

La deontología de los farmacéuticos, los derechos del paciente y la PDD

José Ignacio Centenera

Farmacéutico y miembro de la Asociación Cívica. Especialista en Análisis y Control de Medicamentos y Drogas. Diplomado en Farmacoeconomía y Análisis del uso de los Medicamentos. Diplomado en Bioética y Ética Sanitaria

La historia de la Deontología profesional siempre ha estado ligada a la existencia de códigos deontológicos (1) y más que nunca en los últimos tiempos en los que diversos dilemas y debates que han surgido en torno a temas como la clonación humana, la manipulación genética, el uso de células de origen incierto en investigación, la investigación clínica (especialmente en los países en desarrollo), la venta de medicamentos éticos sin prescripción médica (PDD), las patentes farmacéuticas y el acceso a los medicamentos, la falsificación de medicamentos, la farmacoterapia en pacientes terminales y la eutanasia, por nombrar solo algunos, hacen necesario disponer de información adecuada y actualizada y de códigos deontológicos que regulen u orienten el quehacer profesional(2).

Un código deontológico no es ni más ni menos, que una guía de normas precisas para el profesional, cuyo objetivo es facilitar y orientar el buen cumplimiento de unas reglas éticas y morales que impone una determinada profesión. Es cierto que en muchas ocasiones, algunos han puesto en tela de juicio que existan los códigos deontológicos, acusándoles de “corporativistas” o “prohíbilistas” e incluso indicando que con las normas reguladoras en materia de medicamentos de los gobiernos, ya resultaría suficiente; la realidad e incluso la riqueza profesional (nos atreveríamos a indicar), es bien distinta: un código deontológico, enaltece la actividad de una profesión en constante avance científico. Poseen un carácter positivo y promocional pues proporcionan pautas de actuación o de comportamiento ante diversos dilemas éticos que van surgiendo de la ciencia y de la promoción de la salud y la atención farmacéutica a los pacientes. Así los códigos poseen una función primaria, en la que coinciden con el Derecho y la moral, promoviendo un modelo de comportamiento entre los profesionales farmacéuticos. Por otra parte, se hace necesario señalar que la construcción del código deontológico de una profesión, aunque debe ser realizada por consenso democrático entre los miembros del colectivo profesional, su fundamento debe ser radicalmente objetivo (1) y en algunas cuestiones puede diferir del sentir común de una sociedad o de ciertos nuevos usos y costumbres que surgen en la misma. Hay principios innegociables tales como: el respeto a la vida y a la dignidad de los seres humanos y la obligación de no dañar a los pacientes. También es cierto que en los últimos tiempos y debido a un cambio de modelo en la relación entre el profesional sanitario y el paciente, estamos asistiendo al paso de una acción paternalista a una prominente relevancia de la autonomía del paciente, de ahí que en muchos códigos se critique el hecho de que el paciente no haya ejercido su opinión también. Bien lo cierto es que ni el paternalismo exacerbado ni el autonomismo al límite, existen equilibrios a los que llegar siempre y cuando eso no suponga renunciar a los grandes principios innegociables englobados en la beneficencia y no maleficencia. Todo ello supone una constante evolución del código deontológico y el abordaje de los nuevos dilemas en el.

Y puesto que hemos hablado de esa nueva relación sanitario-paciente, que en muchas ocasiones parece que entra en franca confrontación, situemos brevemente la Ley 41/2002 básica de regulación de la autonomía del paciente y su encaje en la acción del profesional ante el paciente y el código deontológico profesional. Como dice López Guzman (3): en algunos apartados de la ley se produce una supremacía de la autonomía del paciente, que podría devenir en una “tiranía” de éste para con los agentes de salud; incluso la propia ley evita incluir

en el texto la eventualidad de que el paciente respete la decisión de un sanitario de no intervenir, si por ciencia o conciencia así lo estimara. Parece como si el legislador hubiese querido seguir ese principio del Derecho relativo a “lo que la Ley no contempla...”, obviando el reconocimiento que la Constitución Española hace sobre la objeción de conciencia y sobre la libertad del individuo y de sus convicciones o el respeto a los derechos humanos. La ley asume, de forma poco lógica el paso del predominio de la jerarquía al de libertad material, en muchos casos, de lealtad a opción y de deber a derecho, evitando establecer equilibrios entre ambos necesario para establecer soluciones valiosas para los dos. De esta forma conseguiríamos que mediante el diálogo y la interrelación entre sanitario y paciente, éste llegue a tener un conocimiento más exhaustivo de su estado, evolución y alternativas y para el sanitario se hace más patente la realidad que rodea al enfermo. Este es el nudo gordiano para muchas acciones en salud; así cuando ciertas iniciativas en materia terapéutica son implementadas por el regulador con difíciles justificaciones científico-sanitarias o que obedecen a ciertas imposiciones doctrinales que chocan no sólo con la ciencia sino con la conciencia de los que las tienen que implementar e incluso con los normas deontológicas de una profesión pretendiendo incluso utilizar al paciente como arma arrojadiza sobre los “discrepantes”; es cuando se pueden contemplar los grandes vacíos que ciertas normas jurídicas tienen y como en muchas ocasiones éstas, pueden haber sido construidas con una finalidad que ampara más intereses saduceos que un equilibrio social y un buen orden jurídico, amén de un Derecho positivo. Ahí es donde no sólo los conocimientos científicos del profesional juegan un papel preponderante, sino donde los códigos deontológicos deben ser las verdaderas premisas de actuación y los Colegios Profesionales, en virtud de la potestades delegadas por las leyes en su favor, los garantes de un ejercicio profesional lo más correcto posible, amparando de forma activa a todos los profesionales.

En los últimos meses muchos farmacéuticos asistimos atónitos al cambio de status del producto conocido como píldora del día después ó PDD, propugnado por el Ministerio de Sanidad y Política Social y digamos, avalado por la Agencia Estatal del Medicamento (aunque aparezcan de repente informes contradictorios). Dicho producto ha sido modificado desde el punto de vista legal en su condición de medicamento sujeto a prescripción médica a una condición de venta sin receta. Lógicamente y dadas las características del producto: levonorgestrel en única dosis de 1500 mcg, con un mecanismo de acción y consecuencias no del todo bien conocidas a juicio de muchos autores, puede generar y de hecho genera ciertos dilemas éticos. Lo más importante para una decisión ética en la contracepción de emergencia, es conocer el mecanismo de acción del producto que se propone para su uso, en nuestro caso el levonorgestrel en dosis de 1500 mcg en una única toma antes de las 72 horas de realizado el acto sexual. Como es bien conocido dicho producto es un progestágeno cuya forma de actuar es doble: inhibe la ovulación e impide la implantación (4), así cuando en un producto sólo se emplea un progestágeno y se elimina el estrógeno (usado en combinación en el método Yuzpe) se refuerza su acción antiimplantatoria y se debilita su efecto anovulatorio por lo que este tipo de productos, sólo con gestágenos, marcan su acción antiimplantatoria y por tanto abortiva en un mayor grado. Es aquí donde surge el principal dilema ético y dado que la mayoría de los códigos deontológicos, incluido el español aprobado por la Asamblea del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, recogen ciertos principios o normas que chocan directamente con este mecanismo de acción, es lícito plantearse no sólo la objeción de ciencia sino incluso la de conciencia. Vemos en dicho código normas como la citada como número 2/ *El farmacéutico, en su ejercicio profesional, excederá el estricto cumplimiento de las normas legislativas vigentes y adoptará un comportamiento ético en todas sus actividades.* O la incluida en el apartado 9/ *El farmacéutico adoptará la más exigente*

actitud ética, incluso cuando no le sea solicitada ni requerida, en todo el proceso de investigación, ensayo, autorización, fabricación, distribución, promoción, custodia, publicidad, dispensación y seguimiento de los medicamentos, así como en todas las facetas de su ejercicio profesional. Además de la contenida en el apartado 10/ El farmacéutico se abstendrá de participar en todo tipo de actuaciones, estén o no relacionadas con su profesión, en que sus conocimientos y habilidades sean puestas al servicio de actos que atenten contra la vida, la dignidad humana o contra los derechos del hombre. No dejaremos de lado tampoco la contenida en el apartado 27/ El farmacéutico respetará las disposiciones legales y regulaciones normativas y cooperará en su modificación cuando, según su opinión científica y técnica, se contribuya a un mayor beneficio del individuo. Y por supuesto la indicada en el apartado 28/ La responsabilidad y libertad personal del farmacéutico le faculta para ejercer su derecho a la objeción de conciencia, respetando la libertad y el derecho a la vida y la salud del paciente. Sin olvidar la escrita en el apartado 31/ El farmacéutico, sus compañeros y sus representantes corporativos en el ejercicio de sus funciones, mantendrán relaciones de respeto mutuo. Asimismo, la Corporación Farmacéutica ha de esforzarse en conseguir que las normas éticas de éste Código sean respetadas y protegidas por la Ley, defendiendo a los colegiados que se vean perjudicados por causa del cumplimiento de sus principios éticos. Creemos que está suficientemente claro que el farmacéutico, en circunstancias como la prevista en la nueva condición de venta de la PDD, en virtud de las normas 2/, 9/, 10/ y 27/ y conocido por la literatura científica cual es el mecanismo de acción mayoritario de este tipo de productos y los efectos secundarios conocidos por la misma literatura y los posibles en el futuro, se puede plantear, de manera activa, una objeción de conciencia por ese cambio legal en la forma en la que este producto llegue a la sociedad, teniendo en cuenta también la falta de control por un facultativo médico, el uso indiscriminado que se puede producir del producto y los efectos a largo plazo que este uso pueda provocar.

No es baladí que en la conciencia individual, cada farmacéutico pueda objetar en conciencia en virtud del mecanismo mayoritariamente abortivo que el producto prevé y por supuesto si tenemos en cuenta que autores como el Dr. Aznar Lucea indican que el producto no es efectivo entre el 15-25% de los casos y que el embarazo en éstos podría proseguir y por tanto actuar con la potencialidad teratógena que las hormonas poseen, sobre el embrión. Además en caso de que se usara repetidamente la píldora del día después, podría alterar seriamente el ciclo sexual femenino, lo que podría dificultar en la usuaria la distinción entre un retraso de la menstruación por irregularidades del ciclo o por un embarazo. Si leemos detenidamente la norma número 10/ del código deontológico farmacéutico, se puede colegir que si en otros aspectos a considerar es que el uso de la píldora del día siguiente puede aumentar el número de relaciones sexuales, al trivializar éstas, lo que podría favorecer el incremento del número de embarazos, abortos y contagio de enfermedades infecciosas de transmisión sexual (4) y que datos de este hecho son perfectamente contrastables, así en un trabajo publicado por el BMJ 321; 486, (2000) se constata que adolescentes que acudían a consulta de planificación tenían un riesgo de quedarse embarazadas 3,22 veces superior que las que no acudían, las que usaban métodos anovulatorios lo tenían 2,96 veces superior que las que no los tomaban y las que utilizaban el preservativo 2,70 veces mayor que las que practicaban la continencia. El corolario es lógico, se incrementa el número de contactos sexuales e incluso se hace de forma indiscriminada. Tampoco, según bastantes trabajos publicados, se ha reducido ni el número de embarazos en adolescentes ni el número de abortos provocados, como muestra diremos que en España el número total de unidades de PDD vendidas desde 2001 (año de su aprobación y puesta en el mercado farmacéutico) ha aumentado desde las 160.000 a las 600.000 del año 2007 y en este tiempo la tasa de abortos provocados no ha descendido, así de los 69.858 abortos provocados en 2001 hemos pasado a los 112.138 abortos provocados en 2007, último

dato oficial. Evidentemente que el farmacéutico participe en acciones en las que no sea justificado el uso del producto o el uso sin control más exhaustivo y que sea con productos que atenten contra la vida o contra la dignidad humana (en este caso la de la mujer que es la que puede padecer todo tipo de efectos a posteriori) y por supuesto sin tener en cuenta a la nueva vida humana, a la que nadie pregunta o considera, justifica más si cabe la objeción.

No queremos dejarnos en el tintero la necesidad de indicar a nuestra Corporación farmacéutica la necesidad de releer y meditar pacientemente la norma 31/ del código deontológico de nuestra profesión y máxime en estos momentos en los que existe una controversia concreta sobre el papel del farmacéutico en un tema sobre el que no habría ninguna necesidad de cambiar el status y por otro lado se niega la posibilidad de que el farmacéutico pueda realizar otras acciones en torno a la farmacoterapia, perfectamente contrastadas, con capacidad de selección tanto en la decisión de uso de un fármaco como en la derivación al médico o en situaciones como la sustitución por equivalentes terapéuticos. Y por supuesto la necesidad de promover la revisión de textos legales, ante las instancias pertinentes, tales como la ya comentada Ley 41/2002 básica reguladora de la autonomía del paciente que como dicen muchos autores, carece de una fundamentación teórica que ofrezca una visión coherente y equilibrada de los derechos y deberes tanto de pacientes como de los profesionales de la salud, así como la actualización y revisión constante de las normas deontológicas en virtud de la aparición de nuevos dilemas éticos y de nuevas prácticas de atención profesional.

Y terminamos con una frase del gran Aristóteles: ***No basta decir solamente la verdad, mas conviene mostrar la causa de la falsedad.***

(1) Deontología farmacéutica. Concepto y fundamento. López Guzman J. y Aparisi Miralles A.(2000). EUNSA Astrolabio nº 274. Pamplona

(2) Etica y Farmacia. Una perspectiva latinoamericana. Garbi M.R., Lolas F y Quezada A. Acta Bioethica nº2 (2009)

(3) La implantación de los derechos del paciente. León Sanz, P (Ed) (2004) EUNSA Astrolabio nº343. Pamplona

(4) Contracepción postcoital de emergencia. Aznar J. (2006) Cuadernos de bioética XVII. 3ª ed. Madrid