 10 dentro de las Conclusiones de la tesis.

Con esta última categoría, finaliza el análisis de las entrevistas a los Médicos y profesionales del ámbito sanitario ligados a la prescripción, que constituyen el apartado empírico de la tesis. Para futuras investigaciones, se podría ampliar la muestra a más perfiles de entre los MAP, así como a más profesionales que afectan a su trabajo, como sus superiores jerárquicos y funcionales. También se podría hacer un trabajo más amplio y sistemático de caracterización y conceptualización de las categorías y sus propiedades, pues la riqueza y variedad de las que hemos enunciado permiten desarrollar más esta labor.

III CONCLUSIONES

9.- MODELO PSICOSOCIAL DE LOS CONDICIONANTES DE LA PRESCRIPCIÓN.

Tanto el apartado teórico como el empírico, nos muestran la gran variedad de condicionantes e influencias que actúan en el proceso de prescripción y su complejidad, lo que hace pertinente la utilización de modelos exploratorios que nos permitan una visión de conjunto, que ayude a ordenar, clarificar y relacionar entre sí este gran número de elementos en juego. En este capítulo, vamos a proponer un Modelo de carácter psicosocial para los condicionantes de la prescripción.

En primer lugar, abordamos el Modelo propuesto por Caamaño, Figueiras y Gestal (2001), quienes proponen un Modelo teórico de los condicionantes de la prescripción en Atención Primaria. Este Modelo, cuyo esquema se representa en la siguiente figura, distingue dos grandes tipos de condicionantes:

a) Intrínsecos (sector izquierdo del esquema). Son los condicionantes que están relacionados con la formación académica del Médico, y la cantidad y calidad de las fuentes de información de las que dispone, que condicionarán sus conocimientos terapéuticos y, a su vez, generarán ciertas actitudes hacia la prescripción. En este caso, sería de aplicación, según los autores, la "teoría de adquisición de hábitos en ciencias de la salud: conocimientos – actitudes – prácticas" (CAP).

b) Extrínsecos (sector derecho del esquema). Estarían asociados a la interacción del Médico con su entorno, tal como el trato diario con los pacientes o la relación con la Administración o la Industria Farmacéutica. La teoría que proponen los autores sería la de satisfacción de las necesidades de Maslow que, en resumidas cuentas, señala que la necesidad de la persona de mantener una relación armónica con su entorno, le llevará a adaptar su prescripción a las demandas que reciba (Caamaño et al, 2001: 43).

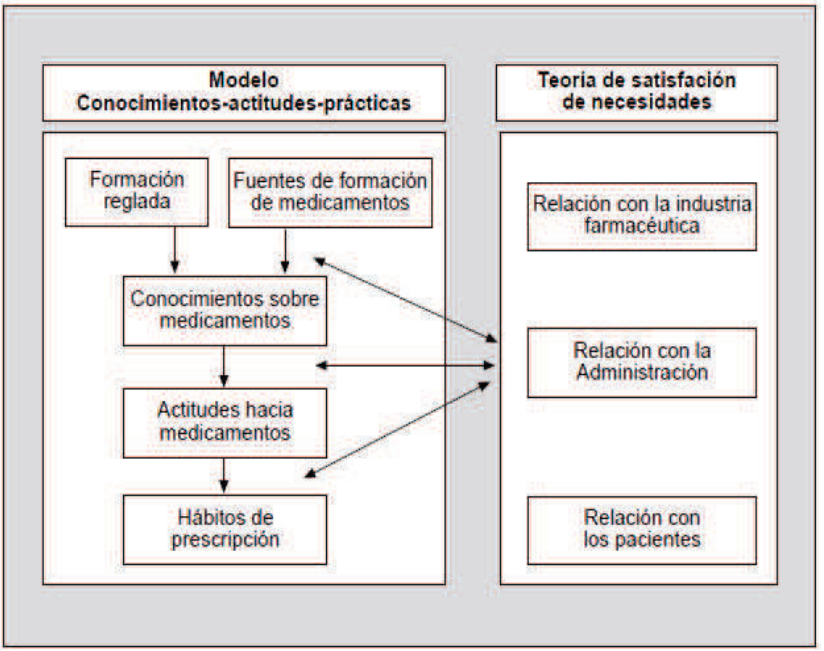


Tabla 18: Modelo teórico mixto, de dos dimensiones, de los condicionantes de la prescripción de medicamentos.

Fuente: Caamaño et al, 2001: 43. Las flechas que ligan ambas dimensiones representan cómo la relación conocimientos - actitudes - prácticas está condicionada en todos sus pasos por la teoría de la satisfacción de necesidades.

El Modelo es muy interesante por su sencillez y claridad, reuniendo de manera asequible las influencias que tradicionalmente se identifican con la prescripción. Por nuestra parte, y desde una perspectiva psicosociológica, vemos necesaria su ampliación para ir más allá de una visión centrada exclusivamente en el Médico como individuo, y sus interacciones directas con el entorno, para recoger así la dimensión macro, o estructural, los fenómenos sociales implicados, así como el contexto y todo el complejo mundo en que se inscribe el medicamento y el proceso de prescripción.

A las tres limitaciones que reconocen los autores del Modelo: no considerar las características personales del Médico; no incorporar la experiencia prescriptora acumulada por los facultativos y no incluir el estatus del Médico, nosotros añadimos dos más.

De una parte, hay que considerar que al igual que el Médico recibe influencias de terceros, estos últimos también las reciben. En efecto, los pacientes, los profesionales de la Industria, los funcionarios de la Administración Pública, los políticos, los científicos, etc. están expuestos ellos mismos a múltiples influencias. Por ello, para comprender el Proceso de Prescripción de Medicamentos, no basta con reconocer la interacción directa del Médico con diversos agentes, sino que hemos de buscar cómo se gestan en origen los condicionantes y las influencias que atraviesan el contexto en el que se produce la prescripción. Ello es fundamental para que cualquier política o intervención dirigida a producir un cambio en la prescripción, no tome al Médico como *chivo expiatorio* y no le haga responsable en última instancia de lo que está pasando globalmente y, a consecuencia de ello, se le convierta en diana de todas las presiones. El Médico es el profesional que interioriza la complejidad en torno al medicamento y su prescripción, sí, pero no por ello debe ser tomado como el escenario principal de actuación ante esa complejidad, acaparando sobre sí todas las miradas, todos los intereses y todas las presiones. Es necesario comprender que él sólo es el último eslabón donde se cristalizan las influencias, pero que si de verdad se quiere lograr un cambio en el uso del medicamento, y en su prescripción, ha de intervenirse coordinadamente en origen, considerando todo el proceso de prescripción que, como hemos visto, recorre muchas dimensiones de la sociedad.

En estrecha relación con lo anterior, resulta crucial para comprender en profunidad la totalidad del Proceso de Prescripción de Medicamentos, que se considere el contexto superior de la “medicina del cuerpo social” (término que ya hemos trabajado en el capítulo de la medicalización) y todos sus condicionantes. Por ejemplo, hablamos de la dimensión social y estructural del propio conocimiento médico; su dependencia de las percepciones y estatus de la salud en el Estado del bienestar; la utilización de la ciencia con fines ideológicos y económicos; la tensión entre el rol del médico cuidador de personas y el rol de prescriptor; la tensión entre el paradigma biomédico y el biopsicosocial; la dialéctica entre la racionalidad mecánica o formal y la sustantiva; los nuevos modelos de gestión instrumental y sus posibles contradicciones con el juramento hipocrático, etc.

A continuación, vamos a proponer una modelización del universo de condicionantes e influencias del proceso de prescripción, mediante un Modelo de tres dimensiones, más amplio conceptualmente que el anterior, que incluya todos los elementos posibles que rodean al proceso de prescripción e influyen sobre él, según lo visto a lo largo de todo nuestro estudio.

Al igual que en el capítulo sobre la enfermedad y la salud defendíamos una visión sistémica y holística, ahora, en el Modelo que presentamos, subrayamos la necesidad de lograr

una percepción global del proceso de prescripción, más que un exhaustivo detalle de sus componentes. Lo que nos interesa es que se vea la complejidad del universo que rodea al proceso de prescripción y sus elementos fundamentales, así como una idea de la relación existente entre ellos. De esta manera, obtendremos una visión de conjunto que muestre su problemática en toda su amplitud.

Este Modelo creemos que tiene como principal virtud que es capaz de representar de manera global todo el proceso, incluyendo una dimensión ignorada habitualmente -que hemos denominado "cuerpo social"- que, en cambio, es fundamental para comprender la situación de todos los actores de la prescripción y, sobre todo, el papel que juega la medicina y el medicamento en la sociedad actual. Este Modelo es pluridisciplinar y puede facilitar la colaboración entre médicos y sociólogos, así como la de otros profesionales como economistas de la salud, psicólogos, historiadores, farmacéuticos, etc. Otra ventaja del Modelo es que se puede adaptar al punto de vista que más interese al investigador, bien sea el del MAP, al que situamos en su centro, o bien el de la Administración sanitaria, el de la Industria, el del paciente o el de los requerimientos del Estado del bienestar, que pueden ser ubicados alternativamente en el centro del Modelo.

Lo primero que hemos hecho es elevar los dos "condicionantes" de Caamaño *et al* a categoría de esferas. Las hemos redefinido y les hemos añadido una tercera dimensión, "cuerpo social", resultando el siguiente Modelo, que se puede representar esquemáticamente con tres capas de cebolla o esferas circunscritas:

– **Esfera de Proximidad**. Núcleo de orden micro, en el cual se produce materialmente la prescripción, y en el que todas las influencias y presiones del resto de esferas convergen. A lo expuesto por Caamaño *et al* sobre los condicionantes intrínsecos (formación y conocimientos del médico), esta esfera suma, por una parte, las tres limitaciones reconocidas por los autores y, por otra, una psicosociología del MAP y de su entorno físico más cercano, que incluirá, de una parte, su percepción de la salud; su autopercepción como profesional; sus vivencias en la realización de su trabajo; el esquema prescriptivo según se verá en el capítulo 10, etc. y, de otra, su interacción con el centro de salud; los encuentros habituales con los visitadores médicos; con sus pacientes directos; sus condiciones de trabajo y el posible efecto que tengan sobre su coomportamiento profesional; las revistas, periódicos y todo tipo de publicaciones científicas que consulte habitualmente; la publicidad directa e indirecta contenida en ellas; los congresos y jornadas a los que asiste el MAP; sus experiencias vitales en materia sanitaria y de servicios públicos; la influencia de los medios de comunicación; la influencia directa de otros

profesionales del SNS como por ejemplo los Médicos especialistas y la prescripción inducida; etc. Es decir, ampliamos la definición de "condicionantes intrínsecos al Médico", incluyendo sus características personales, su estatus y su experiencia, e incorporamos la interacción con el entorno inmediato y su realidad psíquica como profesional.

– **Esfera Intermedia**. Engloba a la anterior y añade todo el restante de los condicionantes extrínsecos de nuestros autores de referencia (que no estuvieran ya en la primera esfera), y los amplía por arriba hasta incluir toda la maquinaria científica, la investigación, ensayos clínicos y su publicación en revistas especializadas a nivel nacional e internacional; el SNS como institución y toda la maquinaria sanitaria nacional con sus normativas y protocolos de actuación; la maquinaria política nacional; la legislación sanitaria; las asociaciones de pacientes; las asociaciones profesionales; el papel que juega la salud en la opinión pública; el discurso social en material de salud, en boca de unos y otros, de políticos, médicos, pacientes, sindicatos, periodistas... recogido por los medios de comunicación; todo el papel que juega la Industria Farmacéutica, sus estrategias e influencias; las patentes, etc. En esta esfera ubicaríamos la noción de "dervia institucional" analizada por Novoa *et al* (2014). Esta esfera contiene por completo al Modelo de Caamaño *et al*.

– **Esfera del Cuerpo Social** (o esfera estructural). Engloba a las dos anteriores e introduce el concepto foucaultiano de medicina del cuerpo social, que hemos visto en el capítulo de medicalización de la sociedad. Introduce, por tanto, una dimensión más global y abstracta que las esferas anteriores, como el papel del Estado del bienestar en la sociedad moderna; las percepciones y expectativas sociales sobre la salud, la enfermedad, el dolor, la medicina y los medicamentos; el conjunto de políticas públicas de alcance internacional sobre salud, medicamentos, investigación, patentes... (UE, OMS, OCDE, Tratados Internacionales...); el resultado en el tiempo de la actuación de los organismos internacionales así como de las multinacionales, a nivel mundial; el papel de la medicina como institución de control social; la medicalización, la biomedicalización, y todo el universo simbólico que rodea a la salud, la enfermedad, la eterna juventud, la panacea universal; el proceso de industrialización y la industrialización social tal y como ha sido analizado en el capítulo VII; la influencia del modelo capitalista; el funcionamiento del Estado de derecho; la evolución del Estado del bienestar en el mundo; la evolución de la ciencia; los procesos de racionalización de la vida; los efectos de la hipermodernidad; el papel de los valores y el desencantamiento del mundo, etc.

Estas tres esferas actúan como campos de fuerza, en los que se sumerge el

proceso de prescripción. Nuestro MAP es “él y sus circunstancias”, y su patrón de prescripción es él y todo lo que rodea a dicho proceso, lo inmediato y lo remoto. Aquí es oportuno dejar por sentado que el MAP no sólo no está exento de responsabilidad en las decisiones que toma a la hora de prescribir, por muchos condicionantes que le atenacen, sino que tiene el deber de conocerlos y de hacer todo lo que esté en su mano por eludirlos, si bien en demasiadas ocasiones no lo está. Las esferas de condicionantes que hemos definido tienen fronteras difusas y permeables, a modo de campos graduales, cuya fuerza y capacidad de influencia es proporcional a su volumen y va dirigida hacia el centro del proceso, el MAP y el paciente, que es donde se materializa la prescripción concreta.

Para matizar, o caracterizar mejor el Proceso de Prescripción de Medicamentos, vamos a cruzar las tres esferas con un Eje de tendencias fundamentales implicadas, que se han ido explicitando a lo largo de nuestro estudio teórico y empírico. Estas tendencias son las siguientes:

– **Rol del Médico / Rol de Prescriptor**. Dado que nuestro estudio se centra en el MAP como Médico y prescriptor, esta tendencia es fundamental. Representa en qué medida se atribuye al Médico un “Rol de Prescriptor” (**Rol Prescrip.** en el gráfico), que hemos desarrollado en otro apartado de esta tesis, frente al “Rol de Médico cuidador de Personas” (**Rol MeCuPer.**), correspondiente al Médico que ejerce una medicina holística, preventiva y más natural, en el sentido de menos intervencionista, más centrada en hábitos de vida y en la autonomía del paciente, así como en el uso de medicamentos veteranos si son estrictamente necesarios. Estos dos polos han aflorado a lo largo de nuestro estudio con claridad. Estas tendencias ubicarán a los MAP no sólo según sus propias inclinaciones, sino también en función de lo que le demande el SNS, los pacientes, las asociaciones profesionales, la Industria...

– **Paradigma.** Se refiere a la tensión del paradigma biológico-intervencionista (**Paradigma BioInterv.**), frente al Paradigma bio-psico-social preventivo (**Paradigma BioPsiSoc.**). Estas dos tendencias pertenecen a la literatura médica y están recogidas en el primer capítulo de nuestro estudio. Muchos MAP se situarán cercanos al paradigma bio-psico-social, en contraste con muchos Médicos de hospital, más cercanos al biológico. Pero aquí caben todo tipo de situaciones individuales e intermedias y, por ejemplo, desde una visión del Sistema Sanitario-político, hay una tendencia a actuar en los MAP para que ejerzan una medicina desde el paradigma biológico intervencionista (por ejemplo, cuando se evalúa cuantitativamente su trabajo), por lo mismo que se les empuja a asumir un rol de prescriptor, por la necesidad del sistema, y por efecto de la instrumentalización managerial, de hacer una medicina instrumental y economicista (de recursos, de gasto en fármacos, de

tiempo de consulta, de número de pacientes, de rentabilidad) capaz de “atender sin atender”, de colmar expectativas del paciente aunque no se entre verdaderamente a valorar con el mismo interés si dicho paciente está haciendo prevención y estilos de vida responsables para cuidar de su propia salud y si sus problemas tienen un origen más allá del cuerpo-biológico.

– **Racionalidad.** Esta tendencia es la más conceptual. Alude al análisis realizado por la Teoría Crítica y a la contraposición entre razón instrumental y razón comunicativa; racionalidad formal o mecánica y sustantiva. En última instancia, apunta en un sentido humanizante, o en uno contrario deshumanizante, de la atención sanitaria que se presta a la población. Es la tendencia más subterránea, pero la que ejerce una mayor influencia.

Este cruce de las tres esferas con el Eje en el que se distribuyen estas tres tendencias, permite enfrentar los campos de condicionantes de la prescripción con los factores o tendencias que en cada caso más convenga al investigador, para comprender mejor sus implicaciones en cada una de las esferas contempladas.

Por ejemplo, la concepción más biológica del ciudadano y la más intervencionista y mercantilista del medicamento (Rol de Prescriptor; Paradigma Biológico Intervencionista – Medicina intervencionista; Racionalidad Formal), apuntará hacia un sector que podríamos denominar “**Medicina industrial intervencionista y medicamento como producto de gran consumo**”, en el que se potenciará mucho el uso del medicamento de marca más reciente y se concebirá el servicio sanitario a la población como un instrumento pragmático de la paz social, que distribuye la "píldora del bienestar" como mejor atención a los ciudadanos. En su opuesto, se encontrará la concepción más psicosociológica del ciudadano y la más prudente hacia el medicamento (Rol de Médico cuidador de Personas; Paradigma Biopsicosocial – Medicina natural; Racionalidad sustantiva), dentro del sector que podríamos denominar “**Medicina natural preventiva**”, que se correspondería con un énfasis en la prevención y con el uso de genéricos o principios activos veteranos en casos realmente necesarios, una vez que las medidas naturales y de cambio de estilos de vida se hayan abordado y se hayan mostrado ineficaces. Este sector fomentará la responsabilidad por la propia salud y concebirá el servicio sanitario como el cuidado preventivo e integral de las personas.

Según se recorre cada una de estas tendencias a lo largo del eje, se atraviesa, de dentro afuera, cada una de las tres esferas. Aunque en el centro se sitúe nuestro MAP, y es ahí donde se produce la prescripción, en lo que se refiere a la influencia de los condicionantes, el Modelo funciona al revés, y es mayor cuanto más nos alejamos del centro, y dicha influencia es

proporcional al volumen de los campos o esferas. Es decir, la magnitud de la influencia es proporcional a la de cada esfera, y la mayor, según nuestra visión crítica, es la del tercer campo (Esfera del Cuerpo Social), aunque al ser tan abstracto puede resultar difícil de localizar -y de controlar- y es más común que las miradas se dirijan al Médico (también hacia el paciente), sobre el cual se puede intervenir más fácilmente, aunque con una efectividad real mucho menor que si se actuara en campos más exteriores. Un ejemplo de este efecto es observable en la segunda esfera, en aquellas campañas publicitarias que van dirigidas a grandes masas de población como "clientes potenciales" de nuevos medicamentos, o en las grandes políticas sanitarias públicas como cuando España adoptó el sistema sanitario universal y gratuito, o también en las acciones conjuntas de las Farmacéuticas sobre el terreno político (por ejemplo, en el campo de las patentes, presionando para obtener acuerdos internacionales) y sobre las grandes organizaciones internacionales como la OMS o la OMC. De esta manera, se puede abordar el estudio de muchos factores y su funcionamiento e interrelaciones en cada esfera.

A este modelo, lo vamos a denominar "Modelo Psicosocial de los Condicionantes de la Prescripción", dejando para ulteriores trabajos un desarrollo más detallado del mismo. Gráficamente, el Modelo se podría representar así:

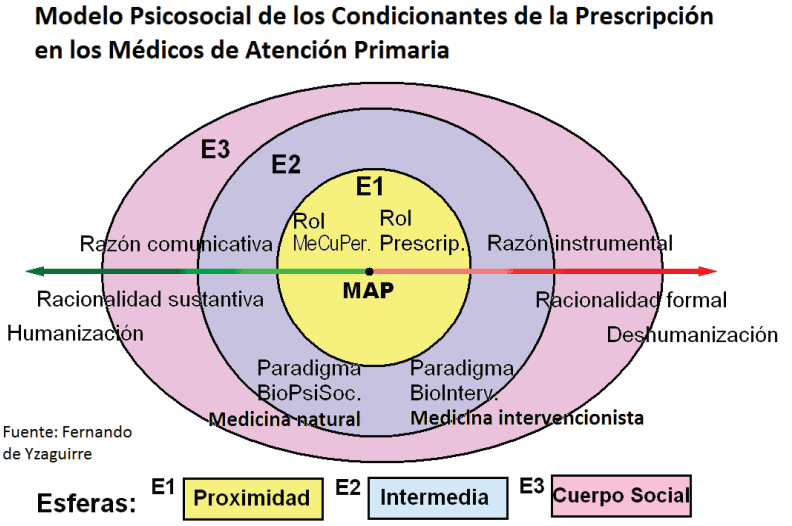


Tabla 19: Modelo Psicosocial de los Condicionantes de la Prescripción. Elaboración propia.

10.- NUEVA TEORÍA: EL ESQUEMA PRESCRIPTIVO DE LOS MAP.

La Teoría Fundamentada, que hemos abordado en el capítulo 8, nos dice que, a partir del análisis de los datos, se puede construir nueva teoría. De esta manera, en nuestro caso, tras el estudio realizado, proponemos como teoría emergente en torno al proceso de prescripción el concepto de “Esquema Prescriptivo” que va acompañado, como veremos, de un "espacio transicional". El concepto de Esquema Prescriptivo nace a partir de la categoría vista anteriormente “Un Esquema para hacer caso a todos”, que emerge de las percepciones de los Médicos, así como de su relación con el resto de categorías analizadas y, también, del análisis teórico llevado a cabo que nos ofrece un completo contexto en el que se consolidan estas categorías: las concepciones de la salud, el Estado del bienestar, el medicamento, la tecnología, el consumismo, la medicalización de la sociedad, el rol de prescriptor, la industrialización social de la prescripción médica, los condicionantes psicosociales de la prescripción, etc., todo lo cual enriquece y refuerza la idea del “Esquema Prescriptivo”, aportando una mayor comprensión del proceso de prescripción y del papel social del medicamento, tal y como nos habíamos propuesto.

En este capítulo, vamos a trabajar en la conceptualización teórica de la categoría central vista en el apatado 8.3.6, “Un Esquema para atender a todos”, al objeto de enunciar una nueva teoría fundamentada en datos. En este proceso, vamos a pasar de hablar de un “Esquema” para facilitar la prescripción, a hablar del “Esquema Prescriptivo” de los MAP. Ese Esquema, que hemos visto emerger del análisis de las entrevistas hechas a los MAP, está estrechamente ligado al resto de categorías vistas en el apartado 8.3.

El Esquema actúa como un complejo resorte, o como una singular herramienta práctica, en un entorno en el que se valoran las ventajas "instrumentales" que aporta el medicamento frente a otras alternativas, por diversas razones. En primer lugar, porque se trata de un producto químico fruto de la innovación tecnológica, que goza de gran prestigio por sus formidables resultados en un gran número de situaciones. A ello, se debe sumar su inmediatez y comodidad de uso, así como su óptima adaptación a las herramientas de gestión de la salud que se apoyan principalmente en nociones cuantitativistas como la de coste/efectividad. En cuanto a los folletos con recomendaciones, los remedios caseros, o las prescripciones de buenos hábitos, entre otras

alternativas al medicamento, por muy eficaces y saludables que sean, no gozan de la legitimidad tecnológica e institucional, así como de la adecuación a las herramientas de management, de las que gozan la receta y la caja de medicamentos, refrendadas por el SNS y por la Industria Farmacéutica. Por poner un ejemplo, la experiencia de usar bicarbonato y hacerse uno mismo un compuesto a base de varios ingredientes adquiridos en el mercado de la esquina, no es la misma que administrarse un sobrecito aromático de un compuesto farmacéutico. Algo similar se podría decir de muchas de las "enfermedades" de la opulencia como la obesidad y el tratamiento de sus síntomas con medicinas, en lugar de atender a sus causas y cambiar, por ejemplo, nuestro modo de vida sedentario. Más aún si se trata de afrontar los malestares y sufrimientos de índole psicosocial que encontramos a lo largo de nuestra vida, como el desempleo, la soledad, la pérdida de un ser querido, o el sufrimiento en el trabajo que tanto se está incrementando en las últimas décadas en torno a los llamados "riesgos psicosociales". Estos últimos están siendo, en muchos casos, medicalizados, psicologizados, trasladando el conflicto al interior de los individuos, y son tratados casi exclusivamente con la gran oferta de psicofármacos existente, mientras que se desatienden sus verdaderas causas que, en la gran mayoría de los casos, son psicosociológicas.

La presión que hay alrededor del medicamento y la prescripción no es la misma que hay respecto al proceso diagnóstico, a los estilos de vida que ocasionan muchas enfermedades, a la importancia de la prevención, a la responsabilidad sobre la propia salud o sobre las medidas políticas, económicas y educativas que habría que tomar para promover una vida más saludable entre la población, a pesar del considerable ahorro que supondría para todos. Al Médico nadie le persigue para felicitarle por haber logrado que un paciente de más paseos, que aprenda a relajarse en el trabajo, por haber ampliado el tiempo de consulta para que el paciente pueda expresar sus sentimientos de frustración o por lograr que cambie sus hábitos de alimentación. Al Médico le persiguen la Industria, el Sistema, algunos compañeros y algunos pacientes para que prescriba de una u otra manera. Al final, el Médico tiene que resolver una larga cola de pacientes, y la gran mayoría esperan una receta. Esta realidad hace bascular la práctica médica en Atención Primaria hacia el rol de prescriptor, como hemos visto. El rol de prescriptor, además, encaja perfectamente con las nuevas estrategias de management, la gestión de la optimización de recursos, la cuantificación de la salud y la aplicación de sistemas de calidad, hacia las que está cada vez más orientada la sanidad. Procedimientos y sistemas de gestión que, si bien están loablemente dirigidos a mejorar la gestión de los recursos públicos, instrumentalizan enormemente el trabajo del Médico y lo alejan, cuando no contraponen, a su rol de cuidador de personas, llegándole a provocar un insoportable conflicto de lealtadas. Este fenómeno no es exclusivo de los MAP, sino que se extiende a otros trabajadores del ámbito público y privado, y puede ser una razón de peso para que éstos lleguen al extremo de intentar suicidarse, como en el caso de la funcionaria y directiva francesa Catherine Kokoszka (Gaulejac, 2011), cuyo testimonio

estremecedor y clarificador, difundido voluntariamente desde los sindicatos en 2009[20], ilustra perfectamente las consecuencias que puede acarrear.

Para gestionar las exigencias del rol de prescriptor, el Médico precisa crear un espacio cognitivo desde el cual elaborar un Esquema que le permita conciliar, en la medida de lo posible, toda la información, influencias y circunstancias que rodean al Proceso de Prescripción de Medicamentos. Así da lugar a la creación de un Esquema, "su" propio Esquema, porque no le valen las guías, las recomendaciones, las pautas o el conocimiento científico vertido en las revistas, entre otras informaciones que incluyen la que le facilitan los visitadores. No le valen porque no puede abarcar tantos conocimientos y porque tiene todo un universo de condicionantes a su alrededor como hemos visto en el Modelo Psicosocial de los Condicionantes de la Prescripción, y no tiene tiempo material para afrontar toda esta complejidad.

Ante esta complejidad creciente del mundo del medicamento, las innovaciones permanentes, la cantidad de información existente, etc. se produce una gran dificultad para estar al día en conocimientos, en un contexto en el que la seguridad de los medicamentos y sus efectos secundarios preocupa. No es sólo que exista mucha ciencia, es que además está dispersa, cambia continuamente y está contaminada por los conflictos de intereses tanto de la Industria (maximización de beneficios), del Sistema Nacional de Salud (minimización de costes) como del paciente (satisfacción de necesidades). Como hemos visto en el análisis precedente de la categoría "Un Esquema para atender a todos", ante esta realidad, y ante el peso abrumador de las esferas de condicionantes, una respuesta es la de imitar el comportamiento de otros Médicos y la de oír a todos. Así, muchas veces tenemos al Médico apoyándose en "discursos dominantes" más que en un protocolo riguroso de actuación clínica que, por otra parte, no existe bajo consenso. Y para gestionar en esas circunstancias "todos los discursos", o lo que es lo mismo, los variados efectos de las esferas de condicionantes vistas, lo más adecuado es un Esquema propio que permita al MAP hacer lo mejor posible su trabajo.

El MAP no puede cambiar toda esta realidad y sus condicionantes con sólo desear ejercer mejor su profesión. La mayor parte de lo que influye en su prescripción escapa a él mismo. De esta manera, la consulta se encamina no tanto hacia el análisis y la prevención de la salud integral del paciente, sino más bien hacia una atención sanitaria *prêt-à-porter*, una *fast health*, que permita atender lo más apremiante, en el menor tiempo posible y al menor coste. Y ello, teniendo que lograr el acuerdo del paciente a la vez que cumplir con las exigencias de gestión del sistema sanitario. Y ello, ante la exigencia de decidir en muy pocos minutos qué es lo que más conviene. Y ello, ante el propio conflicto de lealtades que muchas veces contraponen el cuidado de las

[20] http://www.unsa.org/IMG/pdf/Temoignage_MMe_KOKOZSKA.pdf

personas y la buena gestión de los recursos sanitarios. El Médico precisa, por tanto, desarrollar una herramienta que se adapte a la compleja realidad con la que tiene que trabajar: el Esquema Prescriptivo.

Como hemos visto al presentar los resultados de nuestra investigación empírica, el Esquema Prescriptivo surgiría, entre otros factores, como producto de la presión asistencial; del poco tiempo disponible por paciente; de la ausencia de una referencia objetiva y de rápido acceso para la toma de decisiones; del conocimiento insuficiente y la falta de tiempo para el estudio y la formación continuada; de la presión de la Industria; de la presión del paciente; de los criterios de optimización sanitaria; y yendo un poco más allá, de las percepciones sociales sobre la salud; de la medicalización de la sociedad y del papel que cumple el cuidado de la salud para el Estado del bienestar y para las sociedades modernas, así como otros elementos importantes en torno al sistema capitalista y la industrialización, presentes en las esferas de condicionantes enunciadas.

La práctica médica y, dentro de ella, el Proceso de Prescripción de Medicamentos, no puede enseñarse en una guía, porque existe un gran número de factores que el Médico tiene que tener en cuenta y un gran número de cuestiones, digamos “ambientales”, que pueden influir sobre su decisión; por eso, aunque la guía de la buena prescripción de la OMS (1999), que se analizó en un capítulo anterior, sea un proyecto serio de ayuda al proceso de prescripción, no abarca el estudio de todas las influencias que pueden actuar en la toma de decisiones del Médico. Según advierte la guía de la OMS:

> *...prescribir debe formar parte de un proceso lógico deductivo, basado en una información global y objetiva. No debe ser un acto reflejo, una receta de cocina o una respuesta a las presiones comerciales* (OMS, 1999: 3)

Esta advertencia está hecha a medida del “Esquema Prescriptivo” postulado, porque de alguna manera está reconociendo la posibilidad de que la prescripción no sea un proceso científico. La prescripción es el cierre de una consulta que dura pocos minutos, así que desde la OMS se reconoce que la respuesta del Médico corre el riesgo de convertirse en una *receta de cocina* que ha podido ser recomendada, o inducida, por un tercero.

Uno de los riesgos de no profundizar en el proceso de prescripción y sus condicionantes es que la propia OMS, al igual que el Sistema Nacional de Salud, instituciones ambas garantes de la salud pública, tienden a simplificar el problema al llevarlo al terreno del acto reflejo, la receta culinaria, la influencia comercial o, simplemente, la decisión del MAP. Esta simplificación pone la diana en el MAP y traslada el universo de la prescripción al interior de un individuo, el cual tal y como se reconoce, está en riesgo de "ceder" ante diversas presiones. Es decir, está en riesgo de

hacer mal su trabajo. Estas sospechas ocultan la verdadera dimensión de lo que hay detrás de la receta y desvían nuestra atención, y responsabilidad, del entramado institucional y organizacional, así como del modelo social que los sustentan, que son los verdaderos factores de peso e influencia donde se debería actuar, y no focalizarse en el MAP.

El quid de la cuestión no es hasta qué punto el proceso de prescripción responde a un procedimiento meticuloso realizado con todo el rigor, en base a información objetiva y científicamente contrastada, capaz de neutralizar las innumerables influencias del entorno. La cuestión clave es si estamos asumiendo con todas sus consecuencias que cuando un Médico prescribe un medicamento, no hace sino dar el último paso dentro de un largo proceso enraizado en el Modelo Psicosocial de los Condicionantes presentado. De esta manera, la prescripción se convierte en un proceso largamente condicionado por los factores y las esferas que venimos señalando. No es objeto de este trabajo averiguar, en concreto, los resultados de estos condicionantes que, por otra parte, son bastante conocidos aunque debería seguir profundizándose en ellos en estudios futuros dado su enorme interés para la salud pública. Nuestro objetivo es demostrar la hipótesis de que muchos Médicos no llevan a cabo (o no pueden llevar a cabo), el proceso de prescripción atendiendo a patrones estrictamente científicos; no abordan la prescripción (o no pueden abordarla) con todas las garantías médicas; no se mantienen al día en los conocimientos (o no pueden mantenerse) y no ejercen (o no pueden ejercer) una medicina netamente basada en la evidencia; no siguen (o no pueden seguir) un minucioso procedimiento como el descrito en la guía de la OMS; no están exentos de irracionalidad ni son ajenos a influencias extra científicas, etc. Y debido a todo ello, y a la existencia de una compleja realidad en torno al cuidado de la salud de la población, y al medicamento como elemento terapéutico fundamental utilizado en la consulta a partir de una decisión del Médico, resulta pertinente hablar de la existencia de un "Esquema Prescriptivo" construido a partir de influencias no científicas y bajo diversos condicionantes que rodean a la consulta y al MAP. Como queda aquí muy bien expresado:

> *es común que en una consulta... el acto de prescripción sea muy breve y mecánico, casi sin reflexión. En esa brutal automatización suelen intervenir las marcas, que procuran incrementar la fidelización y disminuir la capacidad de visión del consumidor instrumental, que es el médico* (González García, 2005: 41).

El Proceso de Prescripción de Medicamentos de los Médicos de Atención Primaria, según sostenemos, tiene un componente importante de "supervivencia" profesional, que ha sido desarrollado de una manera heterogénea y heterodoxa, en gran medida inducido por fuertes influencias de diversos condicionantes y con una evidente variabilidad de unos Médicos a otros.

En cuanto a su funcionamiento, cabe proponer que el “Esquema Prescriptivo*”* cuenta con una antesala, una especie de *hall psíquico-cognitivo* que opera como un *espacio transicional*, que podríamos denominar "Espacio Sociopsíquico Instrumental" (ESI), que es un espacio al mismo tiempo intersubjetivo y de interacción social, es decir, es un espacio psíquico pero en el conviven lo social y lo psíquico, orientado a facilitar una respuesta que debe tener un gran componente instrumental.

Este espacio, en su dimensión social, se representa la salud como hecho social y condensa todos los condicionantes de carácter social vistos; y en su dimensión psíquica, está personalizado para cada Médico, y recrea una micro plaza pública frecuentada por el Médico, en la cual se dan cita él, sus conocimientos, su experiencia, su vocación y lealtad profesional, etc. junto a la dimensión social y las influencias y condicionantes que actúan sobre la prescripción, de manera que de ese encuentro se pueda resolver la consulta y atender al paciente, lo que en un gran número de casos se plasma en un acto concreto e instrumental: la receta.

La antesala del “Esquema Prescriptivo*”,* este ESI, sería un ecosistema cognitivo plural, intuitivo, simbólico, pragmático, complejo, que se nutre de la formación, conocimientos y experiencia del MAP, y produce un ajuste continuo del funcionamiento del “Esquema Prescriptivo”, de manera que capacite al MAP a tomar la decisión en materia de prescripción con la que concluye la consulta, por ejemplo precribir un medicamento o prescribir un cambio de hábitos o no prescribir nada. El ESI tiene cierta similitud con el *habitus* cultural de Bourdieu. El ESI sería un sistema que integra conocimientos, experiencias, directrices del SNS, consejos de la Industria, la representación del paciente, los condicionantes sociales, etc. y funciona como una matriz estructurante de la percepción del Médico dirigida a facilitarle su trabajo, en particular en lo que se refiere a la prescripción. En el ESI se dan cita los factores y condicionantes analizados, que pueden ser vistos como *esquemas generativos* que actúan en la percepción que tiene el Médico de cada situación concreta con un paciente, de su vocación profesional, de la situación de la sanidad o del papel de la Industria... y le hacen actuar. Estos esquemas generativos, como en el caso del habitus, están socialmente estructurados a partir de los condicionantes expuestos y son la vía por la cual el Médico interioriza dichos condicionantes. Al mismo tiempo, los esquemas generativos se relacionan con las estructuras mentales particulares a partir de las cuales se formaría en el Médico el "Esquema Prescriptivo" que, en combinación con el diagnóstico, daría lugar a una decisión sobre la prescripción.

Otra idea que nos parece interesante, es poner en relación al MAP -y su proceso de prescripción- con su institución, el sistema nacional de salud, o mejor aún, con la "sanidad pública", entendiendo esta como "una red simbólica, socialmente sancionada, donde se combinan

proporcionalmente y en relaciones variables un componente funcional y un componente imaginario" (Castoriadis, 1975). En esta mirada, el MAP se relacionaría con esos dos componentes, el funcional, y el imaginario, a la hora de llevar a cabo su trabajo como profesional al servicio de una institución, y desde ese punto de vista lo veríamos sometido a una serie de condicionantes, de distinta índole, unos más funcionales o instrumentales, otros mas simbólicos, los cuáles, a la hora de prescribir, ha de conjugarlos de alguna manera para poder actuar. Nuestra propuesta es que los conjuga en una instancia, el ESI, donde estaría el componente imaginario, para obtener unos resultados funcionales, operativos, instrumentales, mediante el Esquema Prescriptivo.

El funcionamiento del Esquema Prescriptivo se ve influenciado, por ejemplo, por ideas legitimadas socialmente, como el derecho a que la sanidad pública atienda a todos los ciudadanos y les ofrezca alguna solución a sus problemas de salud. Y esa solución, en nuestro Estado del bienestar, no basta que sean “buenas palabras”; para que sea creíble tiene que sustanciarse en la aceptación de la condición de enfermo del ciudadano que acude a la consulta; la emisión de un documento oficial (la receta); el acceso a un *bálsamo curativo* fruto del avance tecnológico y la ciencia (el medicamento) y el reconocimiento de que el Estado, en mayor o menor medida, debe asumir los costes de la recuperación del contribuyente que es quien sostiene en última instancia el sistema.

Para responder a aquél derecho, y atender aquellas expectativas, el Médico necesita herramientas prácticas, instrumentales, que le ayuden a hacer frente a los 40 o 60 pacientes que tiene cara a cara diariamente, a responder ante sus problemas y sus miedos, apoyándose en gran medida en la receta y en el medicamento como algo más que una mera administración de la ciencia médica. Y dada esta dimensión, digamos “supra-científica” que cobra el medicamento, que metafóricamente aparece como un elemento cuasi religioso o como la "píldora del bienestar", el Médico ha de desarrollar un procedimiento, unas herramientas, igualmente “supra-científicas”, para integrar y cribar todos los elementos del Modelo Psicosocial de los Condicionantes de la Prescripción en que se inscribe el proceso de prescripción, y tomar una decisión: el ESI y el *Esquema Prescriptivo*.

La teoría del "Esquema Prescriptivo de los MAP" que presentamos, está aquí en su primera enunciación, y ha de ser sometida a futuras revisiones. Aunque no es nuestro objetivo profundizar en la teoría de esquemas, ya que es una temática con la que nos hemos encontrado como resultado del estudio, y no era nuestro punto de partida, al menos sí haremos alguna mención a la cuestión, siendo conscientes de que precisaría de un mayor desarrollo.

El *Esquema Prescriptivo* estaría inscrito dentro de los esquemas cognitivos[21], como modelos complejos elaborados a base de experiencias, de conocimientos, que facilitan la actuación del Médico en un entorno complejo. Hablamos de un aspecto del funcionamiento de un organismo inteligente[22] que selecciona la información que le ayudará a alcanzar sus metas. En línea con Piaget (1981), el *Esquema Prescriptivo* sería la representación interna de una clase generalizada de situaciones que permite al organismo actuar de forma coordinada en una amplia gama de situaciones análogas, aunque a ello hay que sumarle las consideraciones comentadas en torno al concepto de hábitus de Bourdieu. Otro autor importante, que estudia la influencia de lo social en la memoria, y maneja el concepto de "esquema de memoria", es Bartlett (1932), dentro de sus estudios sobre la memoria y el funcionamiento práctico del pensamiento, en particular su capacidad de completar algunos estados de cosas previamente incompletos. Esta última idea es muy sugerente, aunque en el caso de la prescripción parece que casi funcionaría al revés: lo que hay es un exceso de información y una ausencia de criterios o referentes para cribarla, por lo que aquí el *Esquema Prescriptivo* se acercaría más a un cribador-legitimador de toda esa información-conocimiento-presiones.

Los esquemas se consideran como unidades de procesamiento activas que guían el reconocimiento y la selección de datos. Nos encontramos en el entorno de las relaciones mente-mundo y del modo por el cual el hombre procesa la información. Hay un carácter constructivo en procesos como la memoria o el recuerdo. Son propiedades relevantes de los esquemas su carácter dinámico, funcional y su naturaleza organizada; los esquemas se encuentran en constante desarrollo, en permanente movimiento (aunque son estables en el tiempo), viéndose influenciados por cada nueva experiencia que sucede y por cada nuevo conocimiento que se adquiere. Realizan la función de adaptación entre las personas y sus entornos físicos y sociales, actuando como un conjunto unitario, y no como la suma de elementos aislados, y facilitando una respuesta específica y diferente en cada situación cotidiana. Sería el pasado que incide sobre el presente facilitando, no dictando, una respuesta adaptada. El esquema es una estructura de conocimiento que se utiliza para la comprensión y, por tanto, ayuda a dar sentido al mundo. El esquema permite asimilar los nuevos conocimientos a los esquemas existentes, relacionando e integrando la nueva información con lo que conocíamos previamente (Cubero, 2005: 45 y ss.).

En particular, nuestro *Esquema Prescriptivo* sería del tipo "de acción", pues permite planificar y controlar la toma de decisiones individuales del MAP a la hora de elegir un tratamiento y prescribir un medicamento. Según la teoría de los esquemas cognitivos, éstos tienen variables y están compuestos por subesquemas, como los esquemas generativos citados, por lo que investigaciones subsiguientes pueden dirigirse a su estudio.

[21] Diccionario de psicología, Barcelona, Herder, 2005.

[22] Diccionario Oxford de la mente, Madrid, Alianza Editorial, 1995.

Una de las cuestiones que aparece como fundamental a lo largo de nuestro estudio, es de qué manera se conforma el conocimiento que lleva a un Médico a decidir su prescripción, cómo se modifica y de qué manera se actualiza. Como hemos visto, la actualización de conocimientos se produce en medio de un "magma" compuesto por una información muy voluminosa y llena de sesgos, por el Esquema Prescriptivo y por las presiones en conflicto que recibe desde diversos actores, a lo que es necesario añadir otros condicionantes así como las tres esferas vistas desde las que operan. Pero más allá de estas cuestiones, nos encontramos con la dimensión social de los factores en juego, lo que viene a elevar la complejidad con la que se suele abordar el Proceso de Prescripción de Medicamentos. Como respuesta a esta complejidad, creemos que nuestra propuesta del "Esquema Prescriptivo" facilita la tarea.

El contexto en el que se hace pertinente el *Esquema Prescriptivo* es el de la prescripción de medicamentos como un servicio público subvencionado, dirigido a lo más valioso de la persona, su salud, en una sociedad que ha coronado a la ciencia y ha colocado a la industrialización capitalista como razón del progreso y el bienestar, incorporando con ello al medicamento, y su papel central en la salud de la población y las políticas públicas, dimensiones que desbordan su función estricta de terapia científicamente pertinente contra la enfermedad. En esa dimensión "supra-científica", la prescripción de medicamentos juega un papel fundamental dentro de la construcción del Estado del bienestar, que cuida de los ciudadanos y de sus dolencias, para justificar su papel y, al mismo tiempo, ejercer su rol de contrato y de control social, que contribuya a asegurar la paz social.

El *Esquema Prescriptivo* y su antesala, el ESI, serían, entonces, un sistema de esquemas generativos, estructurados y estructurantes, así como un espacio de encuentro de los condicionantes psicosociales de la prescripción, a partir de los cuales un Médico tomaría sus decisiones profesionales en referencia al tratamiento a aplicar. El *Esquema Prescriptivo* produciría en cada MAP, su mini vademécum cerebral con medicamentos "II" (inducidos instrumentalmente) y le capacitarían para hacer frente a la toma de decisiones en torno a la aplicación de un tratamiento concreto.

En resumidas cuentas, podemos decir que el Proceso de Prescripción de Medicamentos, tal y como se produce hoy en día, es mucho más que una complicada cuestión científica, es mucho más que una cuestión clínica, es un complejo hecho social que finaliza cuando el Médico decide su prescripción, apoyándose en un *Esquema Prescriptivo* generado de manera sociopsíquica.

11.- COROLARIO.

En lo que se refiere al apartado empírico, ha resultado apasionante este ejercicio de escucha a los MAP y confiamos en que, en un terreno en el que no es fácil “llegar a los Médicos, entender sus hábitos de prescripción e intervenir favoreciendo el uso racional de medicamentos” (Gérvas, 1989: 593), nuestro estudio haya podido contribuir, aunque sea modestamente, a comprender mejor el proceso de prescripción.

Quisiéramos destacar algunas ideas a partir del análisis de las entrevistas:

En lo que respecta al paciente, quien más demanda una alternativa “natural” al medicamento, es el tipo de sujeto que “se cuida”. Y quien no tiene interés en esas alternativas es quien menos se cuida, no sigue hábitos saludables y quisiera mantener los malos hábitos pero sin que le afecten a la salud. El medicamento compite con, y disminuye la fe en, las alternativas naturales, en el esfuerzo y la responsabilidad personal, en el propio cuidado como fuente primaria de salud. Lo tremendo de la concepción del medicamento que tiene gran parte de la sociedad, es que nos hace dependientes y débiles; su promesa de salvación hace que nos abandonemos en sus manos; renunciemos a nuestra soberanía personal y la deleguemos en terceras instancias.

Ahora bien, antes que pacientes, somos miembros de una sociedad que opera en base a unas concepciones de la salud y del bienestar, las cuales adquieren una importancia trascendental para afrontar retos como los que plantea la prescripción. Es fundamental profundizar en el estudio de la ciudadanía, la educación para la ciudadanía, derechos y deberes, y formación y desarrollo de valores.

En cuanto a las condiciones de trabajo de los MAP, el factor escasez y administración del tiempo es una constante. Los Médicos no tienen tiempo para orientar a los pacientes y a veces optan por recetar un medicamento para salir del paso. Tampoco dedican tiempo suficiente para estar al día en los conocimientos médicos y acaban adoptando recomendaciones de otros, en un oír a todos que les permita sobrevivir.

Otro elemento repetitivo es la impresión del Médico de que sus jefes del Sistema Nacional

de Salud le piden cuentas de su prescripción en términos cuantitativos, para controlar el gasto, pero no se preocupan mucho de la calidad de su prescripción y, lo que es muy importante, de los condicionantes que influyen sobre la misma. El SNS aparece descuidando a sus profesionales, descuidando su formación y conocimientos, pero les persigue para que ahorren.

Como valedor del MAP -aunque éste sabe que es de manera interesada-, queda el visitador médico, cara visible de la Industria Farmacéutica, cuya amabilidad e interés hacia ellos, llamativos folletos facilitadores y transmisión de información, contrasta con algunas actitudes del SNS hacia ellos.

A los ojos del MAP, se acaba creando cierta "simetría" entre la Industria y el Sistema. Ambos te dan algo, pero también ambos te restan algo. El SNS te paga el salario, te da herramientas para que desempeñes mejor tu trabajo, pero no te valora lo suficiente y te persigue con los gastos; el Sistema también quiere situar sus mensajes en el hall de entrada del *Esquema Prescriptivo* del Médico, aunque lo hace de una manera menos "encantadora" que los laboratorios. La Industria te da incentivos de todo tipo, información actualizada del mercado (y también cotilleos sociales), información científica, y además te muestra aprecio, pero quiere que vendas sus productos. Esta dualidad tiene su resonancia en el papel de cada uno respecto a lo que el Médico prescribe: uno te empuja a prescribir de manera económica y otro todo lo contrario, cada uno tiene "sus" intereses, y te presionan en consecuencia, abundando en el rol de prescriptor del Médico

Una de las cuestiones claves es la entrada de nuevos medicamentos en el SNS. Hay dos polos de tensión:

a) El medicamento veterano, que ha demostrado su eficacia, que es más barato y que está próximo o cuenta ya con un genérico. Este medicamento deja de aportar beneficios a la Industria al mismo tiempo que le cuesta cada vez menos a la sanidad pública. Sus efectos secundarios se conocen muy bien debido al tiempo que llevan aplicándose. Tienden a ser jubilados por los novedosos, pero más que desaparecer, se transforman en nuevos.

b) El medicamento novedoso, que aún es una promesa de eficacia, que es más caro y que está en el inicio de su vida comercial. Este medicamento aporta el mayor margen de beneficios a la Industria si es capaz de penetrar bien en el mercado, mientras que a la sanidad pública le cuesta más dinero. Aún no se han rodado en su aplicación a la población general, pero ésta ya los está demandando bajo la influencia del marketing farmacéutico y de la demanda de bienestar.

El análisis objetivo de cómo se produce la prescripción de unos u otros medicamentos (veteranos y novedosos), es sin duda uno de los campos pertinentes para estudios futuros.

Otra cuestión a resaltar es que las alternativas al medicamento están desatendidas. Los pacientes prefieren el medicamento al cambio de hábitos, a la prevención, porque les supone un esfuerzo que no están dispuestos a realizar por su salud y porque todo apunta en la dirección del consumo. Lo que se gasta el Sistema Sanitario en recetas, o una parte representativa, no lo invierte, en ningún caso, en las alternativas, en promocionarlas o en investigar su eficacia frente al fármaco. La mejor alternativa es la prevención, pero está relegada frente a la atención sanitaria.

Ante una duda razonable de la indicación de un medicamento, habría tres tipologías de respuesta del Médico: la receta “y que se calle”; la explicación y un folleto “para que se lo autoadministre” o la derivación a un contexto “educativo”. En futuros estudios, habría que ahondar en estas tipologías.

Factores como la presión asistencial; el tener que atender a todos los pacientes por igual, sin discriminación alguna, juntándose los casos importantes en la misma cola que el resto; la prescripción inducida desde especializada, que además de afectar a la prescripción, incide sobre el estatus del MAP frente al especialista; la demanda del paciente; la vocación de prevención del MAP que muchas veces se ve frustrada por la necesidad de intervención, etc. Todo ello dibuja un panorama contradictorio, que hace que se relegue el rol del Médico y sus conocimientos como tal, frente al rol de prescriptor y la labor de gestor de recursos públicos, que más que responder a los presupuestos de práctica profesional basada en la evidencia, se ve lastrado por el compromiso político y asistencial que está detrás del rol de prescriptor: atender el bienestar de toda la población distribuyendo recetas subvencionadas.

La Industria, que aporta inversiones y medios, se aprovecha de las especiales características del medicamento y su condición de producto de consumo de masas, dirigiéndose a una población siempre demandante de bienestar que quiere creer, y cree, en la tecnología como panacea universal; diseña enfermedades; descubre remedios hechos a medida del Estado del bienestar que necesita herramientas prácticas para llevar a cabo su papel ante la sociedad. Es preciso que la Industria Farmacéutica desarrolle mucho más su responsabilidad deontológica y que asuma la especial dimensión social del medicamento, lo que en un entorno de creciente transparencia revertirá positivamente sobre su imagen.

Hemos constatado la dimensión del medicamento como producto de gran consumo, así

como la enorme influencia que tiene el mercado en la prescripción, y su estrecha relación con el Estado del bienestar y las percepciones de la salud de la población. Hemos observado las implicaciones del mercado en la ciencia y la fragilidad de ésta última para evitar servir a intereses especulativos.

En el mundo del medicamento se produce una paradoja. Se reconoce al medicamento un bien esencial. Se destinan ingentes cantidades de dinero, público y privado, a su investigación, desarrollo y consumo. En cambio, la posición de los Estados aparece débil frente a los intereses privados. Los Estados desarrollados deberían tener una posición en toda la cadena de valor de los medicamentos, proporcional a la importancia que conceden al medicamento de cara a atender las necesidades fundamentales de sus poblaciones, y de las poblaciones de los países subdesarrollados.

Entre tanta confusión y tanta complejidad, en medio del proceso de industrialización de la prescripción, sobresale una afirmación reiterativa que refuerza la idea del *Esquema Prescriptivo*: "hay que oír a todo el mundo", es decir, hay que aceptar todo tipo de fuentes, para sumarse al flujo dominante. Sin duda alguna, hay que profundizar en este importante elemento del proceso de prescripción, y dar más importancia a los procesos sociológicos que están en juego en el ámbito médico.

Nos parece que la tesis, apartados teórico y empírico, forman un todo entrelazado, y se refuerzan mutuamente, siendo su principal conclusión que la prescripción de medicamentos, tal y como se produce hoy en día, es un hecho social.

- La Prescripción de Medicamentos es un hecho social.

El inicio de esta tesis fue la investigación empírica sobre el proceso de prescripción en los Médicos de Atención Primaria, que se fue completando con un estudio teórico amplio en consonancia con las interrogantes que el estudio empírico planteaba. Ello se debe a la necesidad de profundizar en el conocimiento de las realidades que rodean a la prescripción; el mundo del medicamento y, también, el mundo de la salud y su papel en el Estado del bienestar en la que está inscrita. El resultado final no responde a un empeño por llevar a cabo un amplio plan inicial, sino más bien a la progresiva certeza adquirida, según avanzábamos en nuestro trabajo, de que la prescripción de medicamentos es un claro exponente de la sociedad industrializada actual, sus avances, sus déficits, sus bondades, sus perversiones y sus contradicciones.

Lo primero que nos encontramos al acercarnos a este mundo desde una administración pública, es la idea de que se está librando una batalla entre lo público y lo privado. Luego, según fuimos profundizando en las opiniones de los médicos, y según estudiamos la prescripción y el medicamento, nos dimos cuenta de que hay otro agente fundamental implicado, el paciente. Y a través del paciente, nos dimos de bruces con la sociedad y su gestión, con el Estado del bienestar.

Lo último que nos encontramos fue la Teoría Crítica. Los MAP, sus percepciones sobre el proceso de prescripción y el papel del medicamento, las demandas de los pacientes, las presiones de la Industria y del Sistema... nos condujeron hacia el estudio de grandes temas como las percepciones de la salud, la ciencia, la técnica, el mercado, la medicalización, el rol del Médico, las influencias y condicionantes de la prescripción, y, finalmente, al *Esquema Prescriptivo*. Todo este conjunto de elementos, sus relaciones, sus conflictos, sus contradicciones, nos reclamaba una concepción crítica de la sociedad. No bastaba con tratar de explicar la prescripción. Fue necesario intentar comprender el por qué del por qué, y entonces necesitamos recurrir a la Escuela de Frankfurt y su teoría, tan preocupada por un conocimiento mediado por la experiencia, lo que no parece incompatible, sino al contrario, con la metodología de la Teoría Fundamentada, en la que es oportuno seguir trabajando en futuras investigaciones.

Reivindicamos, por tanto, el estudio pegado a la experiencia, la microsociología, la psicosociología, o como se quiera llamar el camino de estudio de la interacción social y su realidad, y a partir de dicho camino, y del estudio en profundidad de los casos concretos, tratar de ir más allá para comprender mejor el mundo.

Por este camino, hemos llegado a la conclusión de que la prescripción de medicamentos es un hecho social que si bien responde a una decisión individual del Médico, en dicha decisión están involucrados los principales elementos de la sociedad y su funcionamiento.

Otra de las cuestiones que quisiéramos resaltar con esta tesis es la importancia de que los sociólogos nos impliquemos más en nuestro país en estudios relacionados con la salud y la medicina, dada su enorme trascendencia social. La Sociología de la Medicina es una disciplina joven que no se desarrolló plenamente hasta los años 60 del siglo XX, si bien ha tenido un espectacular crecimiento en las dos últimas décadas. En la actualidad, los sociólogos de la medicina constituyen un grupo muy numeroso y activo, mayoritario dentro de la profesión en países como Estados Unidos o Alemania, destacando en nuestro entorno más cercano instituciones como la Sociedad Alemana de Sociología de la Medicina y la Sociedad Europea de

Sociología de la Medicina (http://www.eshms.eu/). Desde aquí esperamos haber contribuido, aunque sea muy modestamente, al importante trabajo que muchos colegas están realizando en nuestro país desde hace años y que no nos cabe sino aplaudir, alentando a las nuevas generaciones a que emprendan esta senda.

La necesidad actual de encontrar soluciones creativas a los problemas de salud es enorme, lo que está produciendo de manera creciente experiencias multidisciplinares de investigación y aplicación de las investigaciones. La salud pública ha pasado de ser una actividad dominada por modelos de práctica médica a ser una actividad holística y multidisciplinar preocupada por las bases sociales y económicas de la salud, y por su sostenibilidad en la práctica, lo que nos interesa en mayor o menor grado a todos, a nosotros y a nuestro entorno más cercano.

Y para concluir, una impresión general. Con recursos o ciencia ilimitados, el hombre puede hacer su vida más confortable, pero eso no le hace mejor. Para mejorar las deficiencias de la sociedad, ha de mejorar el propio hombre (varones y mujeres).

- Algunas recomendaciones.

Lo que sigue son tan solo algunas recomendaciones que se presentan de manera sintética, si bien no pretenden recoger nada más que una pequeña parte de todas las que se desprenden de nuestro estudio, por lo que no han de considerarse como un resumen de conclusiones de nuestro trabajo, sino como una mera enumeración de algunas cuestiones que merecen ser tenidas en cuenta junto con otras muchas tratadas en el estudio:

- Los MAP han de asumir, sin excusa, su parte de responsabilidad en la prescripción de medicamentos, en la actualización de conocimientos, en la evitación de influencias, etc. y ejercer su profesión -no sólo su puesto de trabajo- de manera lo más fiel posible a su finalidad.
- Es imperiosa la necesidad de que los Médicos cuenten con unas pocas referencias sólidas, objetivas, veraces, fiables, legitimadas por el SNS y fácilmente accesibles a las que acudir en caso de duda en materia de medicamentos. La inexistencia de estas referencias, o si las hay su falta de reconocimiento oficial, no hace sino poner al Médico a merced de tener que tomar una decisión compleja sin contar con toda la información y sin poderla contrastar.
- Los MAP deben contar además de con medios adecuados -sin conflictos de

intereses-, con tiempo suficiente para la actualización de sus conocimientos.

- Los MAP tienen que asumir la necesidad de la sostenibilidad de la sanidad pública, el uso de genéricos, la prescripción por principio activo, etc. pero no al coste de convertirse en gestores de recursos haciendo dejación de su papel como cuidadores de personas.
- Los estudios para los futuros Médicos deben contemplar, además de una mejor formación en materia de prescripción, una formación específica sobre la dimensión social de la salud, el medicamento y la prescripción, y sus condicionantes psicosociales.
- Es preciso abordar una armonización entre los profesionales de la medicina hospitalaria o especializada y la atención primaria en materia de prescripción. Deberían existir criterios claros de aplicación para resolver los posibles conflictos.
- La masificación de la consulta es un problema grave que afecta a la calidad asistencial, a la calidad de la prescripción, a las posibilidades de reducir el uso de medicamentos y lograr el cambio de hábitos de los pacientes, así como a las condiciones de trabajo de los MAP, que requiere respuesta.
- El SNS debería abordar un estudio global del mundo del medicamento y la prescripción, contando con todos los profesionales implicados, y llevar a cabo un plan estratégico a 10 años que cuente con la implicación de todo el arco político.
- El SNS debe desarrollar más las herramientas del marketing social. El campo de la comunicación en materia de salud es clave.
- El SNS debe poner orejas por todas partes. Debe escuchar a todos para conocer a qué se enfrenta, lo que le servirá como fuente de información para la toma de decisiones.
- El SNS debería llevar a cabo un estudio de riesgos psicosociales en parte de la población de MAP para conocer el grado de desgaste que están sufriendo, y la influencia del rol de prescriptor. Y diseñar programas de intervención para cambiar lo que corresponda. Uno de estos programas podría ir dirigido a mejorar en los MAP la comprensión de las contradicciones del SNS y de la Industria, y a reforzar el sentido que tiene su trabajo, cuestiones ambas que como hemos visto se pueden abordar desde la Sociología Clínica.
- Debería crearse una mesa negociadora con la Industria Farmacéutica, como socio estratégico fundamental en el campo de la salud, para que al tiempo que se le reconoce su labor, se comprometa a cosas como:
    - Potenciar la promoción del cuidado personal de la salud a través de hábitos de vida saludables y esfuerzo personal.
    - Evitar la producción y promoción de fármacos que sean poco eficaces y

sustituyan la necesidad de hábitos saludables.

- Desarrollar líneas de trabajo como el Instituto Pickerton para informar objetivamente al paciente y ayudarle a tomar decisiones.
- Limitar los beneficios excesivos por la venta de fármacos o invertirlos en prevención y terapias alternativas.
- Profundizar en la cuestión del conflicto de intereses y la deontología profesional.
- Eliminar la publicidad sobre enfermedades y dolencias que tenga que evaluar un Médico.

- Los países deberían profundizar en un marco internacional especial para la producción de medicamentos fundamentales.
- Los gobiernos deben seguir avanzando en la prescripción por principio activo y hacer un frente común para defender los intereses de la sanidad pública y las necesidades sociales en materia de medicamentos en el mundo. Hay que reducir las influencias no científicas sobre el Médico a su mínima expresión.
- El medicamento, así como cualquier dimensión de la salud, no pueden tener, en ningún caso, un tratamiento comercial similar al de productos de gran consumo.
- Los sociólogos españoles debemos preocuparnos más por estar presentes en el campo de la medicina, donde las preocupaciones son tantas y tan hondas que requiere del esfuerzo de todas las disciplinas y de la capacidad metodológica y conceptual de la sociología.
- Por su parte, el SNS puede incrementar las ayudas y, al menos, las facilidades para que los investigadores de las ciencias sociales tengamos acceso al terreno sanitario y poder desarrollar en mejores condiciones nuestros estudios. En nuestro caso particular, que no permite generalización, nos hubiera ayudado que la Dirección Geneal de Atención Primaria del Servicio Madrileño de Salud nos hubiera facilitado información para elaborar un perfil sociológico de los MAP de la Comunidad de Madrid, ya que tal información de tipo genérico no la hemos encontrado ni en acceso libre, ni bajo petición con fines científicos desinteresados para nuestro estudio.
- Es necesario un abordaje sociológico y cualitativo de la salud y la prescripción. No se trata sólo de una cuestión de números.
- Hay que trabajar más la cuestión de la legitimación de la ciencia y de las decisiones sobre los recursos comunes. Y en relación con todo ello, hay que manejar las dimensiones de relación beneficio / riesgo / coste en materia de medicamentos, sin olvidar su dimensión simbólica.
- Es necesario introducir nuevos enfoques interdisciplinares de análisis en torno al

ámbito de la salud, dando más importancia a las dimensiones supra individuales, a las interacciones y a la dimensión social.

- Es pertinente introducir perspectivas innovadoras como la de la Sociología Clínica a la hora de profundizar en los problemas que hemos abordado desde los actores, contando con los distintos agentes implicados, dándoles la palabra, poniendo en relación las vivencias individuales con los fenómenos sociales que las condicionan, y facilitando que ellos mismos busquen posibles alternativas. En particular, para todo lo relativo al Proceso de Prescripción de Medicamentos, hay que dar la palabra a los Médicos de Atención Primaria y a los pacientes.
- La importancia de atender adecuadamente la prevención es obvio y se debe hacer desde muchas otras instancias además de la Atención Primaria. Ahorra recursos públicos y privados, y mejora la calidad de vida de la población presente y futura.
- Debe producirse una democratización tanto de la ciencia como de la toma de decisiones en materia de gasto público relativo a la salud. Hay que evitar que la ciencia, así como las decisiones sobre cómo aplicar los recursos, se alejen de la gobernanza social, pues de otra manera se producirán bolsas de gobierno opacas a la opinión pública, que en última instancia es la que debería conocer y decidir si se ha de gastar más en un medicamento contra la osteoporosis o el colesterol de dudosos resultados o en prótesis de cadera.
- Es preciso abrir un debate social comprometido y serio en torno a nuestro modo de vida, las derivas del sistema capitalismo de mercado y los valores imperantes, a partir del reconocimiento público de su influencia sobre los problemas cotidianos que se viven en ámbitos clave como el de la salud de la población. Es precisa una actuación a gran escala si de verdad se quiere mejorar la salud de la población.

ANEXOS

Introducción: dos trabajos.

Los dos primeros anexos son dos trabajos del tesinando que, si bien no se pueden considerar como parte intrínseca de la tesis, sin duda sirven como antecedentes que, por un lado, muestran la inmersión previa a la acometida de la tesis que tuvo el tesinando en el mundo de la prescripción de medicamentos, por otro, son aportaciones valiosas para comprender dimensiones del proceso de prescripción.

Por una parte, se presenta el resumen de la sesión de trabajo con Alejandro Jadad. Se trata de una narración estrechamente relacionada con los problemas de la prescripción de medicamentos, a la que el tesinando tuvo acceso durante el periodo en el que participó en la investigación de la Dirección General de Farmacia, que le permitió tener contacto con los problemas que despertaba la prescripción a los Médicos.

De otra parte, se incluye un artículo dedicado a las técnicas *outreach visit* elaboradas desde la Harvard Medical School como herramienta para el cambio de patrones de prescripción. Se trata del artículo que promovió el tesinando en colaboración con otros miembros del equipo de investigación de la Dirección General de Farmacia. Este estudio nos permite conocer cómo desde el mundo médico se diseñan técnicas basadas en la realidad del proceso de prescripción y en la influencia tradicional que ejercen las empresas farmacéuticas a través de los visitadores médicos.

Asimismo, se incluye un apartado de términos de interés.

Anexo 1- Encuentro con Alejandro JADAD[23]

Información para la toma de decisiones clínicas en farmacoterapia. Mejorando la efectividad y la eficiencia de la utilización de medicamentos.

Bajo el título anterior, la Dirección General de Farmacia organizó en la sede de la Agencia Laín Entralgo, el 9 de marzo de 2004, una sesión de intercambio de ideas con Alejandro Jadad, Director del Centre for Global eHealth Innovation, Toronto, Canadá. Se trata de un líder de opinión a nivel mundial en el campo de la salud.

El interés es indudable como reflejo de los problemas en la prescripción a partir de la exposición de un facilitador, ante una audiencia seleccionada por la Dirección General de Farmacia, compuesta por personas clave de la organización.

La transcripción de la sesión, a iniciativa propia, corrió a mi cargo y luego se la pasé al propio Jadad para su revisión.

PRIMERA PARTE: OMI-AP.

La sesión comienza con una presentación de una nueva versión del sistema informático, el OMI-AP, por parte de Sergio Ruiz, durante la cual Jadad pide la palabra levantando la mano en varias ocasiones para preguntar por algunas claves de su funcionamiento: ¿el sistema está centralizado?, ¿los Médicos pueden consultar las prescripciones de los colegas?, ¿cuenta con bases de datos de contraindicaciones?... que se resumieron en la sorpresa de Jadad al ver que el sistema carece de interacciones. En teoría existe la posibilidad de conectar los ordenadores con una intranet.

Jadad vuelve a la carga con sus porqués: ¿existe entre las diferentes Áreas algún acuerdo sobre la prescripción?, por ejemplo referida a marcas, posología, etc. La respuesta del auditorio es unánime: no. Además de no haber acuerdo en la prescripción, se pone en evidencia que hay dispersión en el uso de guías terapéuticas de un Área a otra. Un caso de guía que goza de consideración es el de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (SEMFYC).

Pero, pregunta Jadad, ¿se conoce qué medicamentos son los más prescritos?, sí, se le responde, aunque hay una gran dispersión en su uso y prescripción. Reducir esa dispersión es un objetivo a perseguir.

¿Qué obtiene el Médico del OMI?, ¿qué se saca del OMI?. Llega un comentario informal: “de aquí no se saca nada excepto dolores de cabeza”.

La información de la consulta de los Médicos y la de la Farmacia no coincide, se comenta. No obstante, el potencial del sistema es grande y se puede usar como un instrumento de apoyo.

El auditorio hace varios comentarios: La prescripción, la receta, tiene soporte papel. El dato de farmacia es más fiable que el de prescripciones. La impresora se puede atascar.

Alejandro, que desde su asiento de oyente se ha hecho con el liderazgo de la reunión con sus continuos porqués, vuelve a la carga: ¿qué están haciendo los Médicos?, ¿cómo recetan los Médicos?. No llega la información al Médico pero existe la posibilidad de que llegue.

Entre los comentarios del auditorio hay uno sobre la distribución de la información que dice así: “típica filosofía autonómica”, otro, referido a las recetas, dice “se envía cutre papelito”. Se pone en evidencia la importancia de que la herramienta devuelva información al profesional.

Hay un ejemplo de interactividad en la Agencia Española del Medicamento. Quienes colaboran voluntariamente con ella facilitando datos tienen un feedback, pero son muy pocos, no es representativo. Alejandro señala que, al menos, ¡existe el principio! Comentarios desde el auditorio: “hay Áreas donde los Gerentes no dejan que se colabore”. Se comenta que el Sistema puede inducir a la prescripción de ciertos medicamentos. Por defecto se ordenan por coste. Se pueden ordenar

[23] Elaborado por el tesinando y revisado por Alejandro JADAD en agosto de 2004.

también por otros criterios.

Alejandro pide que tras hablar de lo que el sistema da, se hable de lo que no da. Se pone un ejemplo: no aparecen los medicamentos que no están subvencionados. Alguien comenta que se pueden hacer las recetas a mano; se pueden hacer trampas, como una fórmula magistral para la viagra o para las leches pediátricas especiales, por ejemplo.

¿Y respecto al acceso a la información existente en Internet?, pregunta Jadad. Alguien le responde que aquí usamos la página de *fisterra.com* (que son capítulos de buenos libros). Pero fiarse de esta página es dudoso. En Canarias hay otro ejemplo dedicado a los cuidados paliativos.

Surgen varios comentarios: si hubiera intranet podríamos acceder todos a Internet. Hay problemas tecnológicos, de redes y desbordamiento de Internet. El tema es una cuestión de prioridades, se da más importancia a imprimir un papel que a usar recursos de apoyo a la prescripción.

SEGUNDA PARTE: DETECTANDO LOS PROBLEMAS.

Alejandro sube al estrado. Se presenta como un facilitador (*a mí me parece un provocador*). Enseguida lanza una pregunta directa al auditorio: ¿Estamos prescribiendo inadecuadamente?, ¿cuántos de Vds. sienten que están prescribiendo inadecuadamente? Estas son las respuestas:

1. Inadecuadamente 7.
2. No están seguros 2.
3. Adecuadamente ninguno.

Por tanto tenemos un problema de prescripción inadecuada. Eso le supone un coste al gobierno y, lo que es más importante, puede estar afectando a los pacientes, que es nuestra razón de existir como Médicos.

Alejandro: Vengo de una familia de Médicos donde Médico y paciente se elegían mutuamente, cosa que Vds. no pueden hacer, lo suyo es una cita a ciegas. Están trabajando en condiciones muy difíciles, con poco tiempo, y sin poder elegir a sus pacientes. He venido aquí para sintonizar con Vds. Están en un sistema transaccional, parecido al de un taller. Vd. tiene un problema con su coche, yo tengo un sistema sofisticado que da la solución, se aplica a su vehículo y se marchan. Ocurre algo parecido con el paciente, se evalúa su problema, se le prescribe y se va. Esto ha pasado con la medicina aquí y en EEUU o Canadá. Y Alejandro añade, casi gritando: ¿qué podemos hacer al respecto?!.

Estoy aburrido de detectar los problemas y cada vez me siento más impaciente por encontrar las soluciones. Por eso la tercera sesión la vamos a dedicar a ¿qué podemos hacer, ¡ya!?. Díganme cuáles son para Vds. las razones por las que no se prescribe bien. El auditorio va respondiendo espontáneamente:

- Falta de claridad en los objetivos terapéuticos.
- Presiones de los pacientes, de la Industria Farmacéutica, de la administración y de los especialistas. *Se sienten Vds. como un blanco de todos ellos.*
- Expectativas de la población.
- Déficit de conocimiento (ignorancia).
- Falta de tiempo (7 a 10 minutos por paciente).
- Prescripción inducida de los especialistas.
- Estamos en una sociedad de consumo que asocia mayor costo y novedad, con mejor producto, y lo traslada a la salud y a los medicamentos, que se consumen.
- Falta de información sobre la patología. Falta de acceso eficiente allí donde puedo encontrar buena información.
- Falta de conciencia de la propia ignorancia.
- Complejidad del Sistema Sanitario. Lo intentamos simplificar introduciendo más complejidad, lo tratamos como un sistema complicado. Resistencia a la inseguridad (Ej. Guías).

- El sistema OMI no está diseñado para optimizar las prescripciones. No es una herramienta completamente adecuada, es transaccional, responde a “el qué”, pero no al “cómo” ni al “por qué”, no devuelve información.
- Existen demasiados principios activos.
- Sobrecarga de la información. Falta de filtros adecuados.
- Sistema de financiación del medicamento interpretado como validación.

Alejandro añade algunas otras:

- Indiferencia: el Sistema abusa de mí, tengo que atender a 40 - 60 pacientes por día, estoy cansado y *¡me importa un comino!*
- Convicción: esto es así y necesito la libertad de prescribir lo que yo creo que es lo mejor.
- Negligencia.
- Terquedad.
- Inercia
- Confusión.
- Incompetencia.
- Locura.

Otra razón es la influencia de los laboratorios. Alejandro pone un ejemplo: cuando se ha estudiado la frecuencia de visitas de los visitadores a los Médicos de familia, se ha demostrado que hay una relación clara entre el número de visitas y la prescripción, de tal manera que a más visitas, más prescripción de lo más novedoso. Hay evidencia en estudios ingleses. Además, frente al Sistema que abusa de mí, la Industria en cambio me valora.

Una reflexión sobre el coste y la calidad. Para los administradores del Sistema Sanitario el mayor motivador y el mayor problema es el elevado y creciente costo, digan lo que digan. Las partidas principales de dicho costo son los medicamentos y los Médicos. Hay una enorme presión para reducir los costes, pero esto no puede afectar a la calidad sanitaria. La calidad es prioritaria, luego va el costo. No es aceptable reducir la calidad. El mejor escenario es el que permite una mejora de la calidad al menor costo.

Todo se reduce a un equilibrio entre el costo y la calidad. Según quién es cada uno, mirará más al uno que a la otra. El problema es responder a la pregunta: ¿Qué es calidad? El OMI no dice qué es calidad, no ayuda, es transaccional, eso no es suficiente.

¡Pero no podemos saber qué es calidad!. Si no definimos la calidad, no podemos saber si la reducción de costes tiene impacto en la calidad. No sabemos qué está pasando en todo lo que se refiere a la calidad.

Nosotros en Canada, particularmente en iniciativas como el Program in Evidence-based Care del sistema de cáncer de Ontario, estamos centrándonos en el ámbito de la calidad, separándola del ámbito del coste y del de la política. El ámbito que nos hace ser Médicos es el de la calidad y lo que nos interesa es preguntarnos cómo nos pueden ayudar los sistemas a mejorarla. ¿Cómo motivar a los Médicos para que piensen en términos de calidad?, ¿cómo podemos influir en los sistemas para que mejoren la calidad?

Alejandro reta al auditorio: ¿Qué podemos hacer juntos por encima del entorno y de las barreras institucionales y políticas?, ¿cómo podemos hacer que los Médicos empiecen a pensar en términos de calidad?, ¿cómo influir en el diseño y desarrollo de los sistemas para que nos ayuden a mejorar la calidad de vida de los pacientes?.

Respuestas por cortesía de la letra “C”:

- Compensación (monetaria, intelectual, espiritual, por ejemplo un premio al mejor patrón de prescripción). Hay que premiar la excelencia y para ello Vds. tendrían que tener un sistema que permita saber qué es calidad, al que puedan contribuir.

- Calidad de vida. Incluso por razones egoístas, nos interesa que el sistema funcione.
- Control, no que te lo impongan, sino el realizado sobre las reglas de juego. Se pueden acordar unas reglas de juego por parte de todas las partes interesadas (consenso y colaboración).
- Consenso.
- Colaboración entre sectores.
- Credibilidad.
- Capacitación.
- Conveniencia.
- Castigo. Consecuencias para el que afecte negativamente a los pacientes o a la calidad de la atencion.

Alejandro ve como un peligro que no se premie la excelencia o que no se haga nada ante un mal trabajo. También que se puedan crear feudos en el Sistema Sanitario, multiplicidad de Sistemas Sanitarios, a lo que están expuestas las Comunidades Autónomas, dando lugar a una gran dispersión.

El mundo es más grande que Madrid. Hay mucha gente que se ha planteado los mismos problemas antes y les han dado soluciones que se pueden aprovechar. ¿Qué hacen en cada área?, aquí hay presentes personas de todas las áreas, ¡una ocasión fenomenal! ¿Qué hacen catalanes, andaluces y más allá? Internet es importante, es lo más subversivo que se ha inventado.

La experiencia británica puede ser un ejemplo. La *Prescribing Support Unit* está estudiando nuevas formas de métrica para los patrones de prescripción, para los indicadores de calidad de la prescripción, nuevas herramientas informáticas de apoyo a la prescripción. Y todo ello puede estar disponible porque está pagado por el dinero de los contribuyentes.

¿Qué significa calidad para los británicos? ¿Cómo definieron ellos cuándo algo tenía calidad?:

- Cuando estaba basado en la evidencia, complementado con la opinión de expertos incorporada sistemáticamente.
- Cuando relaciona la información con los procesos.
- Cuando existen áreas bajo el control de los propios clínicos, no de la administración.
- Cuando existen zonas para recoger datos por parte de los propios clínicos bajo su control.

Es muy importante proteger la libertad clínica. En el caso de la prescripción nos interesa conocer lo más posible sobre la práctica médica y sobre el comportamiento Médico. Es fundamental conocer el número de pacientes, su afección y la prescripción. Toda aquella información que permita ver qué medicamentos pueden estar funcionando mejor.

Hay que preguntarse ¿por qué no recibe el Médico la información?, ¿por qué no hay herramientas que registren fácilmente la información y se la sirvan?.

En Canadá hay un Centro de Evaluación de Medicamentos. Hay un programa que ayuda a que los pacientes sigan el tratamiento tal y como se prescribió, pues hay un problema con el no seguimiento. La prescripción del Médico llega directamente a la farmacia, desde donde pueden hacer su seguimiento. Los clínicos tienen un apoyo a la decisión mediante líderes elegidos por ellos mismos. Todo ello se está combinando con el sistema de historias.

A continuación, Alejandro hace la presentación del centro de investigación que dirige en Canadá, el *Centre for Global eHealth Innovation*: 1.500 metros cuadrados dedicados al diseño de la atención sanitaria del futuro, basado en las necesidades del usuario, con fuerte utilización de medios multimedia, combinando entretenimiento y educación. Se trata de trasladar la evidencia a la práctica, tanto pensando en los pacientes como en los Médicos, por ejemplo educándolos a la luz de los resultados de ensayos aleatorizados para que el encuentro médico-paciente sea óptimo. Su principal objetivo ahora es encontrar grupos de trabajo y unir fuerzas.

Antes de iniciarse la tercera parte de la sesión, interviene brevemente Mónica Ausejo para hablar sobre los sistemas de apoyo a la prescripción y ofrecer información sobre el gasto farmacéutico. Durante la sesión también realiza una breve intervención Javier Hernández Pascual.

TERCERA PARTE: Lluvia de ideas: What if?

Alejandro propone a los presentes que imaginen que tienen la oportunidad de solicitar un deseo "factible" para mejorar la sanidad. Díganme, ¿qué pedirían?. Estas son las respuestas del auditorio:

- Internet en todas las consultas.
- Una relación diferente con los pacientes. Poder interactuar con ellos con suficiente tiempo.
- Un sistema *inteligente* que tenga en cuenta mis objetivos y me ayude a lograrlos. Que se adapte a mis necesidades.
- Herramientas para ayudar a los pacientes a tomar decisiones y a incrementar su autonomía.
- Menos trabajo burocrático y más tiempo para ser Médico.
- Que la informática sea una ayuda, no el centro de atencion o una barrera.
- Integrar la formación con la práctica sin afectar al flujo de trabajo.
- Eliminar las impresoras para recetas cuando sea posible.
- Integración de sistemas. Integrar toda la información de Primaria y esta a su vez con Especializada.
- Compartir la información. También que haya objetivos comunes. Ejemplo: aprobación de un presupuesto billonario en Inglaterra para crear la historia de vida, de nacimiento a muerte, de todos los británicos. Hay otros ejemplos de herramientas informáticas que tienen código abierto que sólo necesitan ser adaptadas. En Cuba hay un sistema sin ordenador que parece enormemente eficiente.
- Información "social" (¿qué les hace estar sanos? ¿y enfermos?) integrada con la información "enfermaria" (control de la enfermedad, no de la salud). Esta es una tarea para los sociólogos.
- Que el sistema tenga la posibilidad de recordatorios como apoyo a la decisión.
- Que la herramienta - el sistema - sea rápida, flexible, integradora, eficiente, inteligente, respetuosa. Que tenga un tutorial de ayuda ante las novedades.
- Desarrollo de indicadores de calidad en la prescripción. Que se puedan comparar datos con compañeros y otros colectivos médicos.
- Incentivos.
- Evaluación de la *usabilidad*.
- Generación de conocimiento propio.
- Prescripción más allá de los fármacos.
- Feedback comparativo y personalizado.

El auditorio se encuentra en el momento de mayor participación. El grupo se ha consolidado y tiene una gran fluidez. Alguien se pregunta en una ocasión: "¿Por qué es tan difícil pasar de la teoría a la práctica? cosas que son de sentido común no se llevan a cabo". Otra intervención introduce el tema de la Industria Farmacéutica, su enorme tamaño en el ámbito mundial, su verdadera aportación. Alguien señala: "ahora en mi área nos controlan la prescripción de medicamentos nuevos pues dicen que no aportan nada respecto a los ya existentes; no entiendo entonces por qué subvenciona la administración medicamentos cuyo uso no se recomienda". Otro comentario: "No todo el mundo tiene interés en sistematizar su trabajo, tienen la sensación de que les quieren controlar y quieren seguir trabajando en papel, sin ningún tipo de control, ni siquiera de calidad". Otro: "Hablar sólo de prescripción es una trampa; no hay que hablar únicamente de mejorar la prescripción o de sistemas de apoyo a la prescripción". Otro: "La sociedad espera en ocasiones que una varita mágica le solucione sus problemas". Otro: "Parece que los datos suben y luego no descienden de vuelta, así no se ve tu participación en su elaboración, no hay feedback".

Llegados a este punto, Alejandro propone una ronda de síntesis. Tras ella quedan así

localizadas las dos mejoras con más aceptación:

1.- Disponer de un buen sistema, con las mejoras señaladas.

2.- La integración de sistemas.

Luego siguen que la informática sea una ayuda y no el centro; desarrollo de indicadores de calidad en la prescripción; eliminación de impresoras cuando sea posible; prescripción más allá de los fármacos; feedback comparativo y personalizado y herramientas para ayudar a los pacientes a tomar decisiones.

Alguien señala que no se debería hablar de los Médicos como de "prescriptores mejorables". Hay una llamada desde el auditorio que es casi un grito: ¡la sociedad está medicalizada!: No siempre se necesita la prescripción de fármacos. La prescripción es únicamente una parte; habría que poder prescribir no sólo fármacos, sino también conocimiento, estrategias sobre como promover la salud, etc.

Alejandro comprende que los Médicos se sientan cautivos del sistema, son "prescriptores en 7 minutos". Ahora se trata de hacer posible las cosas que sean factibles. El Médico debe ser un agente de cambio y no quedarse en el papel de mero prescriptor.

Para que la nueva versión del OMIC sea una buena herramienta, es fundamental que se tenga en cuenta la opinión de los Médicos, que son sus usuarios. Deberían probarlo en un laboratorio y decir cómo les gustaría que funcionara. Es igualmente importante contar con los Médicos que rechazan el sistema; pueden tener buenas razones y es muy importante tenerlas en cuenta. También es fundamental que el sistema esté basado en Internet como una plataforma de integración, que se pueda prescindir de la impresora y que se tienda a la receta electrónica.

Y llegados a este punto, Alejandro plantea, provocador, una pregunta a Médicos, a directivos, a responsables institucionales, a informáticos, a todo el auditorio:

¿Y ahora qué? / So what! / ¡Ajá y qué!

Este grupo representa para Alejandro una gran oportunidad, piensa que habría que aprovecharlo de alguna manera como multiplicador de la información, como un campo de pruebas, podría considerarse como socio para el desarrollo del sistema.

La sesión, que ha durado más de cinco horas, finaliza con una cerrada ovación a Alejandro Jadad.

NOTA:

La presente redacción es un documento abierto de trabajo. Me he centrado en la actuación de Alejandro JADAD, aunque durante el encuentro hubo otras intervenciones desde la tribuna que he dejado indicadas. Mi objetivo ha sido transmitir lo más relevante de las aportaciones que hizo Alejandro Jadad y de las reacciones del auditorio que le atendimos.

Primera versión, 15 de marzo de 2004.

Segunda versión, con las correcciones de Alejandro JADAD, 19 de agosto de 2004.

Fernando de Yzaguirre, Dirección General de Farmacia (Comunidad de Madrid).

Anexo 2- Técnicas académicas de apoyo a la toma de decisiones clínicas y a la mejora de la efectividad en la prescripción: "educational outreach"[24].

Yzaguirre García F[(1)(2)], Ausejo Segura M[(1)], Fernández de la Hoz K[(1)], Pérez Maroto MT[(1)], Cruz Martos E[(1)], Negro Vega E[(1)] y Arias Fernández J[(1)].

[(1)] Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios, Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid.

[(2)] Departamento de Psicología Social, Universidad Complutense de Madrid.

[*] Este trabajo forma parte del programa de investigación de la Agencia de Formación, Investigación y Estudios Sanitarios de la Comunidad de Madrid "Pedro Laín Entralgo".

Correspondencia: Fernando de Yzaguirre García. Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios, Servicio de Evaluación del Gasto Farmacéutico, Pº Recoletos 14 (2ª), 28001 Madrid.

Introducción. La utilización de medicamentos supone una de las partidas importantes de los recursos del área de salud y se apoya en el complejo mercado del medicamento, caracterizado por la dualidad *bien sanitario / producto de gran consumo*. Procurar un uso racional del medicamento, además de por razones presupuestarias, resulta fundamental porque incide en la calidad de la asistencia sanitaria De ahí la importancia de que los Médicos mantengan un conocimiento permanente sobre la eficiencia de los medicamentos.

Soumerai y Avorn (Harvard Medical School) incluyen la *educational outreach* entre los métodos de mejora de la toma de decisiones médicas para incrementar la calidad y el coste-efectividad de las actuaciones en la atención sanitaria.

Objetivo del Trabajo. Estudio de las técnicas de intervención educativa *outreach visits* o *academic detailing,* para identificar y sintetizar sus principios y valorar su efectividad.

Metodología y Resultados. Se ha realizado una búsqueda sistemática de artículos en las principales bases de datos médicas: EMBASE, MEDLINE, Pascal Biomed, etc. De los 2.764 artículos relativos a técnicas educativas, obtenidos utilizando palabras clave como *education, outreach visit, academic detailing,* se realizó una primera selección de los que incluyeran la palabra clave *drug*. De esta manera, se llegaron a localizar 361 relacionados con medicamentos, de los cuales 81 se refieren al proceso de prescripción. A partir del título y del abstract de estos 81, se seleccionaron los artículos más representativos en función de la calidad de los estudios.

Conclusiones. El resultado de la búsqueda sistemática ofrece artículos suficientes para realizar una primera aproximación a la evidencia científica de la aportación de la *outreach research* al análisis de las técnicas educativas en materia de medicamentos.

De manera ya tradicional, el incremento de los costes sanitarios y la mejora en la calidad asistencial resultan una creciente preocupación para el Estado del bienestar. Las respuestas buscadas se concretan en muy diversas estrategias dirigidas, de una parte, a mejorar la calidad sanitaria y, de otra, a contener el crecimiento del gasto para asegurar la sostenibilidad de los servicios asistenciales. Hay distintos escenarios en los que esas respuestas logran cumplir con ambos cometidos al mismo tiempo; baste con pensar en los múltiples beneficios, de diverso orden, que producen tanto los buenos diagnósticos como los buenos tratamientos.

[24] Ponencia presenada en el VIII Congreso Español de Sociología, Alicante, septiembre 2004. Publicada en el CD ROOM de actas del Congreso.

Por otra parte, como señalan **Avorn** y **Soumerai** (1983)[25] y **Oxman** et al (1995)[26], diversos estudios muestran que la práctica médica a menudo diverge de las recomendaciones basadas en la evidencia, escamoteando con ello los beneficios de la investigación a los pacientes y dejando de lado factores capaces de mejorar la calidad y/o reducir los costes.

Uno de los aspectos más relevantes incluidos en la toma de decisiones terapéuticas por parte de los Médicos es la prescripción de medicamentos y su mejora dentro de una vía de actuación no coercitiva ni regulatoria, que persigue proveer al clínico de información sobre medicamentos que son utilizados de manera inapropiada y reemplazarlos con alternativas terapéuticas más racionales. El elevado número de medicamentos disponibles y su rápido crecimiento en las últimas décadas (hoy en España existen 18.000 especialidades farmacéuticas) así como las reglas del mercado y el continuo lanzamiento de nuevos productos, contribuyen al ya de por sí uso no óptimo de algunos medicamentos.

El medicamento se caracteriza por su lugar central en el tratamiento de las enfermedades y su estricta regulación por parte de la autoridad sanitaria; pero también por su financiación a cargo del Sistema de salud público y por ser la Industria Farmacéutica uno de los sectores privados más activos de la economía. El medicamento está ligado a las nuevas tecnologías y al progreso (y al riesgo que comportan), al mismo tiempo que muestra una gran capacidad evocadora del bienestar en una sociedad que acepta mal el malestar y, en consecuencia, hace una fuerte demanda de medicamentos. Todo ello hace que el medicamento esté caracterizado por la dualidad *bien sanitario* / *producto de gran consumo*, no estando exento de riesgos.

Avorn y Soumerai (1983)[1] señalan que la educación continua mediante cursos formales y revistas juega un rol importante, pero una proporción relativamente pequeña de Médicos participa activamente en este tipo de actividades. Señalan también que pequeños descuidos o desviaciones en la calidad o la economía de las decisiones clínicas diarias pueden tener efectos substanciales en la agregación de millones de pacientes, muchos de los cuales pueden ser evitados. Su propuesta es el desarrollo de "intervenciones de tipo educativo", las *educational outreach visits*, como técnicas educativas académicas para el cambio del comportamiento en la práctica médica, temática que estudiaremos en esta comunicación analizando una selección de la literatura científica localizada más representativa y abarcando distintos aspectos de las *educational outreach visits* para realizar un primer acercamiento a sus principios, a los métodos que emplea, a su evidencia científica a través de ensayos y a la evaluación del coste-efectividad.

1.- Intervenciones de educational outreach visits.

La intervención llevada a cabo por **Avorn y Soumerai** (1983)[1] es un estudio de *educational outreach* con dos visitas breves a los Médicos por parte de farmacéuticos clínicos formados en técnicas de comunicación y persuasión así como en farmacoterapia. Los Médicos pertenecían a *Medicaid* (sistema de seguro estatal estadounidense) y tenían rangos de prescripción entre moderados y altos, de tres tipos de medicamentos (*propoxifeno*, vasodilatadores cerebrales o periféricos y *cefalexina*), y fueron visitados por los farmacéuticos como "educadores outreach" de un programa médico-académico de mejora de la prescripción. Como resultado, se redujo la prescripción inadecuada de los medicamentos diana en un 14% en comparación con el control. Un análisis económico estimó los beneficios (reducción de costes innecesarios), los costes de la intervención, la estabilidad de sus efectos a lo largo del tiempo, el uso de medicaciones de sustitución, la localización de los prescriptores más importantes y los efectos en la calidad. Los datos indicaron que un programa operativo a medida produciría un ahorro dos o tres veces superior a sus costes, sin contar las mejoras en la calidad sanitaria.

Gutiérrez, Guiscafré et al (1994)[27] llevan a cabo una intervención educativa en México en seis fases, mediante la realización de un taller que se realiza en grupos. Los objetivos de la intervención son la disminución de la prescripción de antibióticos (únicamente el 51% de los procesos diarreicos

[25] Avorn J, Soumerai SB (1983): **Improving drug-therapy decisions through educational outreach: a randomised controlled trial of academically base "detailing"**. N Engl J Med, 308:1457-1463.

[26] Oxman AD, Thomson MA, Davis DA, Haynes RB (1995): **No magic bullets: systematic review of 102 trials of interventions to improve practice**. Canadian Medical Association Journal, 153: 1423-3.

[27] Gutiérrez G. Guiscafré H. Bronfman M. Walsh J. Martinez H. Muñoz O (1994). **Changing physician prescribing patterns: evaluation of an educational strategy for acute diarrhea in Mexico City**. Medical Care, 32(5):436-46.

podrían requerir tratamiento antibiótico) y antiparasitarios, y el incremento de la rehidratación oral en el tratamiento de la diarrea aguda, en dos centros de atención primaria que atienden a 150.000 habitantes, siendo la atención sanitaria pública y los fármacos autorizados gratuitos. Este estudio contó con el asesoramiento técnico de Stephen B. Soumerai.

Fases de la intervención:

1) Evaluación inicial de la prescripción a través de una encuesta realizada a los pacientes.

2) Taller compuesto por cinco sesiones de una hora, realizado en días distintos, donde se explica a los Médicos los objetivos del estudio, se les invita a participar, se les ofrece literatura relacionada con el tratamiento de la diarrea aguda, se realiza un análisis crítico de la literatura. Discusiones de grupo. Presentación de los resultados de la fase 1. Se presenta un algoritmo de tratamiento que es modificado de acuerdo a las discusiones del grupo. Se pide a los Médicos que usen el algoritmo en las consultas. En la última sesión los Médicos usan el algoritmo en situaciones simuladas.

3) Evaluación un mes después del taller, donde se comparan los 202 casos tratados por los 36 Médicos participantes con un grupo control de 185 casos tratados por los 33 Médicos que no siguieron el taller.

4) Se constituye un comité que revisa una vez a la semana historias clínicas de casos en las dos clínicas participantes, durante 6 meses. Forman parte del comité los Médicos participantes.

5) Evaluación post-comité. Se analizan las prácticas de prescripción de los Médicos participantes y de un grupo control dos meses después del comité.

6) Evaluación a largo plazo, a los 6, 12 y 18 meses después del comité, de 20 Médicos que recibieron la intervención completa (grupo estudio) y 20 que no (grupo control).

El estudio se centró en los 69 Médicos de las dos clínicas objeto del estudio. Asistieron al taller 36 Médicos del total y el resto sirvieron de control. Los Médicos fueron divididos en cuatro grupos, dos de cada clínica. Cada grupo participó de manera separada en el mismo taller.

Se realiza un análisis estadístico de la prescripción en cada una de las fases de evaluación de la intervención. Se observa que a partir de la intervención se produce una mejora en la prescripción y que esta se mantiene a lo largo del tiempo del estudio (31 meses).

La prescripción realizada tanto por los Médicos que recibieron la intervención como por los que no la recibieron, no fue diferente en la situación de inicio. Inmediatamente después del taller hubo un cambio en el comportamiento terapéutico de los 36 Médicos que participaron en el estudio. La frecuencia de prescripción de antibióticos y antiparasitarios descendió de 35,4% y 43,4% a 17,7% y 21,6% respectivamente, pasando el conjunto de un 78,8% al 39,3%. Disminuyó el uso de dietas restrictivas del 47,3% al 12,4% y aumentó el uso de rehidratación oral del 31,4% al 58,4%. Las evaluaciones de seguimiento mostraron una persistencia en los cambios de prescripción.

Los autores consideran que el factor más importante para el éxito de su intervención es la participación activa de los Médicos en las distintas fases de la intervención, en particular en la revisión crítica de la literatura a emplear, en la modificación del algoritmo de tratamiento propuesto y en el comité de evaluación. El mantenimiento de las buenas prácticas lo atribuyen a la combinación de actividades realizada en la intervención. El análisis se debería completar con estudios coste-beneficio.

Pérez Rodríguez et al (1996)[28] hacen una evaluación del impacto de la entrevista individualizada y el *feed-back* informativo sobre los hábitos prescriptores de los Médicos entrevistados, mediante un estudio de intervención controlado.

Participaron 16 Médicos generales distribuidos en un grupo de intervención (8) y otro de control (8). La muestra seleccionada tenía una dispersión de 1,5 desviaciones estándar de la media (hiperprescriptores), tanto en número de recetas como en el gasto generado por su facturación; desviación no justificada por la población atendida ni la asignada.

Se realizó una entrevista individualizada a los Médicos del grupo de intervención informándoles

[28] Pérez Rodríguez MT, Crusat Sabaté D, Ibáñez Pardos JL y Jiménez Villa J (1996). **Impacto de un proceso de feed-back informativo sobre la prescripción farmacéutica.** Atención Primaria, Vol 18, No 7: 386-389.

sobre su perfil de utilización de medicamentos, haciéndose especial énfasis en los fármacos de eficacia terapéutica no probada y en las asociaciones injustificadas de antiinfecciosos, y reforzándose con documentación escrita sobre posibles tratamientos alternativos. No se intervino sobre el grupo control.

Las medidas preintervención no mostraron diferencias significativas entre ambos grupos. El gasto farmacéutico presentó una reducción en el grupo de intervención frente al incremento en el grupo control y se detecta una contención del crecimiento del gasto farmacéutico durante los 9 meses posteriores a la entrevista en el grupo intervención.

Tanto la entrevista individualizada como el *feed-back* informativo sobre la propia prescripción han demostrado ser eficaces reduciendo los costes de prescripción y mejorando su calidad. Se ha observado que su eficacia aumenta cuando ambas estrategias se usan de forma simultánea.

Como conclusiones los autores señalan que los resultados evidencian una contención del crecimiento del gasto farmacéutico y una disminución de la prescripción de fármacos de eficacia dudosa y asociaciones injustificadas de antiinfecciosos en los Médicos generales del grupo de intervención respecto al control, lo que sugiere la importancia de actuar periódicamente para conseguir un efecto a largo plazo.

Watson et al (2001)[29] realizan un ensayo con 20 Médicos generales en Inglaterra que eran asignados de manera aleatoria a tres grupos: control, distribución de guías por correo y distribución de guías por correo más *educational outreach visits*. El objetivo es evaluar la efectividad de las guías con o sin *one-to-one educational outreach visits* por parte de farmacéuticos comunitarios, para mejorar la prescripción de medicamentos (anti inflamatorios no esteroideos NSAIDs).

Los farmacéuticos recibían un entrenamiento de 20 horas sobre las guías y en habilidades interpersonales. Cada uno realizaba dos visitas *one-to-one* a los Médicos pertenecientes al grupo de *educational outreach*, de una duración de diez minutos máximos cada una. El propósito de las visitas era promocionar las guías.

En la evaluación económica las guías remitidas por correo cuestan 3,01 libras por Médico (materiales de la guía y franqueo) y no lograron resultados significativos. Las guías más el *educational outreach* cuestan 66,31 libras por Médico (materiales de la guía, entrenamiento del farmacéutico, sus honorarios y desplazamientos y tiempo del Médico) y alcanzaron diferencias de –19,74 libras en comparación con la no intervención.

Aunque no se lograron resultados estadísticamente significativos en comparación con la distribución de guías por correo, se observaron algunos cambios significativos en la prescripción cuando se hacían las *educational outreach visits* con farmacéuticos comunitarios. Una de las limitaciones del estudio fue que algunos niveles de prescripción de partida estaban cercanos a las recomendaciones de la guía, lo que puede limitar la magnitud del cambio posible.

La conclusión del estudio fue que teniendo en cuenta que una buena prescripción de partida puede limitar la capacidad de mejora (como era el caso), este ensayo no ofrece evidencia de que las guías con o sin *educational outreach visits* conduzcan a mejoras sustanciales en la prescripción.

Otra intervención llevada a cabo por **Freemantle** et al (2002)[30] es un ensayo clínico controlado realizado para observar el efecto de las técnicas educativas en la prescripción, en consultas de atención primaria.

Las consultas fueron seleccionadas al azar de una lista del Sistema Nacional de Salud del Reino Unido. Se reclutaron a farmacéuticos comunitarios que hicieron un curso de tres días de entrenamiento concentrado en el contenido de cuatro guías de recomendaciones clínicas y en técnicas de marketing social. La intervención de los farmacéuticos consistía en dos visitas para cada tema a las consultas, en las que se realizaban recomendaciones basadas en la evidencia para cambiar la prescripción. Para ello se les facilitó una copia de las guías, las recomendaciones principales en una

[29] Watson M. Gunnell D. Peters T. Brookes S. Sharp D (2001). **Guidelines and educational outreach visits from community pharmacists to improve prescribing in general practice: a randomised controlled trial**. Journal of Health Services & Research Policy, 6(4):207-13

[30] Freemantle N, Nazareth I, Eccles M, Wood J, Haines A. and the Evidence-based OutReach (EBOR) trialists (2002). **A randomised controlled trial of the effect of educational outreach by community pharmacists on prescribing in UK general practice**. Br J Gen Pract, 52(477):290-5.

única hoja, artículos clínicos clave y material de promoción de las guías. Las visitas las hacían en grupo intentando incluir a todos los miembros de la consulta.

En este artículo se resumen así las técnicas de la *educational outreach*: Investigación de conocimientos base y motivaciones; programas focalizados en categorías específicas de Médicos y en sus líderes de opinión; definición clara de los objetivos educativos y prácticos; establecimiento de credibilidad; simulación de la participación activa de los Médicos en interacciones educativas; utilización de material gráfico conciso que resalte y subraye los mensajes esenciales; refuerzos con visitas de seguimiento.

Se seleccionaron al azar pacientes que cumplían los criterios para cada uno de los temas (25 pacientes por consulta) para una evaluación preintervención y otra post, a partir de sus historias clínicas, analizando si la prescripción se hacía según las recomendaciones.

Se analizaron también una serie de condiciones de las consultas para conocer su influencia en el resultado de la *outreach visit*: número de Médicos que trabajaban en la consulta, grado de marginación social, nivel de formación del Médico. Ni la marginación social de la población, ni la formación del Médico influyeron en los resultados. El tamaño de la población atendida sí influyó.

El efecto de la *educational outreach* es modesto: 5,2% de incremento del seguimiento de recomendaciones. Se concluyó que la eficacia de las *outreach visits* dirigido a grupos variaba según se dirigiera a consultas grandes (1% mejora) o a consultas pequeñas con uno o dos Médicos (13,5% de mejora), lo que explicaría la estrategia de la Industria Farmacéutica de hacer visitas individuales más que en grupo. Existe por tanto una buena evidencia para promover el uso de las *educational outreach visits* en consultas pequeñas.

Los farmacéuticos que se ocupaban de las visitas estaban convencidos de que a pesar de haber establecido una buena relación con los Médicos, tan solo el 41% de las visitas conducirían a producir cambios en la prescripción. La satisfacción de una experiencia de *outreach visit* no produce necesariamente cambios en la prescripción y el conocimiento por parte de los Médicos de las guías promocionadas por los farmacéuticos no se traducen necesariamente en cambios de la práctica clínica. Las mayores barreras identificadas por los farmacéuticos para la implementación de las guías eran las dificultades de organización, el escepticismo de los Médicos a la evidencia presentada y la falta de interés por parte de los Médicos para cambiar su comportamiento prescriptivo.

Sobre este mismo estudio se presentó una evaluación a cargo de **Nazareth** et al (2002)[31] relativa a otros aspectos de la intervención, explorando su efecto en cada etapa de un hipotético proceso de cambio del comportamiento en la prescripción. Para ello, los farmacéuticos que realizaban las visitas recogían tras cada una de ellas sus impresiones en un cuestionario semi estructurado y hacían entrevistas de grupo nominal. El cuestionario semi estructurado ofrecía información sobre dos aspectos de las *outreach visits*: En primer lugar, una auto evaluación de la visita, valorando la aceptabilidad del mensaje por parte del Médico, la propia actuación del farmacéutico y la relación establecida con el Médico. En segundo lugar, hacían una predicción del cambio esperado en la prescripción de los Médicos y en las reuniones de seguimiento informaban si habían identificado barreras para el cambio en el patrón de prescripción. Por otra parte se utilizaron entrevistas de grupo nominales para valorar la visión de la intervención por parte de los farmacéuticos. Los farmacéuticos consideraron su propia confianza en las guías como el factor más importante de influencia sobre los Médicos para que cambiaran su perfil de prescripción. El factor negativo más importante fue la dificultad para acceder a los Médicos y concertar las citas.

En cuanto a los Médicos, a aquellos que habían atendido al menos una de las sesiones *outreach* se les enviaba un cuestionario seis meses después para que hicieran una valoración. Los Médicos valoraban muy alto el contenido de las visitas. La mayoría de los Médicos recordaban la visita; algunos eran capaces de facilitar detalles de las guías y tan solo unos pocos recordaban aplicar la guía en su práctica clínica.

A pesar de las impresiones positivas expresadas tanto por los farmacéuticos como por los Médicos, el cambio en la prescripción observado fue modesto; la mera aceptación de las outreach visits no tiene por qué traducirse en cambios en la prescripción.

[31] Nazareth I, Freemantle N, Duggan C, Mason J, Haines A (2002). **Evaluation of a complex intervention for changing professional behaviour: the Evidence Based Out Reach (EBOR) Trial**. J Health Serv Res Policy, Vol 7 (No 4):230-238.

2.- Principios de las "outreach visits".

Soumerai y Avorn (1990)[32], tras diversos análisis y ensayos clínicos dedicados al estudio de las técnicas de la *educational outreach* para la mejora de la toma de decisiones clínicas, enuncian sus principios asumiendo como uno de sus objetivos el identificar aquellos aspectos del *detailing* comercial que pueden ser puestos al servicio del Médico para la toma de las mejores decisiones terapéuticas.

La *educational outreach* es una intervención dirigida a mejorar la práctica de los profesionales de la salud, en especial la prescripción, que consiste en visitas cara a cara, en el lugar de trabajo del Médico, utilizando una técnica educativa desarrollada en la Universidad basada en el *detailing* farmacéutico. Se denomina también "public interest detailing" o "academic detailing". Esta perspectiva ha sido evaluada mediante ensayos clínicos aleatorizados y controlados.

Entre sus objetivos caben destacar los siguientes:

· Situarse dentro del Sistema Sanitario público como una estrategia de actuación intermedia entre la restricción inaceptable de servicios y el coste inaceptable de los mismos, promoviendo en el apartado correspondiente a la receta sanitaria el uso racional de los medicamentos.

· Motivar a los Médicos para que la elección de medicamentos sea una decisión precisa y eficiente.

· Reducir tanto la prescripción inadecuada como los gastos innecesarios en salud. Entre los problemas de prescripción que se pueden combatir se encuentran los siguientes: uso de medicamentos con riesgos evitables, terapias ineficaces, excesivo número de medicamentos en pacientes vulnerables, coste excesivo innecesario, infrautilización de medicamentos efectivos y tratamiento de factores de demanda de los pacientes.

Se aplican un conjunto de técnicas basadas en diversas teorías y principios de comunicación y cambio del comportamiento, que son utilizadas por la Industria Farmacéutica para influir en la prescripción. El modelo es por tanto el *detailing* como conjunto de actividades de promoción de ventas de la Industria Farmacéutica. Las estrategias de marketing de los laboratorios, que invierten en estas técnicas una parte considerable de sus recursos, sirven como modelo instructivo (tanto bueno como malo) para quienes estén interesados en la racionalización de la toma de decisiones clínicas. A partir de esta ciencia de la conducta y de diversos experimentos, es posible definir la teoría y la práctica de los métodos de mejora de la toma de decisiones médicas para incrementar la calidad y la rentabilidad de la salud.

Diferentes técnicas empleadas en las *educational outreach visits*:

· Cualitativas. Se utilizan para obtener información relevante de los valores, actitudes y creencias en la práctica médica. Se podrán extraer así mensajes importantes para comunicar en el encuentro cara a cara y en anuncios impresos. Se utilizan las entrevistas dirigidas y la dinámica de grupos.

· Programas Personalizados dirigidos a ciertos Médicos y líderes de opinión.

· Definición clara de cuáles son los Objetivos de cambio de conducta perseguidos.

· Credibilidad de las intervenciones: uso de fuentes autorizadas e imparciales, localización de ensayos clínicos pertinentes y presentación de todas las perspectivas (a favor y en contra).

· Implicación activa de los Médicos en las actividades educativas.

· Materiales Gráficos concisos. Son un buen complemento a la actuación cara a cara, aunque inútiles cuando se utilizan solos.

· Mensajes Esenciales: claridad y repetición de puntos fundamentales.

· Repetición y Refuerzos: Repetición de unos pocos puntos centrales, con apoyo de distintos formatos (oral, gráfico, obsequio). Visitas continuadas y seguimiento, con devolución

[32] Soumerai, S. B., et J. Avorn (1990): **Principles of educational outreach ('academic detailing') to improve clinical decision making.** JAMA, 26, vol. 263, no 4, p. 549-56.

de los progresos.

· *Audit and Feed-Back* como complemento a otras técnicas, especialmente en escenarios con líneas de autoridad establecidas.

· Participación de los Líderes de Opinión: identificar e involucrar a los Médicos que tienden a adoptar de manera temprana las innovaciones farmacéuticas y están integrados en redes de información médicas.

· Abordar los Contra-Argumentos, mostrando las dos caras de una cuestión. Esta práctica ayuda al aprendizaje, especialmente si el destinatario es un entendido en argumentos contrarios.

· Educación Adulta. Hay cinco condiciones del aprendizaje adulto: motivación al cambio, implicación activa del estudiante, relevancia de la experiencia pasada, feedback y atmósfera informal.

· Habla y Escucha. Una clave del éxito del fenómeno comunicacional es relacionar el mensaje que se quiere dar con las creencias, necesidades, valores e intereses del Médico. Creación de una comunicación de dos direcciones.

3.- Revisiones de la literatura sobre intervenciones de tipo educativo.

Soumerai et al (1990)[33] presentan un artículo de resultados de un análisis crítico de estudios en inglés que describen programas diseñados para mejorar la prescripción en Médicos de Atención Primaria. Únicamente el 64% de los estudios cumplieron unos estándares mínimos en el diseño de la investigación, que fueron la base para los resultados del informe. Los resultados globales de la revisión confirman las conclusiones de una evaluación anterior de estudios con base hospitalaria:

1- La diseminación simple de material educativo impreso no tiene efectos detectables sobre la prescripción cuando se utiliza en solitario.

2- La mera distribución de listados computerizados con perfiles de medicación de pacientes específica, sin recomendaciones específicas para el cambio, no efectivo en la reducción global de coste o uso inapropiado de medicamentos.

3- Los sistemas informáticos con alertas o avisos continuos se han demostrado válidos para prevenir omisiones esenciales para la salud, aunque estos sistemas son efectivos únicamente mientras los avisos continúen. Esta estrategia no ha sido evaluada para la reducción de la prescripción excesiva o inapropiada.

4- *Feedback* repetitivo al Médico con sugerencias específicas sobre agentes alternativos. Se han demostrado válidos para incrementar el uso de genéricos.

5- Una literatura sustancial en Estados Unidos de América y Canadá apoya la conclusión de que “visitas educativas breves cara a cara” (face-to-face educational outreach visits), dirigidas tanto por farmacéuticos clínicos con entrenamiento especial como por Médicos “asesores” y “líderes de opinión”, son efectivos en la reducción de la prescripción de medicamentos ineficientes o contraindicados en pediatría y en atención primaria para adultos. Los programas más efectivos utilizan también patrocinadores profesionalmente creíbles y materiales educativos de alta calidad. De manera adicional al incremento de la calidad, algunos programas han logrado ahorros en medicamentos que excedían los costes operativos del programa.

Oxman et al (1995)[2] hacen una revisión sistemática de 102 ensayos clínicos realizados entre 1970 y 1993 y estudian la eficacia de distintos tipos de intervenciones para mejorar el rendimiento de los profesionales de la salud y los resultados sanitarios. La inclusión de los ensayos en el estudio dependía de que ofrecieran medidas objetivas del rendimiento de los profesionales de la salud o de los resultados sanitarios y que emplearan métodos de asignación aleatorios o cuasi aleatorios. Los ensayos seleccionados aplicaban estos tipos de intervenciones: Materiales educativos, conferencias y cursos, *outreach visits*, líderes locales de opinión, intervención con pacientes, *audit and feedback*, recordatorios y avisos, marketing, intervenciones mixtas y procesos de consenso local. Las

[33] Soumerai SB. McLaughlin TJ. Avorn J. (1990): **Quality assurance for drug prescribing.** Quality Assurance in Health Care, 2(1):37-58

actuaciones más frecuentes fueron los recordatorios y avisos (32,3% del total de tipos aplicados) y el *audit and feedback* (19,3%). En la valoración de su efectividad, las estrategias basadas únicamente en diseminación mostraron bajos o nulos cambios en el comportamiento de los profesionales sanitarios; intervenciones más complejas resultaban entre nula y alta efectividad. Entre las complejas, las *outreach visits* mostraron resultados positivos en lo relativo a la prescripción de medicamentos, alcanzando reducciones de entre el 12% y el 49% en las prescripciones inadecuadas. Aunque con resultados desiguales y sin poder alcanzar conclusiones definitivas, algunas de las intervenciones reflejaban una mejora en la actuación de los profesionales de la salud y, en menor grado, en los resultados sanitarios, apuntándose como positiva la combinación de más de una técnica.

La revisión sistemática Cochrane llevada a cabo por **O'Brien** et al (1997)[34] tenía por objetivo evaluar los efectos de las *outreach visits* en la mejora de la práctica clínica profesional o de los resultados en pacientes. Se seleccionaron artículos publicados hasta marzo de 1997. El criterio de selección era que fueran ensayos de asignación aleatorizada de *outreach visits* (definido como una visita personal a un profesional de la salud en su propio contexto, realizada por una persona entrenada). Se incluyeron 18 estudios que implicaron más de 1.896 Médicos. Se examinaron ocho cuestiones o hipótesis de comparación entre técnicas que se trataron de corroborar en los estudios:

- Comparación 1: *Educational outreach visits*, incluyendo material educativo o conferencias, son más efectivos que no intervenir. Se localizaron tres estudios que hacían esta comparación.
- Comparación 2: *Educational outreach visits* combinado con otras intervenciones complementarias como recordatorios, *audit and feedback*, líderes de opinión local, estrategias de marketing o intervenciones mediadas con pacientes, son más efectivas que no intervenir. Se localizaron trece estudios que hacían esta comparación.
- Comparación 3: *Educational outreach visits* combinado con otras intervenciones complementarias (citadas en Comparación 2) son más efectivas que las *outreach visits* solo. No se encontraron estudios que hicieran esta comparación.
- Comparación 4: *Educational outreach visits* son más efectivos que *audit and feedback*. Un ensayo comparaba ambas técnicas encontrando mejores resultados en las *outreach visits*.
- Comparación 5: *Educational outreach visits* usando contenido relacionado con pacientes son más efectivos que el uso de resúmenes de funcionamiento. Hay un ensayo comparando dos tipos diferentes de contenido.
- Comparación 6: *Educational outreach visits* usando una fuente de influencia son más efectivos que *outreach visits* usando cualquier otra fuente. No se encontraron comparaciones directas.
- Comparación 7: Usar más de una *educational outreach visit* es más efectivo que usar una sola. No se encontraron comparaciones directas.
- Comparación 8: El efecto de las *educational outreach visits* disminuye con el tiempo una vez finalizado. Sólo un ensayo ofrecía resultados para un periodo de seguimiento adicional tras la intervención.

En la discusión, estos autores señalan que cuando se combinan *outreach visits* con intervenciones adicionales, parece que son efectivas. En doce de trece intervenciones combinadas se produjeron efectos positivos a favor del grupo de intervención (15% a 68% de mejoría relativa). Las *outreach visits* fueron más efectivas en la prescripción inapropiada que la no intervención en tres de los estudios localizados (rango de mejora relativa de 24% a 50%). La importancia del número de visitas no está clara. La frecuencia de visitas varió de una sola vez a visitas semanales durante 7 meses. Debido al corto seguimiento de los estudios no está claro si la actuación se pierde con el tiempo y cómo. En los estudios incluidos se han descrito cuatro tipos de *outreach visits*. El objetivo de dos de ellos es intentar producir un cambio en la práctica a través de la persuasión. El propósito del tercer tipo es cambiar el comportamiento mediante técnicas de "racionalización de oficina" en la propia consulta. En el cuarto tipo se usaron estrategias como "role-play" con pacientes simulados para desarrollar habilidades.

[34] Thomson O'Brien MA, Oxman AD, Davis DA, Haynes RB, Freemantle N, Harvey EL (1997). **Educational outreach visits: effects on professional practice and health care outcomes**. Cochrane Database Syst Rev.

En las conclusiones se recoge que las *educational outreach visits*, en particular cuando están combinadas con el marketing social, son una aproximación prometedora para modificar el comportamiento clínico, especialmente la prescripción. El efecto es de pequeño a moderado, pero potencialmente de importancia en la práctica. Se desconoce cómo el impacto de estas actuaciones se pierden con el tiempo y si sucesivas visitas son coste efectivas. Las entrevistas preliminares pueden ser de gran importancia para identificar barreras para el cambio. Es necesario fomentar investigaciones para evaluar los efectos de las *outreach visits* en otros aspectos de la práctica e identificar las características clave para su éxito. El coste-efectividad de las *outreach visits* no está bien evaluado. Las *outreach visits* son costosas, sin embargo los ahorros pueden superar los costes si se dirige a una prescripción inadecuada y si el efecto es duradero.

Sastre y Figueiras (1999)[35] se hacen eco del incremento del gasto sanitario en los países desarrollados y de la adopción de medidas dirigidas hacia un control del gasto y una mejor utilización de los recursos. En una serie de tres artículos abordan la descripción de diferentes estrategias emprendidas por administraciones sanitarias de países desarrollados en el ámbito de la financiación pública de los medicamentos, con el fin de frenar el crecimiento del gasto farmacéutico.

Estrategias dirigidas a pacientes:

- Disminución de la oferta de medicamentos: listas positivas y negativas, cláusulas de economía sanitaria.
- Participación del paciente: copago, graduación de la aportación, tarifa por prescripción, limitación de grupos de población exentos de participación.
- Información: programas uso racional.
- Restricciones de medicamentos: uso hospitalario, visados, EFP.

Estrategias dirigidas al prescriptor:

- Programas de Uso Racional del Medicamento: medidas pasivas (material, perfiles de prescripción, formularios, sistemas de ayuda a la prescripción) y medidas interactivas (sesiones, seminarios, entrevistas personales).
- Incentivos: económicos o no.
- Presupuestos individualizados: 2 modelos en Gran Bretaña, *Indicative Prescribing Écheme* y *Foundholders*.
- Modelo INSALUD: descentralización de la gestión, medición del producto a través de indicadores, incentivos económicos, asignación presupuestaria.

Estrategias dirigidas a la Industria Farmacéutica:

- Intervención de precios.
- Programas de revisión de medicamentos: PROSEREME.
- Control de beneficios.
- Presupuesto global gasto farmacéutico: devolución de beneficios.
- Aportaciones económicas de la Industria.
- Reducción de precios.
- Precios de referencia.
- Limitación del gasto de publicidad.
- Desarrollo del mercado de genéricos.
- Dosis unitarias y adecuación de envases a la duración del tratamiento.

Estrategias dirigidas a los canales de distribución y dispensación:

[35] Isabel Sastre Gervás, Adolfo Figueiras Guzmán (1999). **Estrategias de contención del gasto farmacéutico: (1). Nivel de actuación: pacientes**. Pharm Care Esp, 1: 173-178; **(2). Nivel de actuación: médicos.** Pharm Care Esp, 1: 239-243; **(3). Nivel de actuación: industria farmacéutica y canales de distribución y dispensación**. Pharm Care Esp, 5: 313-321.

- Limitación del margen comercial.
- Esquema de tarifas. Fomento de la dispensación de genéricos.
– Integración de las Oficinas de Farmacia en programas de Uso Racional.

En la discusión se señala una dificultad común para todas las estrategias vistas y es la dificultad para extraer conclusiones sobre la efectividad o eficiencia de las distintas estrategias. En algunas medidas hay efecto a corto plazo (listas negativas) que son compensadas de forma rápida. Las restricciones pueden afectar a la equidad del acceso a la prestación.

En general, los métodos pasivos pueden modificar el conocimiento del Médico, pero no los hábitos de prescripción. Las intervenciones cara a cara mostraron mayor impacto. Si la estrategia interactiva se acompaña de información pasiva el refuerzo es positivo y de bajo coste adicional. El incentivo económico puede ser perverso y oportunista.

Se deben combinar políticas de control de precios con políticas de prescripción. Esta es la clave para un control más efectivo del crecimiento del gasto.

El interrogante es qué estrategias son más eficientes en cada uno de los escenarios diferentes debido a la no existencia de evaluación objetiva de las medidas descritas.

Por su parte, **Figueiras, Sastre** et al (2001)[36] llevan a cabo una revisión de los estudios publicados entre 1988 y 1997 con las palabras clave: *primary-care*, *educat**, *prescription** y otras palabras relacionadas. El criterio de inclusión eran estudios de intervenciones no comerciales y no reguladoras, describiendo estrategias educativas dirigidas a Médicos generales o de familia, que medían el impacto de la intervención mediante el cambio en el comportamiento prescriptor de los Médicos a través de indicadores de la prescripción obtenidos de fuentes objetivas: recetas dispensadas, historias clínicas, etc.

De cada artículo que cumplía los criterios de inclusión, se extrajeron los siguientes datos:

· Diseño del estudio.
· Medicamentos diana objeto de la intervención.
· Tipo de intervención, que incluían varias estrategias entre las que se encontraban las *outreach visits*. Las intervenciones se agruparon en activas y pasivas.
· Periodo de evaluación de la prescripción.
· Diseño de análisis estadístico.
· Pruebas estadísticas utilizadas.
· Resultados.

Resultados de la revisión:

1. El resultado de la búsqueda arrojó 3.233 artículos. De ellos los criterios de inclusión son cumplidos por 53, y de ellos 43 estudian la eficacia / efectividad de una o varias intervenciones comparado con la no intervención.

2. Evalúan estrategias activas 7 estudios, 4 de los cuales dan resultados positivos (57%). Dieron resultados negativos 2 (29%).

3. Evalúan estrategias pasivas 8 estudios, 3 de los cuales dan resultados positivos (38%). Dieron resultados negativos 2 (25%).

4. Evalúan estrategias activas con refuerzo 28 estudios de 43. Entre ellos, el 57% (16/28) resultaron positivos para todas las variables y el 11% (3/28) negativos.

Los resultados de la revisión sugieren que cuanto más personalizadas son las estrategias educativas, más efectivas resultan. Las estrategias activas tienen mayor porcentaje de éxitos para todas las variables en estudio que las pasivas. Los estudios revisados presentan problemas metodológicos.

[36] Figueiras A. Sastre I. Gestal-Otero JJ (2001). **Effectiveness of educational interventions on the improvement of drug prescription in primary care: a critical literature review**. Journal of Evaluation in Clinical Practice, 7(2):223-41.

4.- El coste de las intervenciones.

Mason et al (2001)[37] abordan en detalle la cuestión de los costes de las intervenciones. Los análisis económicos normalmente estiman el coste incremental y los beneficios de usar distintas líneas de tratamiento basados en la mejor evidencia clínica disponible, sin embargo no se incluyen los costes de alcanzar una adopción adecuada de resultados por parte de los Médicos. Normalmente, los nuevos hallazgos relevantes en investigación no se trasladan de forma automática a la práctica clínica, mientras que aquellos productos recién comercializados pueden tener una mayor distribución en el mercado que el correspondiente al mérito derivado de su coste adicional. En este contexto es por tanto necesario destinar recursos adicionales para influir en el comportamiento médico al objeto de obtener cambios en su práctica.

Con el fin de aclarar si la inversión que se necesita realizar merece la pena, este estudio proporciona un escenario donde se explotan los distintos aspectos económicos que influyen en el comportamiento médico. Mediante dos ejemplos se trata de distinguir entre:

- Tratamiento coste-efectivo: el coste incremental y el beneficio de un tratamiento.
- Política coste-efectiva: combina el coste y la magnitud de los cambios logrados por la implantación de un método.

En Inglaterra hay evidencia de la infrautilización de los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECAs) en el tratamiento de pacientes con insuficiencia cardiaca, mientras que hay un uso generalizado de las nuevas clases de antidepresivos sin que hayan demostrado un valor añadido. Se han establecido recomendaciones para corregir estas prácticas. Cada paciente con depresión tratado con un inhibidor selectivo de la recaptación de la serotonina (ISRS) en lugar de con un antidepresivo tricíclico, tiene un coste adicional de $75 por episodio sin un beneficio clínico demostrado. Por otra parte, a los pacientes sin tratar con un IECA se les privó de un tratamiento coste-efectivo de $2.156 por año de vida ganado.

Para ver qué y cuánto podemos hacer para evitar comportamientos subóptimos en la salud es necesario seguir una serie de pasos. Toda implantación requiere de un mensaje claro y basado en la evidencia disponible; tener evidencia de que la práctica clínica es subóptima y de que el mensaje no está siendo aplicado; una estimación robusta del coste y del impacto de los métodos alternativos y entender la organización local del sistema de salud. Con la información de cada paso podemos conocer el coste asociado y las consecuencias de una intervención.

Algunas decisiones en el tratamiento implican una elección entre dos alternativas con resultados equivalentes. En este caso, la decisión para influir en el comportamiento se centra sólo en la minimización de costes. Aquí, la regla para la decisión se simplifica: que el ahorro total del cambio supere el coste total de la implantación.

Este estudio se basa en una intervención con asignación aleatorizada y controlada de *Evidence-Based OutReach EBOR* (Freemantle et al, 1999), en el que se estudió el impacto de las *outreach visits* realizando recomendaciones para el uso de IECAs y antidepresivos. En lo que se refiere a su coste-efectividad, según los recursos disponibles en el estudio EBOR se estima que:

- Para los IECAs: el efecto de la carga de implantación ($446/años vida ganados) sobre el coste-efectividad del tratamiento ($2.156/años vida ganados) es pequeño y la política de implantación es coste-efectiva ($2.602/años vida ganados).
- Para los ISRS: la reducción de los ISRS a favor de los antidepresivos tricíclicos no supuso un coste-ahorro. El coste-ahorro por paciente de la intervención ($82) excedió el coste-ahorro del cambio en el comportamiento ($75).

Algunos aspectos a tener en cuenta en el estudio EBOR son:

- A la hora de extrapolar los estudios de implantación de unas *outreach visits* hay que tener en cuenta que los costes pueden variar en el ámbito local y en cada país.
- El efecto del tiempo sobre la magnitud de cambio del comportamiento alcanzado por el método de implantación es incierto. No es probable que los cambios sean permanentes o que

[37] Mason J, Freemantle N, Nazareth I, Eccles M, Haines A, Drummond M (2001). **When is it cost-effective to change the behavior of health professionals?**, JAMA, 19, 286(23):2988-92.

permanezcan constantes en magnitud con el tiempo (en el estudio EBOR la adherencia se midió a nivel basal y a los 12 meses, con intervención entre 3 y 6 meses).

– El principal coste asociado a las *outreach visits* es el salario del personal (*outreach worker*). También se asociaron costes debidos al reclutamiento de este personal, su entrenamiento y el desarrollo y producción del material de promoción local.

El estudio concluye señalando que hay múltiples influencias que determinan si la inversión necesaria para lograr un cambio en el comportamiento merece la pena. El método de implantación no debe tener una carga sobre el coste-efectividad del tratamiento que exceda los límites del coste-efectividad. La promoción de programas de intervención que reduzcan la morbilidad y la mortalidad son más atractivos que aquellos en los que se busca un cambio de prescripción de un tratamiento más caro a otro más barato. El relativo alto coste de la influencia en la prescripción puede superar rápidamente el potencial ahorro. Aunque en Atención Primaria las intervenciones educativas llevadas a cabo son muy comunes su impacto es modesto.

5.- Motivaciones de la prescripción no científica.

Schwartz, Soumerai y Avorn (1989)[38] analizaron las motivaciones de 141 Médicos que formaron parte del estudio Avorn y Soumerai (1983)[1]. En las visitas que se les hacía, fueron comentadas de una manera informal e interactiva las motivaciones de los Médicos para sus esquemas de prescripción así como las objeciones a las recomendaciones médicas académicas; todas las respuestas eran recogidas en detalle por los farmacéuticos inmediatamente después de cada visita. De los 141 Médicos visitados, 72 (51%) ofrecieron en total 110 razones explicativas de su prescripción que se agruparon en los siguientes cuatro apartados:

· Demanda del paciente. Resultó ser un 46% de las razones. Una posible explicación sería el contexto competitivo de la práctica médica americana que se dirige a dar gusto al paciente para no perder negocio ni reputación.

· Efecto placebo. Un 24% de las razones. Citaban el efecto psicológico positivo en los pacientes y sus familias: “si le gusta al paciente, es bueno”.

· Experiencia clínica. Un 26% de las razones. Defendían las mejoras terapéuticas del vasodilatador y del propoxyfeno en contradicción con la literatura científica, argumentando que la práctica real de la medicina tenía mayor relevancia que la práctica académica.

· Miscelánea. El 4% restante de las respuestas se referían a razones como la costumbre o la presión de los colegas.

Muchas de las intervenciones hechas hasta el momento asumen que la prescripción inadecuada está basada en el déficit de la información y se dirigen a ofrecer al Médico más información sobre el coste, eficacia y posibles alternativas de los medicamentos que no se están prescribiendo bien, en cambio, muy pocos programas se dirigen hacia el análisis de las prácticas de prescripción no científicas. Estos comportamientos prescriptivos son descartados por irracionales sin tener en cuenta que su estudio podría incrementar la efectividad de los programas de mejora de la prescripción.

Por otra parte, la literatura muestra muchos problemas metodológicos ligados a la falta de comprensión de los determinantes no científicos de la selección de terapias con medicamentos. Por ejemplo, se han puesto de relieve las limitaciones de los estudios observacionales para explicar la conexión entre las características sociales y la prescripción.

El análisis de las motivaciones para la prescripción expresadas por los Médicos a los trabajadores de la *educational outreach* puede ofrecer una nueva perspectiva del origen de la prescripción no científica que puede mejorar el diseño de futuras intervenciones.

Se concluye que debe prestarse más atención a las actitudes y motivaciones de los Médicos en lo referente a la prescripción inadecuada, para que los programas tengan éxito en reemplazar esas prácticas con una toma de decisiones clínicas más racional.

---

[38] Rebecca K Schwart, Stephen B Soumerai, Jerry Avorn (1989): **Physician motivations for nonscientific drug prescribing**. Social Science & Medicine, 28(6):577-82.

- Metodología y Resultados.

Se ha realizado una búsqueda de artículos en las principales bases de datos médicas desde el interfaz de OVID (CDSR, ACP Journal Club, DARE, CCTR, EMBASE-DP, IDIS, Ovid MEDLINE(R), Pascal Biomed (pb3y)). El objetivo de la búsqueda era localizar artículos centrados en las técnicas educativas *outreach visits* que estuvieran relacionadas con la prescripción de medicamentos. De los primeros 2.764 artículos obtenidos relativos a técnicas educativas utilizando palabras claves como *education, outreach visit, academic detailing*, se realizó una primera selección de los relacionados con medicamentos con la palabra clave *drug*, quedando 361, de los cuales 81 se centraban en la prescripción al buscar con palabras claves en combinación con *prescrip**. A partir del título y del abstract de estos 81, se seleccionaron los 14 artículos más representativos en función de la calidad de los estudios, que han servido para esta revisión de aproximación al *educational outreach visits*.

- Conclusión.

Existe suficiente literatura, desarrollada sobre todo en las últimas dos décadas, centrada en el estudio de las técnicas educativas continuadas *outreach visits,* de la que aquí hemos examinado tan solo una pequeña parte, aunque puede ser considerada representativa dada la calidad de los estudios. Los principios generales de estas técnicas están bien enunciados y ponen de relieve la amplia gama de factores que pueden ser utilizados en las intervenciones, aunque muestran igualmente la importante variabilidad existente en el modo de llevarlas a cabo.

Entre los elementos que hay que tener en cuenta a la hora de acometer una intervención en este campo no hay que olvidar el estudio de las motivaciones no científicas que influyen en la toma de decisiones médicas y el análisis de costes de las intervenciones para evaluar su eficiencia.

El resultado de la búsqueda llevada a cabo ofrece artículos suficientes para realizar una primera aproximación a la evidencia científica de la aportación de la *outreach research* al análisis de las técnicas educativas en materia de medicamentos.

- Artículos revisados

Avorn J, Soumerai SB (1983): **Improving drug-therapy decisions through educational outreach: a randomised controlled trial of academically base "detailing"**. N Engl J Med, 308:1457-1463.

Oxman AD, Thomson MA, Davis DA, Haynes RB (1995): **No magic bullets: systematic review of 102 trials of interventions to improve practice**. Canadian Medical Association Journal, 153: 1423-3.

Gutiérrez G. Guiscafré H. Bronfman M. Walsh J. Martinez H. Muñoz O (1994). **Changing physician prescribing patterns: evaluation of an educational strategy for acute diarrhea in Mexico City**. Medical Care, 32(5):436-46.

Pérez Rodríguez MT, Crusat Sabaté D, Ibáñez Pardos JL y Jiménez Villa J (1996). **Impacto de un proceso de feed-back informativo sobre la prescripción farmacéutica.** Atención Primaria, Vol 18, No 7: 386-389.

Watson M. Gunnell D. Peters T. Brookes S. Sharp D (2001). **Guidelines and educational outreach visits from community pharmacists to improve prescribing in general practice: a randomised controlled trial**. Journal of Health Services & Research Policy, 6(4):207-13

Freemantle N, Nazareth I, Eccles M, Wood J, Haines A. and the Evidence-based OutReach (EBOR) trialists (2002). **A randomised controlled trial of the effect of educational outreach by community pharmacists on prescribing in UK general practice**. Br J Gen Pract, 52(477):290-5.

Nazareth I, Freemantle N, Duggan C, Mason J, Haines A (2002). **Evaluation of a complex intervention for changing professional behaviour: the Evidence Based Out Reach (EBOR) Trial**. J Health Serv Res Policy, Vol 7 (No 4):230-238.

Soumerai, S. B., et J. Avorn (1990): **Principles of educational outreach ('academic detailing') to improve clinical decision making.** JAMA, 26, vol. 263, no 4, p. 549-56.

Soumerai SB. McLaughlin TJ. Avorn J. (1990): **Quality assurance for drug prescribing.** Quality Assurance in Health Care, 2(1):37-58

Thomson O'Brien MA, Oxman AD, Davis DA, Haynes RB, Freemantle N, Harvey EL (1997).

Educational outreach visits: effects on professional practice and health care outcomes. Cochrane Database Syst Rev.

Isabel Sastre Gervás, Adolfo Figueiras Guzmán (1999). **Estrategias de contención del gasto farmacéutico: (1). Nivel de actuación: pacientes**. Pharm Care Esp, 1: 173-178; **(2). Nivel de actuación: Médicos.** Pharm Care Esp, 1: 239-243; **(3). Nivel de actuación: industria farmacéutica y canales de distribución y dispensación**. Pharm Care Esp, 5: 313-321.

Figueiras A. Sastre I. Gestal-Otero JJ (2001). **Effectiveness of educational interventions on the improvement of drug prescription in primary care: a critical literature review**. Journal of Evaluation in Clinical Practice, 7(2):223-41.

Mason J, Freemantle N, Nazareth I, Eccles M, Haines A, Drummond M (2001). **When is it cost-effective to change the behavior of health professionals?**, JAMA, 19, 286(23):2988-92.

Rebecca K Schwart, Stephen B Soumerai, Jerry Avorn (1989): **Physician motivations for nonscientific drug prescribing**. Social Science & Medicine, 28(6):577-82.

Anexo 3- Algunos términos de interés.

Aunque sea de manera breve, es oportuno traer aquí la definición de algunos conceptos clave que se manejarán a menudo en la tesis.

Algunos los hemos tomado del Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas. (1992). Elsevier-Masson, que citaremos como DT, y del Diccionario de Medicina de Joven, Villabona et al. (2006), que citaremos como DMJ. Otros los hemos tomado de otras fuentes que se citan en cada caso.

Diagnóstico. Del griego Diagnostikós, capaz de discernir. Parte de la medicina que tiene por objeto la identificación de una enfermedad fundándose en los síntomas y signos de ésta. – Clínico: Diagnóstico fundado exclusivamente en los síntomas y el examen físico del paciente (mi aclaración: sin pruebas o exámenes de laboratorio o adicionales). (DT).

Esquema. Figura simplificada que sirve únicamente para la demostración y que no representa la forma sino las relaciones. Representación de una cosa atendiendo sólo a sus líneas o caracteres más significativos. (DMJ).

Medicina. Del latín Medicina. Arte y ciencia de conocer y tratar las enfermedades, especialmente las internas. Medicamento. (DT).

Medicina. Del latín *medicina*. Medicamento. Ciencia que cura y previene las enfermedades del cuerpo humano. (DMJ).

Medicina Comunitaria. Aquella que se ocupa de los problemas sanitarios de la comunidad en conjunto. (DMJ).

Medicina Familiar. Rama de la Medicina Comunitaria que se encarga del contacto directo con el enfermo y la planificación seriada de su salud. (DMJ).

Medicamento. Del latín Medicamentum. Agente o sustancia, simple o compuesta, que se administra al exterior o al interior con objeto terapéutico. (DT).

Medicamento. Del latín *medicamentum*. Sustancia que puede producir un efecto curativo. (DMJ).

Prescripción. Del latín Praescriptio. Receta. (DT).

Prescripción. Del latín *praescriptio*. Indicación escrita para la preparación, dispensación o administración de un tratamiento. Se denomina también receta. (DMJ). (Mi nota: hay tratamientos “medicamentosos” y “no medicamentosos” como prescribir la realización de unas gárgaras con bicarbonato).

Receta. De recepta, y éste del latín Recepta, f. de receptus, recibido. Prescripción, fórmula: nota que escribe el Médico, en la que indica el modo de preparación y administración de un remedio. Consta de tres partes: “inscripción”, que contiene los nombres y dosis de los ingredientes; “subscripción” o modo de preparación, abreviada ordinariamente con las letras hsa (hágase según arte), e “instrucción”, en la que se indica al enfermo el modo de empleo. La receta se encabeza ordinariamente con el signo R (ver RÉCIPE) y termina con la firma del Médico. (DT).

Receta. Del latín *recepta*; recibido. Prescripción o fórmula que escribe el Médico para el paciente, en la que indica el modo de administración de un tratamiento. (DMJ).

Récipe. Del latín recipe, imp. de recipere, recibir, tomar. Tómese. El signo R/ que encabeza ordinariamente las recetas y que se interpreta ahora como abreviatura de récipe, era originalmente el signo de Júpiter, 2, símbolo de una invocación inspiradora a la divinidad. (DT).

Síntoma. Del latín Síntoma, y éste del griego Sýmptoma. Manifestación de una alteración orgánica o funcional aprecialbe solamente por el paciente (p.ej. el dolor), o que puede ser comprobada también por el observador, caso en que se considera signo. (DT).

Terapéutica. Del griego Therapeutiké, terapéutica, arte de cuidar. Parte de la medicina que se ocupa en el tratamiento de las enfermedades; ciencia y arte de curar o aliviar, que comprende el estudio de los medios propios para este fin. -Farmacológica: La que trata únicamente de la acción y aplicación de los medicamentos. (DT).

Del Dorland's Illustrated Medical Dictionary, 25a ed., Filadelfia, Saunders, 1974, recogemos esta definición:

Iatrogénico. (iatro -Gr. médico, gennan -Gr. producir). Resultante de la actividad de los médicos. Originalmente aplicado a desórdenes inducidos en el paciente por autosugestión basada en el examen, la actitud o las explicaciones del médico, el término se aplica ahora a cualquier condición adversa presentada en el paciente como resultado del tratamiento por parte de un médico o cirujano.

Del artículo 8 de la Ley 29/2006, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, sacamos estas tres definiciones:

Medicamento de uso humano*: toda sustancia o combinación de sustancias que se presente como poseedora de propiedades para el tratamiento o prevención de enfermedades en seres humanos o que pueda usarse en seres humanos o administrarse a seres humanos con el fin de restaurar, corregir o modificar las funciones fisiológicas ejerciendo una acción farmacológica, inmunológica o metabólica, o de establecer un diagnóstico médico.*

Principio activo*: toda materia, cualquiera que sea su origen –humano, animal, vegetal, químico o de otro tipo– a la que se atribuye una actividad apropiada para constituir un medicamento.*

Medicamento genérico*: todo medicamento que tenga la misma composición cualitativa y cuantitativa en principios activos y la misma forma farmacéutica, y cuya bioequivalencia con el medicamento de referencia haya sido demostrada por estudios adecuados de biodisponibilidad.*

En lo referente a los medicamentos, encontramos una serie de conceptos habituales que debemos manejar (Selman-Housswein Abdo, 2002: 8-9):

- ***Eficacia****:* es el efecto originado en una variable cuando la intervención se aplica en condiciones experimentales o ideales.
- ***Efectividad****:* es el resultado obtenido cuando el procedimiento se aplica en situaciones habituales, en la organización real, con los medios disponibles, y sin elegir a los pacientes, es decir, en la práctica real diaria.
- ***Utilidad****:* es la calidad de vida que se ofrece al paciente cuando se aplica una tecnología (el bienestar que se va a obtener).
- ***Beneficio****:* son los resultados obtenidos, muchas veces de difícil medida.
- ***Excelencia****:* es, con el mínimo de gasto posible, la obtención de los mejores resultados.

BIBLIOGRAFÍA

Abad García M.F., González Teruel A. y Martínez Catalán C. (2005). Características de las revistas médicas españolas. *El profesional de la información*, v. 14, n. 5, 380-390.

Abajo de, F. J. (2001). El medicamento como solución y como problema para la salud pública. Una breve incursión a los objetivos de la farmacoepidemiología. *Revista Española de Salud Pública,* vol. 75, nº4, 281-284. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

Abanades J.C., Cabedo V., Cunillera R., García J.J., Jolín L., Martín M. et al. (1998). Factores que influyen en la prescripción farmacológica del Médico de Atención Primaria. *Aten Primaria*, 22, 391-398.

Agencia de evaluación y calidad. (2008). *Incidencia de las medidas adoptadas para la racionalización del gasto farmacéutico*. Madrid: Ministerio de Administraciones Públicas. Disponible en: http://www.aeval.es/comun/pdf/evaluaciones/E02-2007.pdf

Aguilar J. L., Peláez R., Esteve N. y Fernández S. (2009). Limitaciones en el uso de opiáceos mayores en dolor crónico no oncológico: ¿*errare humanum est* o procrastinación médica? *Rev Soc Esp Dolor,* 16 (1), 4-6.

Ajzen y Fishbein. (1977). Attitude-behavior relations: a theoretical analysis and review of empirical research. *Psychological Bulletin*, 84, 888-918.

Alastrué J.I., Meneu R. y Peiró S. (1998). Análisis de las opiniones, actitudes y conocimientos de los médicos de los centros de salud de Valencia sobre la eficacia y la eficiencia en la prescripción de medicamentos. *Aten Primaria,* 21, 165-171.

Alegría E., Cordero A., Laclaustra M., Grima A., León M., Casasnovas J. A., et al. (2005). Prevalencia del síndrome metabólico en población laboral española: registro MESYAS. *Rev Esp Cardiol,* 58 (7), 797-806.

Alloza J. L. (2004). Social Pharmacology: Conceptual Remarks. *Drug Information Journal,* v*ol. 38 (04)*, 321-329. Disponible en: http://www.diahome.org/DIAHome/resources/content.aspx?type=eopdf&file=%2fproductfiles%2f8357%2fdiaj_11289.pdf

Alonso Hernández P., Otero López J. y Maderuelo Fernández J. (2002). Ingresos hospitalarios causados por medicamentos: incidencia, características y coste. *Farmacia Hosp, 26 (2)*, 77-89.

Alonso Hinojal, I. (1977). *Sociología de la medicina*. Madrid: Tecnos.

Álvarez de Toledo A., Arcos González P., Eyaralar Riera T., Abal Ferrer F., Dago Martínez A., Cabiedes Miragaya L. et al. (2001). Atención farmacéutica en personas que han sufrido episodios coronarios agudos (Estudio TOMCOR). *Rev Esp Salud Publica,* 75, 375-388.

Alvaro Estramiana JL, Garrido Luque A, Schweiger Gallo I. (2010). Causas sociales de la depresión: una revisión crítica del modelo atributivo de la depresión. En *Revista internacional de sociología*, Vol. 68, Nº. 2, pp. 333-348.

Amezcua M. y Gálvez Toro A. (2002). Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. *Rev Esp Salud Pública, 76 (5)*, 423-436.

Andersen T.F. y Money G., Eds. (1990). *The Challenges of Medical Practice Variations*. Londres: McMillan Press.

Andréu Abela J., García-Nieto A. y Pérez Corbacho A.M. (2007). *Evolución de la Teoría Fundamentada como técnica de análisis cualitativo*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas, cuadernos metodológicos nº 40.

Andréu Abela, J., y Pérez Corbacho, A.M. (2009). Procesos de investigación interactivos sobre sentimientos de identidad en Andalucía mediante teoría fundamentada [57 párrafos]. Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: *Qualitative Social Research*, 10(2), Art. 18, http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0902187. Nota: sin paginar.

Angell M. (2004-a). *The truth about the drug companies: how they deceive us and what to do about it*. New York, NY: Random House.

(2004-b). Excess in the pharmaceutical industry. *Can Med Assoc J,* 171, 1451 - 1453.

(2008): Industry-Sponsored Clinical Research: A Broken System. *JAMA,* 300 (9), 1069-1071.

(2009). Drug Companies and Doctors: A Story of Corruption. *N.Y. Review of Books*, vol 56, n 1. Disponible en: http://www.nybooks.com/articles/archives/2009/jan/15/drug-companies-doctorsa-story-of-corruption/?page=1

Aristóteles. *La ética,* Libro I, Capítulo I. Biblioteca virtual Miguel de Cervantes. Disponible en: http://www.cervantesvirtual.com/servlet/SirveObras/12482398660132622976846/index.htm

Arnold, S. (2008*).* Intervenciones para mejorar las prácticas de prescripción de antibióticos en la atención ambulatoria. *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008, n 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Aronson J.K. (2006). Balanced prescribing. *Br J Clin Pharmacol*, 62: 629-632.

Arranz Álvarez L. (1988). *La utopía farmacéutica. Una experiencia de gobernabilidad 1942-1986*. Madrid: Instituto Nacional de la Salud.

Avorn J., Chen M. y Hartley R. (1982). Scientific versus commercial sources of influence on physician prescribing behavior. *Am J Med*, vol. 73, 4-8.

Avorn J. (2004). *Powerful Medicines: The benefits, risks, and costs of prescription drugs*. New York: Random House.

Badura B. (1979). *Sociología de la comunicación.* Barcelona: Ariel.

Balint M. (1971). El médico, el paciente y la enfermedad. Buenos Aires: Ed. Libros Clásicos.

Balint M., Balint E. (1973). Six minutes for the patient. London: Tavistock Publications.

Ballesteros, F. y Font, A. (2004). El despertar del e-procurement en las Administraciones Públicas. *ICE*, n 813.

Barciela. S. (2005). *Documento base campaña sin techo "Por una salud digna para todos".* Madrid: Cáritas Española, FACIAM y FEANTSA.

Barrán J.P., Bayce R., Cheroni A., Mattos T., Labisch A., Moreira H., Porzecanski T., Portillo J., Gorski S.R., Rodríguez J. y Viñar M. (1993). *La medicalización de la sociedad*. Montevideo: Nordan-Comunidad.

Becker, H., Geer, B., Hughes, E. C. y Strauss, A. (1961). *Boys in White: Student Culture in Medical School*. Chicago: University of Chicago Press.

Barriga S., Trujillo I. y Medina S. (2002). Globalización y calidad de vida en la sociedad de bienestar: Los servicios sociosanitarios. Trabajo presentado al *VII Congreso de Psicología Social*. Málaga: publicado en actas.

Bartlett F. (1932). *Remembering. A Study in Experimental and Social Psychology*. Cambridge: Cambridge University Press.

Barus-Michel J. (2004): *Souffrance, sens et croyance. L'effet thérapeutique*. Toulouse: Éditions Érès, sociologie clinique.

Barus-Michel, J., Enriquez, E. Lévy, A. (2006). *Vocabulaire de Psychosociologie*. Ramonville Saint-Agne, éditions érès.

(2009) *Psicosociología*. Nociones y autores fundamentales. Santiago de Chile, ediciones UCSH.

(2013). Epistemologie et Methodologie Sociologie Clinique. Conferencia inédita, en ISA RC46 Clinical Sociology Conference, Madrid, marzo.

Baudrillard J. (2009). *La sociedad de consumo. Sus mitos, sus estructuras.* Madrid: Siglo XXI.

Beard R. (2002). Medicalization of Aging. En *Encyclopedia of Aging*. Recuperado en agosto 2010 en http://www.encyclopedia.com/doc/1G2-3402200254.html.

Beck U. (1998). *¿Qué es la globalización? Falacias del globalismo, respuestas a la globalización.* Barcelona: Paidos.

Bennett S., Quick J. y Velásquez G. (1997). *Public-private roles in the pharmaceutical sector.*

Implications for equitable access and racional drug use. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Berger P. y Luckmann T. (2006). *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu.

Bernardy NC., Lund BC., Alexander B., Jenkyn AB., Schnurr PP., Friedman MJ. (2012). Gender Differences in Prescribing Among Veterans Diagnosed with Posttraumatic Stress Disorder. En *J Gen Intern Med* 28(Suppl 2): 542–8.

Bissell P. y Morgall Traulsen J. (2005). *Sociology and Pharmacy Practice*. London: Pharmaceutical Press.

Bittker T. (1985). The Industrialization of American Psychiatry. *The American Journal of Psychiatry,* 142. 149-154.

Blanco García A. I. (2004). Maternidad y control social: reflexiones en torno al modelo médico. *Arxius de Ciencias Sociales, n 11*, 133-147.

Blech J. (2005). *Los inventores de enfermedades: cómo nos convierten en pacientes.* Barcelona: Destino.

Blum H. L. (1981). *Planning for Health. Generics for the eighties Human Science Press*. New York: Science Press.

Blumer H. (1988). *Naturaleza e ideas del interaccionismo simbólico.* Chicago: University of Chicago Press.

Boggiano E. (2002). Revisión de la receta. *Arch Argent Pediatr,* 100(3)*,* 195. Disponible en *www.imbiomed.com*

Boltanski L. (1975). *Los usos sociales del cuerpo*. Buenos Aires: Periferia.

Borasteros C. (1978). *Salud, enfermedad y sociedad*. Madrid: Forma.

Borrel i Carrió F. (2002). El modelo biopsicosocial en evolución. *Med Clin (Barc),* 119(5), 175-9.

Brea Feijoo J.M. (2008). Prescripción médica y gasto farmacéutico. *Cad Aten Primaria,* vol 15, 5-8.

Breilh, J. (1999). Nuevos paradigmas en salud pública. En Programa de Naciones Unidas para el Ambiente, OPS, Reunión Internacional. *Un enfoque de ecosistemas para la salud humana; enfermedades transmisibles y emergentes*. Río de Janeiro: ONU.

Brennan T.A., Rothman D.J., Blank L. et al. (2006). Health industry practices that create conflicts of interest: a policy proposal for academic medical centers. *JAMA,* 295, 429-433.

Brook R.H., Kosecoff J., Park R., Chassin M., Wilson C.M. y Hampton J. (1988). Diagnosis and treatment of coronary disease: Comparison of doctors´attitudes in the USA and the UK. *Lancet,* 1, 850-853.

Brooks D.H. (1975). Physicians and the pressures of industrialization. *American Journal of Public Health*, vol. 65, No. 2, 182-183.

Buse, K. y Walt, G. (2000). Global public-private partnerships for health: part I. A new development in health. *Bulletin of the World Health Organization,* n 78, 49-561.

Butler C., Rollnick S., Pill R., Maggs-Raaport F. y Stott N. (1998). Undestanding the culture of prescribing: qualitative study of general practitioners' and patients' perceptions of antibiotics for sore throats. *BMJ*, vol 317, 637-642.

Caamaño F., Figueiras A. y Gestal-Otero J.J. (2001). Condicionantes de la prescripción en atención primaria. *Aten Primaria*, 27, 43-48.

Cabasés Hita J.M. (1998). La financiación de la sanidad en España. En *Informe SESPAS 1998: La salud pública y el futuro del Estado del bienestar*. Granada: Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria, Escuela Andaluza de Salud Pública.

Calderón Larrañaga S, Rabanaque Hernández MJ. (2013). Estudiantes de medicina y marketing farmacéutico. En *Aten Primaria*. Vol. 46, nº 3, pp 166. http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2013.08.003

Campillo Álvarez, J.E. (2007). *El Mono obeso: la evolución humana y las enfermedades de la opulencia: diabetes, hipertensión, arteriosclerosis*. Barcelona: Editorial crítica.

Campos P., Sáez J. M. y Sánchez A. (1998). Análisis comparados de sistemas sanitarios. En F. Martínez, P.L. Castellanos y V. Navarro. *Salud Pública*. México: McGraw-Hill.

Canguilhem G. (2005). *Lo normal y lo patológico*. México: Siglo XXI.

Carlisle D.M., Burciaga Valdez R., Shapiro M.F. y Brook R.H. (1995). Geographic Variation in rates of selected surgical procedures within Los Angeles County. *Health Serv Res,* 30*,* 27-42.

Carvajal A., Velasco Martín A. y González Martínez de Zárate J.L. (1983). Evaluación en Medicina: análisis de los resultados obtenidos en farmacología. En Carvajal García-Pando. *Serie Temas de Educación*, 5. Valladolid: Instituto de Ciencias de la Educación. Universidad de Valladolid.

Casino G. (2007*).* Los medicamentos en los medios de comunicación. Evaluación crítica de la situación actual. Transcripción de ponencias de la mesa redonda moderada por Baños J.E. y Bigorra J., *La proyección social del medicamento*, 67-74. Barcelona: Fundación Dr. Antonio Esteve. Recuperado en agosto 2010 en: http://www.upf.edu/pcstacademy/_docs/2007_casino.pdf

Castaño EJ., Oterino D., Rodríguez R. (2007). El mensaje publicitario de los anuncios de fármacos en las revistas médicas españolas. *Gac Sanit*., 21: 371-7.

Castoriadis, C. (1975). *La institución imaginaria de la sociedad*. Tusquets Editores, Colección Acracia.

Castro Ruz F. (2003). Nada es imposible para nuestro pueblo heróico y revolucionario. *Gamma,* 18.39, 224.

Catalán A., Madridejos R., Font M., Pané O., Jiménez J. y Huguet M. (1989). Factores asociados a la prescripción de medicamentos. *Gac Sanit,* vol 14, 497-451.

Cebria J., Sobreques J., Rodríguez C. y Segura J. (2003). Influencia del desgaste profesional en el gasto farmacéutico de los Médicos de Atención Primaria. *Gac Sanit* [online], *vol 17*, n 6, 483-489. Recuperado en agosto 2010 de: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112003000600009

Cerecedo MJ., Tovar M. y Rozadilla A. (2013). Medicalización de la vida en la consulta: ¿hacia dónde caminamos?. En Aten Primaria, 45 (10): 536-540.

Charles C., Whelan T. y Gafni A. (1999). What do we mean by partnership in making decisions about treatment? *BMJ*, 319, 780-782.

Chassin M.R., Kossecoff J., Park R.E., Fink A. y Solomon D.H. (1986). Variations in the use medical and surgical services by the medicare population. *N Engl J Med,* 314, 285-289.

Chodoff P. (2002). The medicalization of the human condition. *Psychiatr Serv,* 53(5), 627-8.

Chressanthis GA., Khedkar P., Jain N., Poddar P., Seiders MG. (2012). Can Access Limits on Sales Representatives to Physicians Affect Clinical Prescription Decisions? A Study of Recent Events With Diabetes and Lipid Drugs. En The Journal of Clinical Hypertension, Vol 14, No 7, pp. 435-446.

Cicourel A. (1979). *La Sociología Cognitiva.* París: Presses Universitaires de France.

(1982). *El método y la medida en Sociología*. Madrid: Editora Nacional.

(2002). *El razonamiento médico. Un enfoque socio-cognitivo*. Textos compilados por Bourdieu P. y Winkin Y. Paris: Seuil collection, Liber.

CDH. (2003). *Informe Preliminar del Relator Especial de la Comisión de Derechos Humanos sobre el derecho de todas las personas a gozar del más alto nivel de salud física y mental*. *Paul Hunt*. Nueva York: United Nations.

CIMOP. (2005). *Las representaciones sociales de las mujeres madrileñas sobre la osteoporosis*. Informe de resultados de la investigación cualitativa. Estudio nº 977. Manuscrito no publicado, encargado por la Dirección General de Farmacia de la Comunidad de Madrid.

Clarke A.E., Shim JK., Mamo L., Fosket JR. and Fishman JR. (2003). Biomedicalization: Technoscientific Transformations of Health, Illness, and U.S. Biomedicine. En *American Sociological Review*, Vol. 68, No. 2, pp. 161-194.

Cockburn J, Pit S. (1997). Prescribing behaviour in clinical practice: patients' expectations and doctors' perceptions of patinets' expectations - a questionnaire study. *BMJ*, vol 315, 520-3.

Collin J., Doucet H., Lafortune D., Monnais L., Otero M., Blanc ME., Proux M. (2005). Le médicament comme objet social et culturel: recension des écrits et propositions sur les perspectives de travail à prioriser. Conseil de la santé et du Bien-être, Québec, Gouvernement de Québec.

Collin J., Otero M., Monnais L. (eds.). (2006). Le médicament au cœur de la socialité contemporaine. Regards croisés sur un objet complexe. Collection Problèmes Sociaux Intervention Sociale, Ste-Foy, Presses de l'Université du Québec.

Comelles J.M. (1993). La utopía de la atención integral en salud. Autoatención, práctica médica y asistencia primaria. *Revisiones en Salud Pública,* n 3, 169-192.

Comisión Europea. (2004). Santé en ligne'améliorer les soins de santé pour les citoyens européens: plan d'action pour un espace européen de la santé en ligne. *Communication de la Comisión au Conseil, au Parlament Européen, au Comité Economique et Social Européen et au Comité des Regions*. Bruselas: UE.

Conrad P. (1979). Types of medical social control. *Sociology of Health and Illness,* vol 1, n 1, 1-11.

Conrad P. (1982). Sobre la medicalización de la anormalidad y el control social. En Ingleby, D. (comp.), *Psiquiatría crítica. La política de la salud mental,* 129-154. Barcelona: Crítica.

Conrad P. (2007). *The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.

Cortina A. (1986). *Ética mínima*. Madrid: Tecnos.

Coulter A. y Ellins J. (2007). Effectiveness of strategies for informing, educating and involvoing patients. *BMJ,* vol 335.

Coulter A., Entwistle V. y Gilbert D. (1999). Sharing decisions with patients: is the information good enough? *BMJ*, 318, 318-322.

Cruess R. L., Cruess S. R. y Johnston S. E. (2000). Professionalism - an ideal to be sustained. *Lancet,* 356*,* 156-159.

Cubero R. (2005). *La intersección entre el significado, la interacción y el discurso*. Colección Crítica y fundamentos. Barcelona: Editorial Graó.

Cule J. (1997). The history of medicine: from its ancient origins to the modern word. En R. Porter (Ed.), *Medicine: A History of Healing*. London: Ivy Press.

Cusack C.M. y Digance J. (2008). Shopping for a self: pilgrimage, identity formation and retail therapy. En *Victor Turner and contemporary cultural performance (*cap XI, pp. 227-240). USA: Graham St. John, Berghahn Books.

Danti G. y Castellani L. (1991). La prescripción inducida en medicina general. Investigación orientada a la reflexión sobre los estudios de utilización de fármacos. *Farm Clin,* 8, 236-52.

Davidoff F. et al. (2001). Sponsorship, authorship, and accountability. *Lancet,* 358, 854–856. (Nota: editorial publicada simultáneamente en 13 revistas especializadas).

Davis P., Gribben B., Scott A. y Lay-Yee R. (2000). The "Suppply hypothesis" and medical practice variation in primary care: testing economic and clinical models of inter-practitioner variation. *Soc Sci Med,* 50 (3), 407-418.

De Miguel J. M. (1978). *Sociología de la medicina.* Barcelona: Vicens Vives.

(1982). Para un análisis sociológico de la profesión médica. *Reis 20/82*, 101-120.

De Miguel J.M. y Salcedo J. (1987). *La profesión farmacéutica*. Madrid: CIS, siglo XXI.

De Smet Dautzenberg. (2004). Repeat prescribing: scale, problems and quality management in ambulatory care patients. *Drugs,* 64, 1779-1800.

Díaz Gravalos G. J., Palmeiro Fernández G., Núeñez Masid E. y Casado Gorriz I. (2001). Opinión de los Médicos de Atención Primaria de Ourense sobre algunos aspectos de su prescripción farmacéutica. *Rev. Esp. Salud Pública* [online], vol. 75, n. 4, 361-374. Recuperado en agosto de 2010 en:

http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272001000400010

Diccionario de Medicina. (1999). Madrid: Espasa Calpe.

Diccionario de Medicina. (2006). Joven, Villabona et al. Barcelona: Marin edit.

Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas. (1992). Barcelona: Elsevier-Masson, 13ª edición.

Diccionario Oxford de la Mente. (1995). Madrid: Alianza Editorial.

Diccionario de Psicología. (2005). Barcelona: Herder.

Diez B. y Hidalgo A. (2012). Análisis de la publicidad de medicamentos en revistas españolas de ginecología. En *Gac Sanit*, 26 (3): 270-273.

Docteur E. y Oxley H. (2003). Health-care systems: lessons from the reform experience. *Working papers, 374*. OCDE.

Domínguez Alcón et al. (1983). *Sociología y enfermería.* Madrid: Pirámide.

Dominici, L. E. et al. (2004). *Cuidados Comprensivos.* Panamá: Facultad de Medicina, Universidad de Panamá.

Donati P. (1994). *Manual de sociología de la salud.* Madrid: Díaz Santos.

Duarte E. (1986). *Ciencias sociales y salud en la América Latina.* Montevideo: OPS, CIESU, (19).

Dubos R. (1959). *Mirage of health. Utopias, profesions and biological change*. Londres: Alen and Unwin.

Duncan M.I.G. (1973). *Historia de la Sociología*. Madrid: Guadarrama.

Durán M.A. (1983). *Desigualdad social y enfermedad.* Madrid: Tecnos.

(1991). La investigación médica y la investigación social. En VV. AA. *Los estudios sobre la mujer: de la investigación a la docencia*. Madrid: UAM.

Durán Taulería E. y Bonfill Cosp X. (1998). Evaluación de la práctica médica y las intervenciones sanitarias. En *Informe SESPAS: La salud pública y el futuro del Estado del bienestar*. Granada: Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria, Escuela Andaluza de Salud Pública, 403-411.

Eddy D.M. (1984). Variations in physician practice. The role of uncertainty. *Health Affairs,* 3(2), 74-89.

Editorial semFYC. (2012). Medicamentos: hay que escoger pero, ¿sabemos hacerlo?. En *Aten Primaria*, 44(8): 449-450.

Engel G. (1980). The Clinical Application of the Biopsychosocial Model. *American Journal of Psychiatry,* 137*,* 535-544*.*

Evans R.G. (1990). The Dog in the night-Time: Medical Practice Variations and Health Policy. En T.F. Andersen y G. Mooney G, Eds. *The Challenges of Medical Practice Variations*. Londres: McMillan Press.

Ewald F. (1997). Filosofía de la precaución. *Gerencia de Riesgos,* n 58, 13-30.

FADSP. (2007). *Manifiesto por el Derecho a la Salud.* Madrid: International Association of Health Policy.

Farma-Industria. (2008-a). El mercado del medicamento en España. En *Boletín de Coyuntura,* n 38, junio. Disponible en: www.farmaindustria.es

Farma-Industria. (2008-b). Memoria del año 2008. Disponible en: www.farmaindustria.es

Farré M., Pardo R. y Abanades S. (2007*).* Los fármacos del bienestar. Transcripción de ponencias de la mesa redonda moderada por Baños J.E. y Bigorra J., *La proyección social del medicamento*, 1-7. Barcelona: Fundación Dr. Antonio Esteve. Recuperado en agosto 2010 en: http://www.esteve.org/aw/Home/Secciones_Web/Publicacions/Monograf %EDas/~is/Proyeccion_social_del_medicamento/

Fernández J. A. (2006). La estrategia razón / acción en la relación médico-pacientes. *Rev Med Honduras,* 74, 54-55.

Fidalgo M. L. et al. (1997). Análisis de la prescripción inducida por Atención Especializada en el Médico de Atención Primaria. *Medifam,* 7, 94-102.

Finkel L. (1999). ¿Qué es un Profesional? Las Principales Conceptualizaciones de la Sociología de las Profesiones. En Castillo Mendoza C. A. (Coord.), *Economía, Organización y Trabajo: Un Enfoque Sociológico* (pp. 197-228). Madrid: Editorial Pirámide.

Folland S. y Stano M. (1989). Sources of small area variations in the use of medical care. *J Health Econ,* 8, 85-103.

Forcades i Vila T. (2006). Los crímenes de las grandes compañías farmacéuticas. *Cuadernos n 141.* Barcelona: Cristianisme i Justícia. Disponible en: www.fespinal.com

(2009). La medicalización de la sociedad. En Girona L., Rovira J. y Homedes N.: *Medicamentos. Entre la salud y el mercado*. Barcelona: Gedisa. pp. 91-107.

Foucault M. (1978-a). *Las palabras y las cosas.* México: Siglo XXI.

(1978-b). *El nacimiento de la clínica.* México: Siglo XXI.

(1992). Historia de la medicalización. En *La vida de los hombres infames*. Buenos Aires: Altamira, pp. 54-68. Recuperado en octubre 2010 en: http://historiasenconstruccion.wikispaces.com/file/view/L07+-+MF.+Historia+de+la+medicalizaci%C3%B3n.pdf

(1994). *Microfísica del poder*. Madrid: Planeta Agostini.

(1998). *Historia de la Sexualidad I. La Voluntad de Saber.* México: Siglo XXI.

Frances-Bozar F., Castello-Ponce A. y Verdú-Pascual F. (2009). Experiencia de implantación de un método docente constructivista en la enseñanza de la medicina legal: la libertad de prescripción como ejemplo. *Educ. méd.* [online], vol.12, n 3, 179-182. Recuperado en agosto de 2010 en:http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S157518132009004000007&script=sci_arttext

Fraser N. (2003). ¿De la disciplina hacia la flexibilización? Releyendo a Foucault bajo la sombra de la globalización. *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales,* año XLVI, n 187, 15-35. Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, UNAM.

Freidson E. (1961). *Patients 'views of medical practice*. New York: Russell Sage Foundation.

(1978). *La profesión médica: un estudio de sociología del conocimiento aplicada.* Barcelona: Península.

Freixes Sanjuán T. (2005). Derechos fundamentales en la Unión Europea: evolución y prospectiva. La construcción de un espacio jurídico europeo de los derechos fundamentales. *ReDCE, n 4*, 43-86.

Fricker J. (2003). *Pain in Europe. A Report*. Cambridge, England: Mundipharma International, Ltd. Disponible en: http://www.paineurope.com/index.php?q=en/book_page/pain_in_europe_survey.

Fritz J.M. (1992). *The Development of the Field of Clinical Sociology*. Retrieved June 2008 (http://digilander.libero.it/cp47/clinica/fritz.htm).

(2008). *International Clinical Sociology*. Springer.

Gafo J. (1986). *Dilemas éticos de la medicina actual.* Madrid: U. Pontificia Comillas.

Garcés G., Colán C., Sánchez A., Gómez G., Canchig FE., López de Castro F.(2014). Opinión sobre la visita médica de los médicos de atención primaria de Toledo. En *Rev Clin Med Fam*; 3(1): 5-9. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2010000100003&lng=es

García Campayo J., Alda M., y Gascón S. (2012). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad en la infancia y la adolescencia: del constructo social al calvinismo farmacológico. En *Aten Primaria*, 44(3): 125-127.

García Pérez M. A. (2009). *Oferta de médicos en España al inicio del siglo XXI*. Tesis doctoral, Universidad Autónoma de Madrid, Facultad de Medicina.

García R.M. y González Busto B. (1998). *La variabilidad en la práctica médica. Reflexiones desde la óptica de los sistemas complejos.* Oviedo: Universidad de Oviedo.

Garjón Parra. (2009). *Prescripción de medicamentos a pacientes ambulatorios. Servicio de*

Prestaciones Farmacéuticas. *An Sist Sanit Navar,* Vol. 32, Nº 1.

Garrido, A. (2000). El reparto del trabajo no remunerado: expectativas y deseos de cambio. En *Cuadernos de relaciones laborales*, Nº 17, pp. 15-38.

Garrido, A. y Álvaro, J.L. (2007). *Psicología Social: Perspectivas psicológicas y sociológicas*. Madrid: McGraw Hill.

Gaulejac, V. (1987). *La névrose de classe. Trajectoire sociale et conflits d'identité*, Hommes & Groupes, Paris.

(1999). Historias de vida y sociología clínica. En *Proposiciones*, Nº 29, marzo, Ediciones SUR, Santiago de Chile, pp. 97-110.

(2002). Lo irreductible social y lo irreductible psíquico. En *Perfiles Latinoamericanos*; Nº 21, pp. 49-71.

(2008). *Las fuentes de la vergüenza*. Marmol-Izquierdo, Buenos Aires.

(2011). L'obsession évaluatrice et la nouvelle gestion publique. En *Les enfants au carré?,* Edit. Eres, pp. 159-179.

(2013). *Neurosis de clase. Trayectoria social y conflictos de identidad*. Buenos Aires, edit. Del nuevo extremo.

Gaulejac V., Giust-Desprairies F., Massa A. (2013). *La recherche clinique en sciences sociales*. Toulouse, éditions érès.

Gaulejac V., Hanique F., Roche, P. (2007). *La sociologie clinique. Enjeux théoriques et méthodologiques*. Paris, éditions érès.

Gaulejac V., Rodríguez, S., Taracena, E. (2005). *Historia de Vida. Psicoanálisis y Sociología Clínica*. México, Universidad Autónoma de Querétaro.

Gaulejac, V. et Roy, S. (Dir.). (1993). Sociologies cliniques. Hommes et perspectives, Paris.

Gavilán Moral E., Jiménez de Gracia L., Gèrvas J. (2014). Estrategias de promoción del síndrome por déficit de testosterona un caso paradigmático de invención de enfermedad (disease mongering). En Gaceta Sanitaria, Vol. 28, Nº. 2, pp. 173-176.

Gavilán Moral E., Villafaina-Barroso A., Jiménez-de Gracia L., Gómez Santana MC. (2012). Ancianos frágiles polimedicados: ¿es la deprescripción de medicamentos la salida? En *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, Volume 47, Issue 4, pp. 162–167.

Gérvas J. (1989). Análisis de los factores que inducen la prescripción. *Farmacia Clínica*, vol 6, nº 8, 588-594.

(1995). Sobre la prescripción inducida. Carta al Director. *Aten Primaria*, 15, 473-474.

(1998). Análisis de los factores que inducen la prescripción. *Farmacia Clínica*, vol 6, 588-594.

(2007). Malicia sanitaria y prevención cuaternaria. *Gac Med Bilbao, 104,* 93-96.

Gèrvas J., Gavilán Moral E., Jiménez de Gracia L. (2014). Prevención cuaternaria: es posible (y deseable) una asistencia sanitaria menos dañina. En *AMF*; 8(6):312-317.

Geertz C. (2000). *La interpretación de las culturas.* Barcelona: Gedisa.

Giddens A. (1994). *Sociología*. Madrid: Alianza.

Gilbert A. (1920). *El arte de prescribir*. Barcelona: Salvat.

Girona L., Rovira J. y Homedes N. (2009): Medicamentos. Entre la salud y el mercado. Barcelona: Gedisa.

Glaser, B.G. (1992). *Basic of Grounded Theory Analysis: Emergence vs. Forcing*. Mill Valley, C.A.: Sociology Press.

(2002). Conceptualization: On Theory and Theorizing Using Grounded Theory. *International Journal of Qualitative Methods,* Vol 1, No 2. Disponible en: http://ejournals.library.ualberta.ca/index.php/IJQM/article/view/4605/3757

Glaser, B.G. y Straus, A.L. (1967). *The Discovery of Grounded Theory: strategies for qualitative research*. Aldine, New York.

Godin G., Belanger-Gravel A., Eccles M. y Grimshaw J. (2008). *Healthcare professionals' intentions and behaviours: A systematic review of studies based on social cognitive theories*. *Implement Sci,* 3, 36.

González-Enríquez J. y Martín-Moreno J. M. (2002). La evaluación de tecnologías sanitarias. En *Informe SESPAS*, 377 -391.

González Fraga M. J. y Herrera Rodríguez O. N. (2007). Bioética y nuevas tecnologías: Telemedicina. *Rev Cubana Enfermer, 23,* (1). Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/enf/vol23_01_07/enf08107.htm

González García G., Puente C. y Tarragona S. (2005). *Medicamentos: salud, política y economía*. Buenos Aires: Isalud, Instituto Universitario.

González López-Valcárcel B. (2004). Nuevos instrumentos de análisis de los determinantes de la prescripción. En *Cuadernos de gestión de la utilización de medicamentos,* nº 3, Barcelona: Masson.

Goozner M. (2004). *The $800 million pill: The truth behind the cost of new drugs*. Berkley, California: University of California.

Goldacre B. (2013). *Mala Farma: Cómo las empresas farmacéuticas engañan a los médicos y perjudican a los pacientes*. Barcelona: Paidós.

Gøtzsche PC. (2013). Deadly medicines and organized crime. How big pharma has corrupted healthcare. London: Radcliffe Publishing Ltd.

Green J. L., Hawley Jn. y Rask K. J. (2007). Is the number of prescribing physicians an independent risk factor for adverse drug events in an elderly outpatient population? *Am J Geriatr Pharmacother,* 5, 31-39.

Greene H.L., Johnson W.P. y Maricic M.J. (1995). *Toma de decisiones en medicina*. Madrid: Mosby-Doyma Libros.

Guerra F. (1985). *Historia de la medicina.* Madrid: Norma.

Haaijer-Ruskamp F. M. y Hemminki E. (1993). The social aspects of drug use. En *Dukes MNG, ed. Drug utilization studies. Methods and uses.* Copenhague: World Health Organization, Regional Office for Europe.

Haynes R.B. (2001). Of studies, synthesis, synopses and systems: the "4S" evolution of services for finding current best evidence. *Evidence-Based Medicine,* 6, 36-8.

Heath I. (2005). Who needs health care-the well or the sick? *BMJ,* 330 (7497), 954-6.

Hidalgo Vega A., Corugedo de las Cuevas I. y del Llano Señarís J. (2005). *Economía de la salud.* Madrid: Pirámide.

Hitchen L. (2006). Adverse drug reactions result in 250000 UK admissions a year. *BMJ,* 332, 1109.

Horkheimer, M. (2002). *Crítica de la razón instrumental*. Madrid: editorial Trotta.

Horkheimer M. y Adorno W. (2003). *Dialéctica de la Ilustración. Fragmentos filosóficos.* Madrid: editorial Trotta.

House of Commons. (2005). *The influence of the Pharmaceutical Industry*. Health Committee. Fourth Report of Session 2004–05. Volume I. Disponible en: http://www.parliament.the-stationery-office.co.uk/pa/cm200405/cmselect/cmhealth/42/42.pdf

Ibáñez J. (1986). Perspectivas de la investigación social. En García Ferrando M., Ibáñez J. y Alvira F., eds. *El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación*. Madrid: Alianza Editorial, 31-65.

Ibarra, E. (2006). Una Nueva Definición de "Dolor": Un Imperativo de Nuestros Días. *Rev. Soc. Esp. Dolor* [online], vol.13, n.2 [citado 2011-10-13], pp. 65-72 . Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462006000200001&lng=es&nrm=iso>.

Illich I. (1975). *Némesis Médica. La expropiación de la salud.* Barcelona: Barral.

Jaco E.J. (1972). *Patients, Physicians and Illness.* New York: Free Press.

Jamtvedt G., Young J.M, Kristoffersen D.T., O'Brien M.A. y Oxman A.D. (2008). Efectos de la auditoría y la retroalimentación (feedback) en la práctica profesional y las medidas de resultado de atención sanitaria. Revisión Cochrane traducida de *The Cochrane Library Plus*, n 4, Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd. Oxford. Disponible en: http://www.update-software.com/pdf/CD000259.pdf

Jones D., Manzelli H. Pecheny M. (2004). Grounded Theory. Una aplicación de la teoría fundamentada a la salud. *Cinta de Moebio*, nº 19. Santiago de Chile: Universidad de Chile.

Jordá Llona M. (2005). Efectos de la administración precoz de gabapentina en el dolor de miembro fantasma postamputación. Tesis doctoral, Universidad de Valencia. Disponible en: http://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=7578&orden=0&info=link

Kaboli P.J., Hoth A.B., Mcclimon B.J. y Schnipper J.L. (2006). Clinical pharmacists and inpatient medical care: a systematic review. *Arch Intern Med, 166*, 955-964.

Kassirer J. (1994). Incorporating Patient Preferences into Medical Decisions. *N Engl J Med,* 330, 1.895-1.896.

Katz D. et al. (1977). *Psicología social de las organizaciones.* México: Trillas.

Kenny M. et al. (1980). *La Antropología médica en España*. Barcelona: Anagrama.

Keynes J. M. (2001). *Teoría General de la Ocupación, el Interés y el Dinero.* Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica de Argentina.

Kohn L.T., Corrigan J.M. y Donaldson M.S. (Editors). (2000). *To Err Is Human: Building a Safer Health System*. Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. Washington DC: National Academy Press. Disponible en http://www.nap.edu/books/0309068371/html/.

Kuhn T. S. (2004). *La estructura de las revoluciones científicas.* México: Fondo de Cultura Económica.

Lage A. (1995). Los desafíos del desarrollo: la actividad científica como eje de la formación del personal de salud. *Educ Med Salud ,* 29 (3-4), 243.

Laín Entralgo P. (1975). *Historia Universal de la Medicina.* Barcelona: Salvat.

(1978). *Historia de la medicina*. Barcelona: Masson – Salvat.

(1983). *La relación médico enfermo.* Madrid: Alianza.

Laplacette G. y Vignau L. (2008). Medicalización de la salud. En Adrián Cannellotto y Erwin Luchtenberg (coord.), *Medicalización y sociedad. Lecturas críticas sobre un fenómeno en expansión, (en línea)*. Recuperado en agosto 2010 en: http://www.observatorio.gov.ar/especificos/temas-especificos/Medicalizacion%20y%20sociedad.%20Lecturas%20criticas.pdf

Lázaro y Mercado P.L. (1998). Desarrollo, innovación y evaluación tecnológica médica. En Sociedad Española de Salud Pública, *La Salud Pública y el Futuro Estado de Bienestar*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 345-373.

Lejarraga A. (2004). La construcción social de la enfermedad. *Arch Argent Pediatr*, vol.102, no.4, 271-276.

Light DW, Lexchin J, Darrow JJ. (2013). Institutional corruption of pharmaceuticals and the myth of safe and effective drugs. En *J Law Med Ethics*; 41(3): 590-600.

Llor C. (2014). Medicamentos que matan y crimen organizado. En *Aten Primaria*, 46(4): 176-178.

Lock M. (2001). Medicalization: Cultural Concerns. En Smelsel and Baltes, *International Encyclopedia of the Social and Behavioral Sciences*. Vol. 14, 9534 - 9539. Oxford: Elsevier Science Ltd.

López Cerezo. (2003). *La democratización de la ciencia*. Donostia: Erein.

López J.M. (2001). *Breve historia de la medicina*. Madrid: Alianza.

(2002). *La medicina en la historia*. Madrid: La esfera de los libros.

Lorca J. y Jadad A. (2009). ¿Salud 2.0?. *RevistaeSalud.com*, vol 5, nº 19, 2009.

Llorca Castro F. (2006). Políticas de Salud en la Unión Europea. ¿Hacia un Sistema de Salud Pública? *Rev Adm Sanit,* 4(4), 623-41.

Luis-Yagüe Sánchez J.R. (2008). La prescripción por principio activo como herramienta para el uso racional de los medicamentos. Visión desde la industria. *Rev Adm Sanit*, *6* (4), 591-600.

Maldonado-Fernández M. (2005). Historia del tabaco. De panacea a pandemia. *Med Clin* (Barc), 125 (19), 745-7.

Maldonado Rivadeneira J. C. (2002). *Medicamentos: ¿Bienes para la salud o para el consumo?*. Trabajo presentado en el Seminario de Ciencias Sociales y Humanas del ICCI (Instituto Catalán de Cooperación Iberoamericana) de la Universidad Autónoma de Barcelona. Disponible en: http://www.geocities.com/seminarioicci/index.htm

Marión J., Peiró S., Márquez S. y Meneu Ricardo R. (1998). Variaciones en la práctica médica: importancia, causas, implicaciones. *Med Clin* (Barc), 110, 382-390.

Márquez S. y Meneu Ricardo R. (2003). La medicalización de la vida y sus protagonistas. *Gestión Clínica y Sanitaria,* 5 (2), 47-53. Disponible en: http://www.iiss.es/gcs/gestion16.pdf

Márquez Calderón S., Meneu Ricardo R. y Peiró S. (1998). Influencia de la presentación de los resultados de los ensayos clínicos en la intención de prescribir: relativizando el riesgo relativo. *Aten Primaria,* 21 (7): 446-50.

Martín G. (2002). El coste de la prescripción inducida: una responsabilidad compartida entre Atención Primaria y Especializada. *Rev Esp Econ Salud,* 1 (2). Disponible en: http://www.economiadelasalud.com/Ediciones/02/PDF/02EnPortadaPrescripInducida.pdf

Martín Moreno S. (2001). Ética de la prescripción. Conflictos del médico con el paciente, la entidad gestora y la industria farmacéutica. Barcelona. *Med Clin, 116*, 299-306.

Martín Oliva J. M. (1997). *Variables explicativas del gasto en farmacia, en la atención primaria de salud de la provincia de Las Palmas*. Tesis Doctoral. Universidad de las Palmas de Gran Canarias.

Martínez O. (2003). La promoción de la salud. Némesis Médica. En *Rev Fac Med Univ Nac Colombia,* vol. 51 (3), 158 – 163. Disponible en: http://www.revmed.unal.edu.co/revistafm/v51n3/v51n3pdf/v51n3a5.pdf

McWhinney I. R. (1981). *An Introduction to Family Medicine*. New York: Oxford University Press.

Mechanic D. y Muddling. (1997). Through Elegantly: Finding the Proper Balance in Rationing. *Health Afairs,* 16 (5), 83-92.

Médicos Sin Fronteras. (2006). La crisis de Investigación y Desarrollo en el campo de las enfermedades olvidadas. En línea, recuperado en agosto 2010 en: http://www.msf.es/images/CAME_ImasD_tcm3-4964.pdf

Melzack R. y Casey K.L. (1968). Sensory, motivational and central control determinants of pain: a new conceptual model. En *The skin senses*. Springfield: Thomas. p.423-443.

Meneu Ricardo R. (1997). Variabilidad en la solicitud de pruebas de laboratorio. Uso innecesario y estrategias de gestión de la utilización. *Var Pract Med,* 12, 1-3.

(2002). *Variabilidad de las decisiones médicas y su repercusión sobre las poblaciones*. Colecc. Economía de la Salud y Gestión Sanitaria. Barcelona: Masson SA.

Meneu Ricardo R. y Peiró S. (2004). Variabilidad en la prescripción y consumo de medicamentos: utilidad de su análisis para la definición de políticas. En *Cuadernos de gestión de la utilización de medicamentos*, nº 3. Barcelona: Masson.

Milton J.C., Hill-Smith I. y Jackson S. (2008). Prescribing for older people. *BMJ*, 336, 606-9.

Ministerio de Sanidad y Consumo. (1984). Real Decreto 1910/1984 de 26 de septiembre, *de Receta Médica*. Madrid: BOE n 259 de 29/10/1984.

Ministerio de Sanidad y Consumo. (2006). Encuesta Nacional de Salud 2006. Madrid: Instituto Nacional de Estadística. Recuperado en septiembre 2010 en: http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2006.htm

Ministerio de Sanidad y Consumo. (2007). Informe del Grupo de Trabajo de Análisis del Gasto Sanitario. Recuperado en octubre 2010 en: http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/pdf/grupodeTrabajoSanitario2007.pdf

Minjeong K. (2009). *Retail Therapy: A Qualitative Investigation and Scale Development*. For the degree of Doctor of Philosophy. Faculty of the graduate school of the University of Minnesota. Disponible en: http://conservancy.umn.edu/bitstream/52142/1/Kang_umn_0130E_10394.pdf

Mintzes B. (2002). For and against: Direct to consumer advertising is medicalising normal human experience. *BMJ,* 324 (7342), 908-9.

Mishra R. (2000). El Estado de Bienestar en transición: Estados Unidos, Canadá, Australia y Nueva Zelanda en la década de los noventa. En: Rafael Muñoz de Bustillo (ed). *El Estado de Bienestar en el cambio de siglo*. Madrid: Alianza Editorial.

Molina Siguero, García Pérez et al. (2003). Prevalencia de desgaste profesional y psicomorbilidad en Médicos de Atención Primaria de un área sanitaria de Madrid. En: *Aten Primaria*, 31 (9), 564-74. Disponible en: http://www.elsevier.es/revistas/ctl_servlet?_f=7016&articuloid=13048145&revistaid=27

Moreno-Altamirano L. (2007). Reflexiones sobre el trayecto salud-padecimiento-enfermedad-atención: una mirada socioantropológica. *Salud Publica Mex,* 49, 63-70. Disponible en: http://www.medigraphic.com/pdfs/salpubmex/sal-2007/sal071i.pdf

Morin E. (1980). *El Método: La vida de la vida*. Madrid: Cátedra.

Moynihan R. (2002). Drug firms hype disease as sales ploy, industrie chief claims. *British Medical Journal,* 324, p. 867.

Moynihan R. y Smith R. (2002). Too much medicine. *British Medical Journal*, 324, 859-860.

Moynihan R., Heath I., Henry D. y Gotzsche P. (2002). Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering Commentary: Medicalisation of risk factors. *BMJ,* 324, 886-891.

Moynihan R. (2008). Is the relationship between pharma and medical education on the rocks?. *BMJ,* 337, p. 925.

Murray J.P., Greenfield S. y Meneu R. (1992). Ambulatory testing for capitation and fee-for-service patients in the same practice setting: relation to outcomes. *Med Care,* 30, 252-261.

Navarro V. (1978). *La medicina bajo el capitalismo*. Barcelona: Crítica.

(1998). Sistemas de salud en los países desarrollados. En: Martínez F., Castellanos P.L. y Navarro V. *Salud Pública*. México: McGraw-Hill.

Novoa Jurado AJ., Gèrvas J., Ponte C. (2014). Salvaguardas, deriva institucional e industrias farmacéuticas. En *AMF*;10(7): 373-382.

Núñez Jover J. (1990). La ciencia y la tecnología como procesos sociales. En: *Grupo de Estudios Sociales de la Tecnología. Tecnología y Sociedad*. La Habana: Félix Varela (pp. 43-60).

O'Brien M.A., Rogers S., Jamtvedt G., Oxman A.D., Odgaard-Jensen J., Kristoffersen D.T. et al. (2008). Visitas de extensión educativas: efectos sobre la práctica profesional y los resultados de salud (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, N 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Ollila E. (2005). Global health priorities -priorities of the wealthy? Recurso electrónico. *Globalization and Health*. Disponible en:

http://www.globalizationandhealth.com/content/1/1/6

OMC: Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España. (2008). *Los riesgos para el paciente de sacar la prescripción del ámbito médico.* www.cgcom.org

Organización Mundial de la Salud. (1948). *Official Records of the World Health Organization*. Ginebra. United Nations. Interim Commission.

(1978). Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, Kazajistán, URSS, 6-12 de septiembre 1978. Disponible en

http://whqlibdoc.who.int/publications/9243541358.pdf

(1999). *Guía de la buena prescripción. Manual práctico*. Programa de Acción sobre Medicamentos Esenciales. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

(2002a). *Promoción del uso racional de medicamentos: componentes centrales.* Programa de Acción sobre Medicamentos Esenciales. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

(2002b). *Selección de medicamentos esenciales.* Programa de acción sobre medicamentos de la OMS. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

(2002c). ¿Fomento de la ciencia o de las ventas?. En: *Boletín de medicamentos esenciales*. Nº 31. Disponible en: http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s4939s/s4939s.pdf

(2002d). *Estrategias sobre medicamentos de la OMS: 2000-2003.* Programa de acción sobre medicamentos esenciales de la OMS. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

(2003). *Conferencia Mundial Contra el Racismo, la Discriminación Racial, la Xenofobia y las Formas Conexas de intolerancia*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

(2006). *Uso racional de los medicamentos: progresos realizados en la aplicación de la estrategia farmacéutica de la OMS*. Consejo Ejecutivo, EB118/6, 118ª reunión. Disponible en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB118/B118_6-sp.pdf

Osés I., Martínez K. y Díaz A. (2007). Estudio de la calidad de la asistencia al moribundo en un hospital. *Anales Sis San Navarra,* vol. 30, 3, 177-188. *D*isponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272007000600013&lng=es&nrm=iso.

Otero M.J. y Domínguez A. (2000). Acontecimientos adversos por medicamentos: una patología emergente. *Farm Hosp,* 24, 258-66.

Owens T.P., Dominici L.E. y Saldaña A. (1998). *¿Qué es la Medicina Familiar?* Panamá: Universidad de Panamá.

Panadero Díaz M. (2006). Del pluralismo médico a la profesionalización de la medicina. *Anduli*, *Revista Andaluza de Ciencias Sociales*, nº 5, 32-42.

Parodi N., Villán Y., Granados MI., Royuela A. (2014). Prescripción potencialmente inapropiada en mayores de 65 años en un centro de salud de atención primaria. En *Aten Primaria*, 46 (6): 290-297.

Parsons T. (1976). Estructura social y proceso dinámico: el caso de la práctica médica moderna. En *El sistema social.* Madrid: Biblioteca de la Revista de Occidente, 431-441.

(1984). *El sistema social*. Madrid: Alianza Editorial.

Peiró S. (2003). Desde las variaciones en la práctica médica a la toma de decisiones compartida y la atención centrada en el paciente. *Semergen*, 29: 285-9.

Peiró S., Meneu R., Marqués Espí J.A., Librero J. y Ordiñana Calabuig R. (1998). La variabilidad en la práctica médica: relevancia, estrategias de abordaje y política sanitaria. *Papeles de Economía Española*, 76: 96-112.

Pellegrino E. (1997). El médico como gestor de recursos: la asistencia sanitaria desde la ética y la economía. En VV. AA.: *Limitación de prestaciones sanitarias.* Madrid: Fundación Ciencias de la Salud.

Pera C. (1999). Formación de los profesionales de la salud: una reflexión a las puertas del siglo XXI. *Revista Cuenta y Razón*, n 113, 27-34.

Pérez N. y González R.G. (2000). Sociología y salud. Reflexiones para la acción. *Rev Cubana Salud Pública,* 24(2), 91-100.

Phelps C.E. y Money C. (2000). Variations in medical practice use, causes and consecuences. En: Arnauld RJ, Rich RF, White WD, eds. *Competitive approaches to health care reform.* Washington, DC: The Urban Institute Press.

Piaget, J. (1981). *Psicología y Epistemología*. Barcelona: Seix Barral.

Pollock M., Bazaldua O. y Dobbie A. (2007). Appropriate prescribing of medications: an eight-step approach. *Am Fam Physician*, 75, 231-236.

Porter R. (1995). *Disease, Medicine and society, 1550-1860*. Cambridge: Cambridge University Press.

Prasad A. y Rao J. (1990). The Estimation of the Mean Squared Error of Small Area Estimators. *J AM Stat Assoc,* 85, 163-171.

Prat J. et al. (1980). Sobre el contexto social de enfermar. En Kenny M. et al. *Psicología social de las organizaciones.* México: Trillas.

Pratt Andy C. (2004). Retail therapy. *Edit. Geoforum*, vol 35 (5), 519-521. Disponible en: http://eprints.lse.ac.uk/277/1/Retail_therapy_%28LSERO%29.pdf

Prieto Yerro C., Laredo Velasco L., Rodríguez Bernardino A., Vargas Castrillón E., Ambit Ávila M.I. y Merchante Medina A. (2001). Modificación en el patrón de uso de Anfotericina B no convencional en el Hospital Clínico San Carlos de Madrid tras una intervención formativa. *Rev. Salud Pública,* 75, 353-360.

Puig Junoy J. (1998). Regulación y competencia de precios en el mercado farmacéutico. *Papeles de Economía Española*, 76, 96-112.

Rakel R.E. (1984). *Texbook of Family Practice.* Philadelphia: W.B. Saunders Company.

Ramírez, Martha O. (2006). La Prescripción de medicamentos y su repercusión social. Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. *Rev Cubana Salud Pública,* v.32, n.4.

Reséndez C., Garrido F. y Gómez-Dantés O. (2000). Disponibilidad de medicamentos esenciales en unidades de primer nivel de la Secretaría de Salud de Tamaulipas (México). *Salud Pública Méx,* 42, 298-308.

Rhéaume, J. (2005). L'enjeu d'une épistémologie pluraliste. En Gaulejac V., Hanique F., Roche, P. *La sociologie clinique. Enjeux théoriques et méthodologiques*. Ramonville Saint-Agne, éditions érès, pp.57-74.

Ritzer G. (1998*). Teoría sociológica contemporánea.* México: McGraw Hill.

Riutort B. (2001). Derechos y capitalismo global. *Leviatán, revista de hechos e ideas*, No. 83, 69-93.

Roa R., Siede J. y Ruiz Morosini M.L. (1997). *Medicina Familiar. Bases para un nuevo modelo de atención.* Buenos Aires: Editorial Akadia.

Rodríguez J.A. (1981). El poder médico, desde la sociología. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas REIS*, No. 14 , 95-112. Disponible en: http://www.reis.cis.es/REISWeb/PDF/REIS_014_07.pdf

Rodríguez Ibáñez J.E. (1978). *Teoría crítica y sociología*. Madrid: Siglo XXI.

Rodríguez Marín J. (1995). *Psicología Social de la Salud*. Madrid: Síntesis.

Rodwin MA. (2013). Institutional corruption & pharmaceutical policy. En *J Law Med Ethics*; 41(3): 544-52.

Rojas E. (1993). Teoría y práctica de la medicina social. *Bol Ateneo Juan C García,* 1(1), 4.

(1996). La medicina social y la medicina individual. ¿Complementariedad o convergencia? *Bol Ateneo Juan C García,* 4, 60.

Rojí Menchaca. (1987). *La entrevista terapéutica: comunicación e interacción en psicoterapia*. Cuadernos de la UNED 23. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia.

Rosendal M. y Iudin P. (1981). *Diccionario filosófico*. La Habana: Editora Política.

Roter D.L. y Hall J.A. (1992). *Doctors talking with patients. Patients talking with doctors*. London: Auburn House.

Royal S., Smeaton L., Avery A.J., Hurwitz B. y Sheikh A. (2006). Interventions in primary care to reduce medication related adverse events and hospital admissions: systematic review and meta-analysis. *Qual Saf Health Care, 1*5, 23-31.

Rubinstein A. (2001). *Medicina Familiar y Comunitaria. Bases y Fundamentos de la Práctica de la Medicina Familiar. Buenos Aires:* Editora Médica Panamericana S.A.

(2006). *Medicina Familiar y Práctica Ambulatoria*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.

Rubio y Galí F. (1899). Clínica social". En *Revista Ibero-americana de Ciencias Médicas* (Madrid), vol. II, nº 3, 50-78.

Sabucedo J.M., D´Adamo O. y García Beaudoux V. (1997). *Fundamentos de Psicología Social*. México: Siglo XXI editores SA.

Sádaba Rodríguez I. (2007). *Sociología de la propiedad intelectual en la era global: de las controversias científico – técnicas a los conflictos sociales*. Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid.

Salaverry. (2000). *Historia de la medicina peruana en el siglo XX*. Lima, Universidad Nacional Mayor de san Marcos, Fondo Editorial.

Salort i Vives S. *y* Muñoz Haedo R. (2007). *El Estado del bienestar en la encrucijada.* Alicante: Publicaciones Universidad de Alicante.

Saltman R. (1997). *Equidad y justicia distributiva en la reforma europea de la salud. Reforma sanitaria y equidad.* Madrid: Fundación Argentaria.

Sánchez-Bayón A. (2008-13). La Modernidad sin prejuicios (3 vols.), Madrid: Delta Publicaciones.

(2010). Estudios de cultura político-jurídica, Madrid: Delta Publicaciones.

(2012a). Filosofía Político-Jurídica Glocal, Saarbrücken: EAE.

(2012b). Humanismo Iberoamericano, Guatemala: Cara Parens.

(2013). Renovación de la Filosofía Social Iberoamericana, Valencia: Tirant lo Blanch.

(2014). Innovación docente en los nuevos estudios universitarios. Valencia: Tirant lo Blanch.

Sánchez Caro J. (2005). Bioética. En VV. AA. *Derecho sanitario y sociedad.* Madrid: Díaz Santos.

Sánchez Prieto F. L. (2007). *Medidas de racionalización del gasto sanitario y su aplicación.* Madrid: Consejería de Sanidad Comunidad de Madrid.

Schwart R., Soumerai S. y Avorn J. (1989). Physician motivations for nonscientific drug prescribing. *Social Science & Medicine*, vol 28 (6), 577-82.

Scoggins A., Tiessen J., Ling T. y Rabinovich L. (2008). *La prescripción en la atención primaria. Factores que influyen en la prescripción farmacológica realizada por los médicos de familia y cómo pueden modificarse las tendencias actuales.* Madrid: SEFAP – Sociedad española de Farmacéuticos de Atención Primaria. Series divulgativas documento nº 12.

Selman-Housswein Abdo E. (2002). *Guía de acción para la excelencia en la atención médica.* La Habana: Editorial Científico-Técnica.

Servicio Madrileño de Salud. (2008). *Evaluación de la información facilitada sobre la medicación prescrita por los Médicos de Atención Primaria*. Madrid: Comunidad de Madrid. SEGAP Servicio de Programas Asistenciales.

Serradell Cussó J. (1989). Farmacia Social: una nueva disciplina (Editorial). *Farmacia Clínica*, vol 6, nº 5, 308-309.

SESPAS. (1998). *Informe: La salud pública y el futuro del Estado del bienestar*. Granada: Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria, Escuela Andaluza de Salud Pública.

Shiva V. (2003). *¿Proteger o expoliar? Los derechos de propiedad intelectual*. Barcelona: Intermón Oxfam.

Stevens R. (1966). *Medical Practice in modern England*. New Heaven, CT: Yale University Press.

Stollberg G. (2002). Patients and Homoeopathy: an Overview of Sociological Literature. En: Dinges, M (ed.), *Patients in the History of Homoeopathy*. Sheffield: EAHM Publications, págs. 317-329.

Sulisailé Guerra P. et al. (2009). Síndrome Metabólico y Factores de Riesgo asociados al Consumo de

Alimentos en Adolescentes de Caracas, 2007 – 2008. *Rev Soc Med Quir Hosp Emerg Perez de Leon,* 40(1), 37-46.

Swick H.M., Szenas P., Danoff D. et al (1999). Teaching professionalism in undergraduate medical education. *JAMA*, 282, 830–832.

Szasz T.S. y Hollender M.H. (1976). The basic models of the doctor-patient relationship. *Arch Intern Med,* 97, 585-589.

Szasz T.S. (1974). *The myth of mental illness*. Nueva York: Harper & Row.

Taylor S.J., Bogdan R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Paidós.

Tizón JL. (1998). ¿«Grupos Balint» o «grupos de reflexión» (sobre los componentes relacionales de la asistencia)? En *Temas de Psicoanálisis* (Barc); 3: 7-37.

Toulmin S. (1979). Causation and the locus of medical intervention. En *Changing Values in Medicine*. New York: Univedrsity Publications of America, pp 59-72.

Torregrosa, J. R. (1982). Emociones, sentimientos y estructura social. En J. R. Torregrosa & E. Crespo (Eds.), *Estudios básicos de psicología social* (pp. 185-199). Barcelona: Herder.

(1987). Dimensiones subjetivas del cambio social. En *Revista de Sociología*, Nº 28.

(2013). Algunas reflexiones (asistemáticas) a propósito de la Sociología Clínica. Conferencia inédita, en ISA RC46 Clinical Sociology Conference, Madrid, marzo.

Trinidad, A., Carrero V. y Soriano RM. (2006). *Teoría fundamentada, Grounded Theory: La construcción de la teoría a través del análisis interpretacional*. Madrid, España: Centro de Investigaciones Sociológicas, cuadernos metodológicos nº 37.

Turner B. (1989). *El cuerpo y la sociedad. Exploraciones en Teoría Social.* México: Fondo de Cultura Económica, 247-253.

Ureña E. (2008). *La teoría crítica de la sociedad de Habermas: la crisis de la sociedad industrializada*. Madrid. Tecnos.

Uribe Oyarbide J.M. (1996). *Educar y curar. El diálogo cultural en Atención Primaria*. Madrid: Ministerio de Cultura.

Valsecia M. (2002). La cultura del medicamento o medicalización de las comunidades. *Boletín Fármacos,* Vol 5, (2). Dispñonible en: www.boletinfarmacos.org

Valsecia M. y Figueiras A. (2008). Sobre la necesaria aplicación del razonamiento al proceso de prescripción. *Rev Port Clin Geral*, 24, 619-23.

Vander Zanden J.M. (1986). *Manual de psicología social.* Buenos Aires: Editorial Paidós.

Velasco J.L. (1983). Sociología del medicamento: factores sociales que intervienen en su prescripción y consumo. En *Complementos de Farmacología*, pp. 309-347. Valladolid: Librería Médica.

Velasco Martín A. (2000). *Sociología del medicamento.* Valladolid: Universidad de Valladolid.

Vicens J. (1995). *El Valor de la Salud*. Madrid: Siglo XXI.

Vicuña Castrejón M. (2006). *El médico de cabecera al inicio del siglo XXI: entre la curación y la sanación*. Tesis doctoral. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Rey Juan Carlos. Madrid.

Wennberg J.E. y Cooper M., eds. (1997). *The Dartmouth Atlas of Health Care*. Chicago: American Hospital Publishing.

White K. (2009). *An Introduction to the Sociology of Health and Illness*. London: SAGE.

Wirth, L. (1931). Clinical sociology. En *American Journal of Sociology*, vol. 37, 49–66.

World Health Organization. (1978). *Background documental for the 31st World Health Assembly.* Ginebra: WHO (A/31 technical discussions/1).

Wynia *et al.* (2000). Medical Professionalism in Society. *The New England Journal of Medicine*, Nº 17, volumen 342, 1288-1290.

Yzaguirre F. (2002). Los orígenes modernos de la actividad aseguradora en España y la publicidad de los seguros a finales del siglo XIX. En Arribas Macho J.M. y Barbut M.: *Estadística y Sociedad*, UNED Ediciones. Madrid, pp. 279 - 299.

(2003 a). Riesgos catastróficos: El síndrome del aceite tóxico (SAT) y sus repercusiones en el sur de Madrid. En *El Sur de Madrid como espacio sociológico*, Pinto, pp. 201-212. Madrid: Instituto de Estudios Históricos del Sur de Madrid Jiménez de Gregorio.

(2003 b). El impulso constructor, el seguro y la domesticación del riesgo. Tercer Premio de Ensayo Breve en Ciencias Sociales Fermín Caballero. En *Barataria*, vol. 6, separata, 2003, pp. 43-60.

(2009). Industrias culturales y clúster de excelencia urbana. En Manito F.: *Ciudades Creativas: cultura, territorio, economía y ciudad*, Fundación Kreanta. Barcelona, pp 111-125.

(2013a). Professional Practice and its Contradictions: The Primary Care Physician (PCP) and the Drug Prescription Process (DPP). Analysis of an in-depth interview. En *International Sociological Association's RC46 Committee in Clinical Sociology*, Madrid, marzo 2013, oral presentation.

(2013b). Algunas influencias de índole social del Proceso de Prescripción de Medicamentos protagonizado por los médicos de atención primaria en Madrid. En *XI Congreso Español de Sociología*, Madrid, julio 2013, comunicación escrita, actas, volumen 1, pp. 1203-1212.

(2013c). Talleres de reflexión, implicación y empleo desde la perspectiva de la sociología clínica. En *XI Congreso Español de Sociología*, Madrid, julio 2013, comunicación escrita, actas, volumen anexo.

(2013d). L'animation de séminaires d'implication pour groupes des chômeurs en Espagne. Intervenir auprès d'une forme d'oppression fantasmagorique. En *Congrès de l'Association Française de Sociologie (AFS): les dominations*. Nantes (Francia), septiembre 2013, comunicación oral.

(2014a). La gestión de la calidad, el conocimiento y el talento, en las organizaciones culturales. En *Manual Web APP de apoyo a la Gestión Cultural*, Extensión Universitaria, Universidad de Cádiz 2014. Libro electrónico: http://atalayagestioncultural.es/autor/fernando-yzaguirre-garcia

(2014b). *Guía de Familias Reconstituidas*. Unión de Asociaciones Familiares, UNAF. Madrid. *En prensa.*

Yzaguirre F., Ausejo M., Fernández K., Pérez M.T., Cruz E., Negro E. y Arias J. (2004). Técnicas académicas de apoyo a la toma de decisiones clínicas y a la mejora de la efectividad en la prescripción: educational outreach visits. En *VIII Congreso Español de Sociología*, Alicante, CD-R Actas.

Yzaguirre, F., Castillo Mendoza, C.A. (2013). La perspectiva de la sociología clínica: una sociología de proximidad orientada al sujeto. En *XI Congreso Español de Sociología*, Madrid, julio 2013, actas, volumen 1, pp. 1203-1212.

Zola I. K. (1972). Medicine as an Institution of Social Control. En *Sociological Review,* 20, 487–504.

More Books!

yes

I want morebooks!

Buy your books fast and straightforward online - at one of the world's fastest growing online book stores! Environmentally sound due to Print-on-Demand technologies.

Buy your books online at

www.get-morebooks.com

¡Compre sus libros rápido y directo en internet, en una de las librerías en línea con mayor crecimiento en el mundo! Producción que protege el medio ambiente a través de las tecnologías de impresión bajo demanda.

Compre sus libros online en

www.morebooks.es

OmniScriptum Marketing DEU GmbH
Heinrich-Böcking-Str. 6-8
D - 66121 Saarbrücken
Telefax: +49 681 93 81 567-9
info@omniscriptum.de
www.omniscriptum.de