

Medicina basada en la inocencia?

Dr. Alcy Edmundo Torres Guerrero

¹ Hospital Carlos Andrade Marín - Jefe del Servicio de Medicina Interna

Correspondencia:

Dr. Alcy Edmundo Torres – atorresg@iess.gob.ec

Recibido: 10/07/2014

Aceptado: 18/12/2014

En el 2013 el mercado farmacéutico ecuatoriano alcanzó \$1,5 billones según estimación de la revista "Análisis Semanal", 1,4 billones de este monto salen del país por importación de fármacos elaborados y de materia prima provenientes de los países productores. En estas circunstancias, el control de la dispensación de medicamentos innecesarios es una medida lógica si se toma en cuenta el grave perjuicio económico que ocasiona. Lamentablemente, en el 2013 se obtuvo un exagerado déficit de la balanza comercial farmacéutica que alcanzó menos \$969 millones (Acosta Burneo A. Spurrier Baquerizo W, 2014). Esta cifra equivale al 10% del déficit de la balanza comercial no petrolera 2013 que llegó a menos US\$9.111,5 millones (© AméricaEconomía, 2014).

La reducción de gasto en medicamentos beneficiaría exclusivamente a los ecuatorianos y a la salud pública nacional con un mínimo impacto contra la industria farmacéutica internacional. En el año 2013 una de las grandes compañías farmacéuticas internacionales que vendió alrededor de 60 millones de dólares en el Ecuador, con una participación aproximada del 5% del mercado, al final del año reportó una utilidad a nivel mundial de 22 billones de dólares correspondientes al 40% de sus ventas según la lista "Fortune500" (FORTUNE, 2014).

Esta relación demuestra que la reducción de gasto en medicamentos por parte del mercado ecuatoriano puede generar solo un impacto negativo marginal en el rendimiento de la industria farmacéutica internacional. Por ejemplo, la meta de reducción de importación de medicamentos innecesarios en 542 millones reduciría el déficit de la balanza comercial ecuatoriana a la mitad.

En el Ecuador la mayoría de fármacos son vendidos sin prescripción médica, la población adquiere múltiples drogas para supuestas indicaciones que no son aceptadas por los médicos. Los productos que más venden en el mercado ecuatoriano son multivitaminas, suplementos alimenticios y antiinflamatorios de alto costo que se suponen capaces de curar las más variadas enfermedades (Redacción elcomercio.com, 2012). La verdad es otra, estos productos cuentan con una agresiva inversión publicitaria, pero no con un adecuado soporte científico. Es inaceptable la crueldad del mercado al considerar a aquella mujer anciana que gasta la mayor parte de su ingreso en medicamentos inútiles que jamás le van a aliviar de sus dolencias crónicas e irreversibles, privándose del merecido goce de sus escasos recursos al final de la vida o del padre de familia que gasta regularmente una cantidad de dinero para un "protector hepático" que engañosamente se le ha convencido que le curará su hígado graso.

Otro factor, quizá el más importante, es la práctica acostumbrada en la prescripción de medicamentos por parte de los médicos. El país necesita profesionales comprometidos con la salud de la mayoría de la población y con la Patria, médicos con criterio beneficio/costo de un fármaco o de una forma farmacéutica en sus prescripciones. La administración sensata y prudente de medicamentos ayuda, no solo a reducir costos, sino también a disminuir efectos adversos.

Según la Organización Mundial de la Salud, a partir de la educación universitaria inicial, que se concentra más en la teoría que en la práctica, el médico puede adquirir hábitos en la prescripción que ocasionan efectos negativos en la atención sanitaria. Así lo afirma la "Guía de la buena prescripción - Manual práctico":

"Los malos hábitos de prescripción son el origen de tratamientos inefectivos e inseguros, de exacerbación o alargamiento de la enfermedad, de tensión y daño al paciente y de costes más altos. También contribuyen a que el prescriptor sea vulnerable a influencias que pueden causar una prescripción irracional, como la presión del paciente, los malos ejemplos de los colegas y la información de los representantes de los laboratorios".

La educación médica inicial no puede ofrecer "experiencia", entendida como la certeza que es evidente en el médico más antiguo, pues esto exige tiempo en el ejercicio de la profesión. El estudiante desconoce cómo proceder prudentemente en la práctica clínica, esto es inevitable. Sin embargo, el joven médico no ha adquirido todavía estos "malos hábitos" de los que habla la OMS, es solamente vulnerable a hacerlo. La aptitud prescriptiva evoluciona con el tiempo y puede evolucionar en forma buena o mala (De Vries T P G M, et al, 1998).

Las influencias que determinan la prescripción de medicamentos por parte de los médicos son complejas y no han sido ampliamente estudiadas (Hennessy, 2006). La investigación mundial ha identificado ciertas prácticas prescriptivas como fuentes de error o factores de riesgo para el surgimiento de resistencia bacteriana y mala respuesta terapéutica (Gbotosho GO, 2009). Así mismo, se ha evidenciado la existencia de estas prácticas irracionales en un hospital europeo (Di Giammarino L, 2005). Un estudio de investigación asiático afirma que las prácticas irracionales en el tratamiento del paludismo pueden atribuirse al uso de terapias empíricas, la influencia de la industria farmacéutica y a la falta de capacitación de los prescriptores (Madeeha Malik, 2013).

En el proceso de prescripción razonada el médico sigue seis pasos: definir el problema del paciente, especificar el objetivo terapéutico (¿Qué desea conseguir con el tratamiento?), comprobar si el tratamiento habitual es adecuado (comprobar la efectividad y la seguridad), comenzar el tratamiento, dar información (instrucciones y advertencias), supervisar (¿y detener?) el tratamiento (De Vries T P G M, et al, 1998). La práctica incorrecta en cualquiera de estos pasos conlleva el peligro de equivocarse en la selección del medicamento y para evitar esto, el médico responsable se sirve de publicaciones internacionales en la práctica de la "Medicina Basada en la Evidencia" (MBE).

Por medio de la presente contribución académica, el autor propone la tesis de que la comprensión de la MBE por parte de los médicos es una influencia determinante en la prescripción de medicamentos, pero que en muchos casos la carencia de un necesario enfoque crítico y en muchos casos escéptico de la literatura científica puede llevar al médico a prescribir fármacos excesiva e irracionalmente.

El médico desconoce casi totalmente los beneficios económicos que reciben los investigadores por sus patentes de medicamentos y las estrategias de geopolítica macroeconómica que aplican las corporaciones farmacéuticas para expandir sus mercados. A menudo, el médico confía ciegamente en la independencia científica de lo que lee, sin verificar la posible y probable existencia de conflictos de interés que normalmente abundan en las publicaciones científicas. Al fin y al cabo, ¿quién puede vender mejor un invento que su propio inventor?

La Medicina Basada en la Evidencia (MBE) ha sido definida por los pioneros como la utilización consciente, explícita y juiciosa de la mejor evidencia clínica disponible para tomar decisiones sobre el cuidado de los pacientes individuales (David L Sackett, 1996). El criterio expuesto en esta publicación defiende que aunque la mayoría de médicos usan la MBE como una herramienta básica para la toma de decisiones, a menudo se produce un error por exceso en el énfasis en la segunda parte de la definición: la mejor evidencia, en detrimento de la primera parte: la utilización consciente, explícita y juiciosa de ella. Así, la interpretación del médico estaría parcializada con el rigor metodológico otorgándole todo el peso argumental en el análisis al olvidar que la universalidad, los fenómenos históricos y sociológicos dentro de las poblaciones estudiadas también determinan la calidad de los estudios.

Varias experiencias nos han enseñado a ser críticos y escépticos frente a estas recomendaciones por las que pagamos al comprar suscripciones a revistas científicas. El supuesto beneficio de los suplementos vitamínicos antioxidantes en la prevención de neoplasias malignas en distintos órganos, que gozaba de un buen nivel de evidencia en los noventa, jamás se reflejó en la reducción de las tasas de mortalidad por cáncer. La terapia de reemplazo hormonal que se afirmaba reducía el riesgo de fracturas después de la menopausia quedó en desuso porque la misma evidencia reveló que causaba una mayor mortalidad cardiovascular (Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators, 2002).

Las largas listas de los "nuevos" psicofármacos antidepresivos jamás probaron ser más eficaces que las primeras moléculas de cada clase pero sí tuvieron costos significativamente mayores. El uso de múltiples antibióticos de amplio espectro para tratar la neumonía asociada a los cuidados de la salud nunca se demostró mejor que el tratamiento para cualquier otra neumonía (Madaras-Kelly KJ, 2012) (Attridge RT, 2011).

Muchos medicamentos fueron retirados del mercado en los países occidentales por sus efectos adversos y otros salieron del mercado por decisión de los mismos fabricantes debido a los altos montos de dinero que tuvieron que pagar por juicios planteados por los consumidores como el caso de isotretinoína (Vorcaros D, 2012). Múltiples ejemplos pueden ser mencionados de nuevas drogas costosas que no fueron superiores a las que ya existían como leflunomida (Scott DL, 2001) o esomeprazol (Gralnek I, 2006). Múltiples opciones farmacológicas disponibles en el mercado para el tratamiento del reflujo gastroesofágico han sido ineficaces o peligrosas (Vela M, 2014).

Un estudio que planteaba el uso, a gran escala, de rosbustatina en la prevención primaria de las enfermedades cardiovasculares ha sido criticado por sus defectos metodológicos y por cuestionamientos adversos en cuanto al rol de los auspiciantes comerciales (de Lorgieril M, 2010). Varias compañías farmacéuticas de impacto mundial asumieron arreglos extrajudiciales que sumaron montos multibillonarios por actividades de mercadeo antiético (Smith B, 2012).

Es necesario considerar que la autorización para la venta libre de un medicamento en el país productor puede tener una intensión geopolítica. Esto se puede entender así porque los formularios farmacéuticos que se aplican en los prestadores de salud de esos países no incluyen todos los medicamentos aprobados, sino aquellos

con buena relación beneficio/costo. Entonces, ¿quién comprará estos medicamentos?

En la educación médica, los profesores que no modelan un espíritu crítico de la literatura científica corren el riesgo de adoctrinar a sus alumnos en beneficio de los intereses comerciales antes que del mejoramiento de la salud pública. Las facultades de medicina deberían evitar sobredimensionar el nivel de evidencia a la hora de revisar los estudios clínicos. Lamentablemente, no aparenta ser esta la realidad en nuestro sistema universitario.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. América Economía. (12 de febrero de 2014). América Economía. Obtenido de Balanza comercial ecuatoriana presentó déficit por US\$1.084M en 2013: <http://americaeconomia.com/economia-mercados/finanzas/balanza-comercial-ecuatoriana-presento-deficit-por-us1084m-en-2013>
2. Acosta Burneo A, Spurrier Baquerizo W. (2014). Reducción de Precios es Revolución. Análisis Semanal, de economía y política del Ecuador, Sector Farmacéutico, año XLIV #19, mayo 9, 2014
3. Attridge RT, et al. (2011). Guideline concordant therapy and outcomes in healthcare-associated pneumonia. Eur Respir J, 38(4):878-87. doi: 10.1183/09031936.00141110. Epub 2011 Mar 24
4. David L Sackett, W. M. (1996). Evidence based medicine: what it is and what it isn't. BMJ 1996;312:71-72 (13 January) de Lorgieril M, et al. (2010). Cholesterol Lowering, Cardiovascular Diseases, A Critical Reappraisal. Arch Intern Med., 170(12):1032-1036
5. De Vries T P G M, et al. (1998). Guía de la buena prescripción Manual práctico. Ginebra: Organización Mundial de la Salud
6. Di Giammarino L, et al. (2005). Evaluation of prescription practices of antibiotics in a medium sized Swiss hospital. Swiss Med Wkly; 135(47-48): 710-4, 2005 dec 10
7. Fortune. (3 de junio de 2014). Fortune 500 2014. Obtenido de <http://fortune.com/fortune500/pfizer-inc-51/>
8. Gbotosho GO, et al. (2009). Potential contribution of prescription practices to the emergence and spread of chloroquine resistance in south west Nigeria: caution in the use of artemisinin combination therapy. Malar J; 8: 313, 2009
9. Gralnek I, et al. (2006). Esomeprazole Versus Other Proton Pump Inhibitors in Erosive Esophagitis: A Meta Analysis of Randomized Clinical Trials. Clinical Gastroenterology and Hepatology, Volume 4, Issue 12, Pages 1452-1458
10. Hennessey, S. (2006). Brian L. Strom, Textbook of pharmacopidemiology. The Atrium, Southern Gate, Chichester, West Sussex PO19 8SQ, England: John Wiley & Sons Ltd.
11. Madaras Kelly KJ, et al. (2012). Guideline based antibiotics and mortality in health care associated pneumonia. J Gen Intern Med. 27(7):845-52. doi: 10.1007/s11606-012-2011-y. Epub 2012 mar 7
12. Madeeha Malik, M. A. (2013). Why Hospital Pharmacists Have Failed to Manage Antimalarial. Malaria Research and Treatment, Hindawi Publishing Corporation, Volume 2013, Article ID 342843, 9 pages
13. Redacción elcomercio.com (21 de mayo de 2012). Si los síntomas persisten... entonces deje de automedicarse. *El Comercio de Quito*, pág. Tendencias

14. Scott DL, et al. (2001). Treatment of active rheumatoid arthritis with leflunomide: two year follow up of a double blind, placebo controlled trial versus sulfasalazine. *Ann Rheum Dis*, 60:913-923 doi:10.1136/ard.60.10.913
15. Smith B, et al. (06 de 2012). Inappropriate prescribing. *Monitor on Psychology*, págs. Vol 43, No. 6
16. Vela M. (2014). Medical Treatments of GERD The Old and New. *Gastroenterol Clin N Am*, 43 (2014) 121–133
17. Voreacos D. (30 de 04 de 2012). "Roche Found Liable in First Of 400 Suits Over Accutane". *The Washington Post. Bloomberg News*
18. Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators. (2002). Risks and Benefits of Estrogen Plus Progestin in Healthy Postmenopausal Women Principal Results From the Women's Health Initiative Randomized Controlled Trial. *JAMA*, 288:321-333