

SOBRE LA DISTRIBUCIÓN DE RECURSOS PARA LA SALUD EL PROBLEMA DE LOS COSTOS DE LOS MEDICAMENTOS

Ma. de la Luz CASAS M.*

I. INTRODUCCIÓN

Todo ser humano tiene derecho a la salud como un bien necesario para su existencia, y por lo tanto los servicios que ayudan a conservarla o a recobrarla deben ser dados a todos. El médico, como colaborador en el proceso de salud, tiene la obligación ética de prestar sus servicios con la mejor calidad posible dentro de una decisión racional de los recursos para la salud.

Desde mediados del siglo XX ha habido una mayor aceptación del derecho a la salud, lo cual ha propiciado el surgimiento de sistemas de atención

* Doctorado avanzado en ciencias de la salud, área bioética, UNAM.

de la salud en prácticamente todos los países. No obstante, la demanda creciente y el aumento considerable de los costos asociados con dichos sistemas de atención de la salud han hecho que en la actualidad la distribución de los recursos para la salud sea un tema controvertido. En este estudio se analizan el derecho a la salud, las implicaciones económicas y éticas que supone, y se hace una serie de consideraciones prácticas respecto de la optimización del uso de los recursos para la salud.

II. EL DERECHO A LA SALUD

El derecho a la salud ha sido reconocido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y ratificado en varias ocasiones. La OMS define la salud como un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente ausencia de enfermedad. Considera la salud como una condición fundamental para lograr la paz y seguridad, y por tanto promueve el goce del grado máximo de salud que se pueda alcanzar. Este derecho a la salud ha sido ratificado, entre otras, por: *a)* la Constitución de la Organización Panamericana de la Salud; *b)* la Declaración Universal de Derechos Humanos; *c)* el Pacto Internacional de Derechos Económicos, So-

ciales y Culturales (artículo 12); *d*) el Pacto Internacional de Derechos Políticos y Civiles (artículos 6o. y 7o.); *e*) la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial (artículo 5o.), y *f*) la Declaración Americana de los Derechos y Deberes de los Estados. En México, el deber por parte del Estado de asegurar el acceso a los servicios de salud para todos los ciudadanos está comprendido en el artículo 4o. de la Constitución.

El concepto del derecho a la salud se generalizó después de la Segunda Guerra Mundial y propició el surgimiento de sistemas de atención de la salud. En la mayoría de los países dichos sistemas son variaciones de los modelos clásicos de atención, los cuales incluyen:

1) *El modelo liberal*: basado principalmente en la postura norteamericana de la libre empresa, la cual da énfasis a la solicitud de recursos de salud a través de particulares.

2) *El modelo social*: de influencia británica, donde el Estado provee a través del sistema de salud y red de particulares la cobertura social de salud.

3) *El modelo intermedio*: surgido después de la Segunda Guerra Mundial en Alemania. En este sistema se basan en gran parte los lineamientos de atención de la salud en México.

III. IMPLICACIONES ECONÓMICAS

Aunque se han logrado grandes avances en la cobertura del derecho a la salud, su aplicación ha resultado en un aumento considerable de los costos, al grado que los servicios de salud consumen una parte importante del producto interno bruto en varios países. Por ejemplo, en Estados Unidos se consume el 13.6% del producto interno bruto en servicios de salud, y se estima que esta cifra alcanzará el 16.6% en el 2007. También se calcula que Medicare, el sistema federal de seguro médico para individuos mayores de 65 años, discapacitados y aquellos con insuficiencia renal crónica terminal, no tendrá recursos suficientes para cubrir a los asegurados en el 2003, a menos que se produzcan cambios radicales en el sistema.

Varios factores han contribuido al aumento formidable de los costos de los servicios de salud. Quizá el más importante de ellos sea el aumento de la expectativa de vida que ha hecho que la demanda sea cada vez mayor. En México, por ejemplo, la esperanza de vida al nacer aumentó de 44 años en la década de los cuarenta a 73 en 1994. Otros factores, como los avances tecnológicos, la especialización de la medicina, la aplicación de criterios médicos sin darle la debida consideración a los aspectos eco-

nómicos y la mala administración han contribuido al aumento de los costos.

Basado en el principio de justicia distributiva, el Estado tiene prioritariamente la obligación de que se proporcionen servicios de salud a los ciudadanos. Aunque la importancia del Estado en este campo es incuestionable, el aumento de los costos, aunado a las recesiones económicas recientes, ha hecho que se empiece a cuestionar si corresponde al Estado otorgar estos servicios, y si es así, cuál sería la cobertura adecuada de los mismos. Al mismo tiempo se han buscado alternativas de solución. Como el problema es fundamentalmente económico, las alternativas que se han propuesto derivan de esta rama del saber humano.

Desde el punto de vista económico, el objetivo final es conseguir el máximo beneficio al menor costo posible. El problema radica en cómo definir el beneficio. Si el beneficio se mide en unidades monetarias, la evaluación de la eficiencia del sistema se denomina análisis costo-beneficio. Si se mide en unidades relacionadas con el tema de que se trate, como casos que se han diagnosticado, muertes que se han evitado, etcétera, se denomina análisis de costo-efectividad. Si se mide en términos de valor o utilidad para el paciente, se habla de análisis de costo-utilidad.

Aunque la consideración de los costos de salud ha asumido gran importancia, la propuesta pragmática de la consideración de costo-beneficio que está fundamentada en la productividad medida económicamente, tiene el riesgo de considerar la vida humana como un valor económico. Si bien es cierto que el cálculo de costo-beneficio es relativamente sencillo para los economistas, en la relación de personas, el costo y el beneficio son parámetros muchas veces difíciles de cuantificar. Si la medición de costos y rendimiento es apropiada en otras áreas científicas, en la humana debe ser utilizada con cautela, puesto que el hombre es un ser por sí y en sí mismo valioso.

Otro problema de la consideración de costo-beneficio es el efecto que tiene en la práctica médica y en la relación médico-paciente. El clásico modelo paternalista de la relación médico-paciente, donde el médico decide lo conveniente, según su criterio, para el paciente, ha ido progresivamente cambiando a un modelo de decisión compartida, pues en la actualidad frecuentemente intervienen en las decisiones médicas una red de instituciones, con políticas sanitarias concretas, que vuelven a esta relación un equipo con múltiples estrategias y objetivos a veces diversos. La distribución de recursos para la salud, por tanto, cada vez está más condicionada a decisiones económicas y políticas que influyen los

lineamientos tradicionales del principio de beneficencia y justicia que deben impregnar el actuar del médico.

Debido a las limitaciones del análisis costo-beneficio, recientemente se ha procurado dar más énfasis al análisis de costo-efectividad y de costo-utilidad. Estos análisis utilizan como medidas de beneficio la remisión de los síntomas, la disminución de las discapacidades, los años de vida ganados, etcétera, donde queda más patente el valor de la vida humana.

IV. ENFOQUE ÉTICO

Como la eticidad de la distribución de los recursos para la salud se apoya en los principios clásicos de beneficencia, subsidiariedad y justicia, se hará una breve exposición de dichos principios.

El principio de beneficencia establece que se debe promover el bien del paciente, lo cual significa algo que produce bienestar. Este principio es más amplio que el *premium non nocere* hipocrático —ante todo no dañar—, también conocido como principio de no maleficencia. El principio de beneficencia busca de forma activa el bien y no solamente prevenir el mal; el principio de beneficencia implica la acción concreta y se complementa con el

de benevolencia, que enfatiza el deseo de querer hacer el bien.

El concepto clásico de justicia consiste en “dar a cada quien lo que le corresponde”. En un sentido más amplio, justicia sería aquello que se adecua a un modelo. El principio de justicia distributiva se refiere a la distribución equitativa y adecuada de los recursos, en el caso que nos ocupa, de los recursos para la salud.

El principio de subsidiariedad se refiere a las acciones de la comunidad con respecto a cada miembro. De acuerdo con este principio, hay obligación de ayudar al que tiene más necesidad, lo cual incluye el deber de promover la iniciativa de particulares o grupos para proporcionar dicha ayuda. Por su parte, el principio de sociabilidad se refiere a las relaciones de cada sujeto hacia la sociedad. De acuerdo con este principio, cada persona se compromete ante la sociedad a promover la salud, puesto que es un aspecto esencial del bien común. Se podría decir que ambos principios son complementarios.

La estructuración de estos principios bioéticos a la distribución y aplicación de los recursos para la salud se puede realizar de la forma siguiente. De acuerdo con el principio de beneficencia y el de subsidiariedad, lo propio de la profesión médica es ofrecer a cada individuo el máximo beneficio posible, especialmente a los más necesitados. Si los re-

cursos fueran ilimitados, éste sería el modo normal de proceder. No obstante, los recursos para la salud son y siempre serán limitados. Es por ello que, basados en el principio de justicia distributiva, también es ético tratar de conseguir la mayor efectividad para la mayoría de los enfermos y no sólo para uno. De aquí se deriva que la aplicación de principios económicos a los sistemas de atención de la salud es apropiada, siempre y cuando vaya dirigida a obtener el máximo de salud para la población con los recursos existentes. Desde el punto de vista de la ética profesional no existe conflicto en que los médicos tengan la responsabilidad de proporcionar la mejor asistencia posible a cada paciente, cuidando al mismo tiempo la consideración de los costos y las necesidades de salud de la sociedad, como lo señala Errasti en su obra *Evaluación de la ética económica*.

En algunas circunstancias, sin embargo, pueden ocurrir conflictos entre la obligación de proteger la vulnerabilidad y la confianza que el paciente deposita en su médico y las obligaciones contraídas con el sistema de salud, una compañía aseguradora, una organización administradora de la salud, e incluso la sociedad en general, particularmente en lo que se refiere a la utilización de recursos y al control de costos. En este sentido Pellegrino hace las siguientes recomendaciones:

- a) La responsabilidad primaria del médico es su paciente. En casos de duda o de conflicto, el médico debe buscar prioritariamente el bienestar del paciente y no el del sistema o el del plan de salud.
- b) El médico tiene la obligación de utilizar solamente las pruebas, procedimientos y tratamientos que sean efectivos, benéficos y no excesivamente costosos. La mayor contribución que puede hacer el médico al control de los costos es un diagnóstico y tratamiento eficientes y efectivos, no la negación de tratamientos que son necesarios.
- c) El médico deberá rechazar contratos que prevengan el conocimiento por parte del paciente de incentivos financieros o de cláusulas que prohíban el uso de tecnologías u otras acciones médicas.
- d) El médico deberá oponerse a participar en planes que claramente demuestren producir daño al paciente y deberá asociarse con otros profesionales para denunciarlo a la opinión pública.

V. CONSIDERACIONES PRÁCTICAS

Como se dijo anteriormente, la ética de la distribución de recursos para la salud se sustenta funda-

mentalmente en el principio de subsidiariedad. De acuerdo con este principio, el profesional de la medicina se considera una persona competente científicamente, motivado al servicio de su paciente como ser integral y de la sociedad como comunidad humana. Del paciente se espera que sea sujeto activo en la promoción de su salud y que colabore en la salud social, ya que de ella forma parte.

Bajo el modelo de subsidiariedad la dignidad de la persona requiere de la sociedad y la vida en comunidad, participando del bien común; al mismo tiempo, cada uno tiene la obligación de contribuir a este bien común y el derecho de compartirlo. Muchas de las injusticias sociales son resultado de la exclusión de algunas personas del bien común que ellas tienen el derecho de compartir, así que la distribución del bien común es una demanda fundamental de justicia social. El principio del bien común requiere los valores de amor y caridad, distribuyendo los bienes no según el mérito personal, sino según las necesidades de cada individuo: el servicio no debe basarse en la posibilidad de pago de la persona, ya que ello sería causa de discriminación. Así que aquellos que no pueden ayudarse a sí mismos, como los pobres, enfermos, discapacitados, no nacidos, ancianos, deberán tener la mayor consideración en estos planes. En este sentido, la cobertura general le correspondería al Estado, como figura de bien

común. La medicina privada, en cambio, tiene otro tipo de objetivo, ya que la consideración de ganancia es implícita a su servicio, mas no por ello este tipo de actuación está exenta de participar en los valores humanos fundamentales, por lo que no puede ser ajena tampoco al bien común, lo cual la obliga a actuar con mesura económica y a participar de acciones de beneficencia que amparen a grupos desprotegidos, como una medida alterna de redistribución en relación a la justicia social.

Todas las personas deberán contribuir de acuerdo a sus habilidades; así, la responsabilidad social recae principalmente en aquellos que tienen la habilidad de curar y secundariamente en los que tienen capacidad de pagar. Bajo este modelo, algunas personas con capacidad económica se niegan a contribuir alegando que su bienestar es fruto de su trabajo individual, pero ello solamente es parcialmente cierto, ya que ese trabajo lo realizaron en sociedad y es parte del bien común, lo cual los obliga a una justa contribución. En esta idea del bien común surge la idea de subsidiariedad, que implica la primera responsabilidad en conocer las necesidades y contribuciones individuales al grupo.

La distribución de los recursos para la salud debe, por tanto, buscar un modelo que cumpla prioritariamente el principio de la subsidiariedad, el cual es compatible con la justicia y el bien común. La se-

lección del modelo se vuelve entonces prioritario, pues por experiencia sabemos que, a la larga, los malos principios ocasionan malas consecuencias. Fein, en 1986, propuso una serie de lineamientos en la proyección de modelos de atención de la salud:

- a) Toda persona tiene derecho a tener acceso a los servicios de salud como un derecho fundamental y humano.
- b) Deberán cubrirse todo tipo de alteraciones de salud, físicas y mentales.
- c) Enfatizarse la medicina preventiva y la promoción de salud óptima.
- d) La atención debe ser de calidad.
- e) Debe educarse humanísticamente a los profesionales de la salud.
- f) La metodología de financiamiento general debe ser un grupo nacional, apoyado mediante un régimen de impuestos basado en la capacidad de cada quien para pagar, o sin costo alguno.
- g) En la administración y planeación de los sistemas deberán participar tanto pacientes como personal de salud.

Aunque los lineamientos propuestos por Fein son adecuados, es importante tener presente una serie de puntos para resolver conflictos, los cuales induda-

blemente se van a presentar. Para la resolución de conflictos sería conveniente formar equipos interdisciplinarios que sostengan las siguientes premisas:

- 1) La profesión médica no puede ni debe alejarse del principio de beneficencia como norma de actuación.
- 2) El principio de beneficencia posee una jerarquización:
 - Valor de la vida física.
 - Principio terapéutico.
 - Valor de la totalidad.
 - Calidad de vida.

Si se acepta dicha jerarquización, la vida es un valor superior al de la calidad de vida, lo cual en la práctica se traduce en lo siguiente. Primero, conservar la vida. Segundo, tratar de conservar, restaurar o prevenir la salud. Tercero, tratar de conservar la integridad física, ya que por el principio de totalidad las partes pueden sacrificarse al todo (mutilación necesaria). Por último, otorgar calidad de vida, lo cual incluye aquello que permita vivir humanamente o morir dignamente; esto es, respetando el término natural de la vida humana, libre de dolor y sufrimiento innecesarios.

- 3) Los principios del mal menor y el voluntario indirecto pueden aplicarse en muchas situaciones conflictivas. Este modelo de actuación ético parte de la base real según la cual no siempre podemos realizar todo el bien que quisiéramos, ya que en el acto concreto las decisiones éticas coexisten sopesando bienes de diferente jerarquía o mezcla de bienes con males que no pueden ser evitados.

Ocurre que en ocasiones la elección no se hace entre bienes evidentes, sino entre lo que parecen dos males, o se busca un efecto de bien que implica a la vez un efecto indeseable o malo para el paciente; en este caso la decisión supone la existencia de una jerarquía previa de valores que considerara la unidad sustancial humana y su valor intrínseco como persona, por lo cual éticamente se elegiría en función del principio de beneficencia, primero en la protección de la persona y después de las cosas, como sería la utilidad económica o científica de un acto.

Para la aplicación de decisiones éticas, donde para alcanzar un objetivo bueno o adecuado existe la posibilidad de producir uno malo o indeseable, se utiliza el método de doble efecto, en donde para lograr su licitud ética deben tomarse en cuenta los siguientes aspectos:

- Que la acción realizada sea buena.
- Que aquello que se busque como objetivo sea el efecto bueno.
- Tolerar o permitir el efecto malo siempre y cuando éste sea proporcionado al bueno, o sea, que el efecto bueno sea mayor que el malo.
- Nunca puede elegirse como acto directo uno malo. Todo ello en concordancia con la sentencia moral “el fin no justifica los medios”.

La atención a la salud presenta un diferente matiz cuando se considera el acto médico directo dentro de la relación médico-paciente. En función de las políticas sanitarias podrían considerarse algunos parámetros de actuación que quizá resuelvan gran parte de los problemas en los conflictos de salud, como son:

1) El cuidado a la salud deberá apuntar prioritariamente a la promoción de la salud integral, no solamente la curación o la prolongación innecesaria de la vida, si ésta ha llegado a su fin natural.

2) Deberá promover cambios ambientales que promuevan la salud, como son los hábitos saludables de vida, por los cuales cada persona es su propio promotor de salud.

3) Se debe dar prioridad de atención y educación a los más pobres y no informados, y ello no por pa-

ternalismo, sino para que participen después de ser educados en la promoción de la salud propia y comunitaria.

4) Las decisiones difíciles no solamente deben ser confinadas al gobierno ni a los profesionistas autónomos, sino a grupos interdisciplinarios. Idealmente los comités de bioética.

5) La planeación de recursos de salud no deberá tender a aumentar la dependencia sino que deberá promover la descentralización.

6) Los programas deben ser evaluados periódicamente y adaptados a las nuevas circunstancias, ya que ello debe ser un proceso continuo de decisión adaptado a la experiencia y a las nuevas necesidades.

VI. OPTIMIZACIÓN DE RECURSOS

Un tema que frecuentemente se presenta en el ámbito de la ética médica y que está directamente relacionado con la distribución de los recursos para la salud es el del uso óptimo de dichos recursos y, en concreto, el uso de nuevas tecnologías. Este problema ha aumentado en frecuencia debido a que las aspiraciones de los pacientes a menudo son estimuladas por los medios de comunicación masiva al

proporcionar información poco científica sobre nuevas tecnologías llamadas de punta.

El hecho de que esté disponible una técnica no obliga a utilizarla si no existen los recursos o si ellos suponen desproteger áreas específicas de bien común. En tales casos deberá sustituirse por alternativas menos costosas y mayor pericia clínica, particularmente en los países pobres o en desarrollo. El mal empleo de las pruebas diagnósticas, el consumo excesivo de las técnicas y tecnología no avalada suficientemente como indispensable deberá ser evaluado por comités internos y, en su caso, de bioética, el que en juicio crítico científico y sobre bases éticas sustente la petición económica, ya que lo costoso no es la tecnología, sino la utilización irracional de la tecnología.

Para evitar caer en la espiral de la filosofía de consumo, se deben basar las decisiones en estudios de costo-beneficio y, más importantemente, en el principio de beneficencia con todo lo que él lleva implícito en su actuar. Jennet recomienda que al evaluarse las nuevas tecnologías se tome en cuenta:

- a) Si es innecesaria, porque el objetivo podría alcanzarse con procedimientos más sencillos.
- b) Si es inútil, porque no se observa con su uso efecto terapéutico.

- c) Si es insegura, porque el riesgo de efectos secundarios puede ser desproporcionado al beneficio.
- d) Si la calidad de vida que ofrece no está justificada.
- e) Si es insensata, puesto que consume recursos que podrían ser utilizados en actividades más beneficiosas.

Para analizar el impacto económico y el posible beneficio de las nuevas tecnologías se han propuesto diversos criterios. Uno de ellos, el de eficiencia, aparece como una necesidad real específicamente por el carácter limitado de los recursos económicos para la salud. También se ha propuesto el criterio de costo-beneficio, el cual presenta limitantes éticas, ya que puede influenciar las decisiones hacia la conveniencia económica en forma prioritaria en contraposición a la evaluación del riesgo-beneficio, juicio más adecuado a las personas y no a las cosas.

En cualquiera de los modelos de análisis se requiere tomar en cuenta los recursos consumidos, los costos, y las mejoras de salud que se obtienen con el uso apropiado de estas tecnologías, aunque hay que resaltar que el costo no debe ser el parámetro definitorio en la adquisición de un equipo, ya que no siempre el menor costo es sinónimo de mayor eficiencia. Una inversión costosa pero de alta efec-

tividad, aplicación y rendimiento puede justificar adecuadamente la erogación.

Es importante, además, valorar el impacto que las nuevas tecnologías pueden tener en la sociedad. La equidad, en sus diversas manifestaciones, puede verse comprometida si se adoptan decisiones poco responsables. También el uso excesivo de la tecnología puede hacer que se descuiden los pilares fundamentales de la atención médica, como son el interrogatorio y la exploración física, con las implicaciones que esto tiene en la relación médico-paciente.

Como se dijo anteriormente, uno de los factores que ha contribuido al aumento del gasto sanitario es la difusión de tecnología de alto costo. Por ello la OMS, en su programa “Salud para todos en el año 2000”, estableció como uno de sus objetivos el siguiente: “antes de 1990, todos los estados miembros deberán establecer un adecuado uso de las tecnologías sanitarias, de su eficiencia práctica y económica, seguridad y aceptabilidad, así como de la medida en que responden a los programas sanitarios y a las restricciones económicas nacionales”.

Sin embargo, podríamos tomar algunos señalamientos basados en los trabajos de Rutten:

- a) Los principales interesados en promover la compra de tecnología de innovación no son los pacientes, sino los médicos y los hospitales.

- b) Los médicos a menudo están involucrados en el desarrollo y valoración de tecnología, por lo que presionan posteriormente a la compra de ella. El participar en programas de evaluación representa también prestigio ante la sociedad médica.
- c) Debido a la competencia, los hospitales tienden a adoptar nueva tecnología con la finalidad de dar una imagen de excelencia.
- d) El público queda impresionado por las noticias respecto a los beneficios de las nuevas tecnologías y presiona a las instituciones a su obtención.

Probablemente, debido a estos factores se tiene evidencia de que parte de las nuevas tecnologías son ineficaces, o se implementan sin haberse evaluado adecuadamente su eficacia, y peor aún, se utilizan por demanda social con base en la publicidad.

El papel del médico resulta especialmente importante en la aceptación de nuevas tecnologías, mas el médico debería evaluar el beneficio no sólo para la sociedad sino para el paciente.

1. *Recomendaciones prácticas sobre la disminución en el costo de los medicamentos*

Es conocido por el personal de salud que ha fungido en la práctica médica, que existen abordajes que podrían disminuir el costo de los medicamentos en forma sustancial.

1) El enfrentamiento de poderes entre las empresas farmacéuticas que se rigen por un sistema de comercialización de base utilitarista, contra la lucha sociopolítica surgida de los mismos grupos de pacientes, que exigen este derecho a la atención sanitaria con base a la Carta de Derechos del Paciente aprobada por la WMA (World Medical Association), es una realidad que debe ser solucionada en base realista y por ambas partes.

2) Existen antecedentes de colaboración entre la empresa farmacéutica y el Estado, como protector de los derechos a la salud, desde hace muchos años en el país, ya sea en el caso de la venta a precios reducidos de patentes, así como de los tratamientos compassionarios y de apoyo directo a pacientes de bajos recursos por intercesión directa del personal de salud. Mas ello, aunque laudable, no soluciona el fondo de este problema de costos.

2. *Sugerencias para el sector salud*

1) El sector salud mexicano ha realizado importantes esfuerzos, especialmente desde la gestión del doctor Kumate, al introducir el concepto de “genéricos intercambiables” que abaratan el costo de los medicamentos entre 30% y 50%. El problema real ha surgido porque no se ha presentado al mundo médico una imagen fiable de bioequivalencia, por lo que se requiere apoyar a los laboratorios de bio-disponibilidad, semejante al fundado en el Hospital General de México, en la gestión del doctor Francisco Higuera, y también en el Instituto Mexicano del Seguro Social, para que basada en la calidad irreprochable de sus análisis, crear una imagen de confiabilidad en el área médica de estos productos.

2) En otros países, el sector salud ha optado por la compra a granel de medicamentos, con despachador automatizado y regulado por personal calificado, lo que hace difícil la fuga de insumos, como en la realidad sucede, ya sea porque en el almacenaje inadecuado se pierden productos o los requerimientos no son los adecuados y quedan ahí hasta la fecha de caducidad sin haberles dado uso. Esta optimización de solicitud y almacenaje es otra forma práctica de ahorro de costos. El hecho, por ejemplo, de existir “pequeñas farmacias” en cada servicio, repercute en la fuga de éstos y el mal uso, cosa sa-

bida por quienes hemos estado en contacto con este problema en la práctica.

3) El despacho a granel de medicamentos, así como la organización del servicio de farmacia, debería estar a cargo de farmacólogos clínicos, especialidad que existe en los países desarrollados y que permite la mejor comprensión de esta problemática.

3. Sugerencias al sector farmacéutico

1) Ya FDA desde hace varios años ha propuesto diversas normas para fijar el precio de los medicamentos a la venta pública. La Secretaría de Salud habría de retomar estas instancias, sobre la cantidad asignada a investigación, recuperación y promoción de nuevos medicamentos, con base en una comisión representada tanto por la farmacéutica como por el sector salud y los consumidores, que analicen con base realista este costo, que permita la ganancia del laboratorio y de esta forma la investigación de nuevos productos, como una ganancia justa para los inversionistas, sin que ello repercuta en forma excesiva en la adquisición de productos.

2) Tomando en cuenta que la población más vulnerable en el uso de medicamentos a nivel mundial lo constituyen las personas de la tercera edad, quienes tienen menos cantidad de recursos económicos

y más consumo de medicamentos, habría que realizar descuentos especiales a esta población (por ejemplo a través de Instituto Nacional de la Senectud), y que se respeten en forma completa, ya que existen estos convenios, pero generalmente no se cumplen.

3) Los rubros del laboratorio sobre “presentaciones lujosas”, “regalos a profesionistas”, “publicidad en medios de comunicación masiva”, etcétera, deberían ser reconsiderados, pues todo ello repercute en el costo del medicamento. Desde hace varios años se han formulado propuestas éticas al respecto en Estados Unidos. Además, el uso de los medios de comunicación masiva favorece la automedicación, no aconsejada ni médica ni éticamente.

4) Los laboratorios deberían considerar, en caso de protocolos biomédicos, que a los pacientes beneficiados con su producto no les sea descontinuado el mismo al finalizar el protocolo y salir éste al mercado, lo que lo vuelve inaccesible al paciente, y ya que éste contribuyó a que el producto repercuta en ganancias, el laboratorio debería ser solidario con él por el tiempo requerido para terminar su tratamiento, proporcionándole el medicamento sin costo, o a uno solamente de recuperación real o a través de su unidad hospitalaria, como contraprestación de investigación.

5) Las organizaciones internacionales médicas (por ejemplo la OPS) deberían considerar la posibilidad de comprar patentes a los laboratorios, a precios justos, en el caso de medicamentos que incidan sobre un problema considerado de salud pública, como es el caso de la infección por VIH, para poder desarrollar un producto genérico o intercambiable, y así no dar pie al caso de Brasil y otros países que por razones de salud pública han tenido de violentar los derechos de particulares en favor de la sociedad. Habrá que desarrollar modelos alternativos en situaciones de crisis o ante medicamentos que deberían ser considerados de “emergencia social”.

VIII. BIBLIOGRAFÍA

ASHLEY, B. y O’ROURKE, K., *Healthcare Ethics*, 3a. ed., Estados Unidos, 1989.

BENTHAM, J., *Fragmentos sobre el gobierno*, Madrid, Sarpe, 1985.

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, México, Porrúa, 1994.

ERRASTI, F., “Evaluación de la ética económica”, *Principios de gestión sanitaria*, Díaz de Santos, 1997.

“La salud como derecho humano en el derecho internacional”, *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, vol. 108, núms. 5 y 6, 1990.

- PELLEGRINO, E., “Interests, Obligations, and Justice: some Notes Toward an Ethic of Managed Care”, *The Journal of Clinical Ethics*, núm. 6, 1995.
- RAWLS, J., *Two Concepts of Rules*, Nueva York, Anchor Books, 1968.
- VÉLEZ-COIRREA, L. A., *Ética médica*, Colombia, CIB, 1987.
- VILARDEL, F., “Problemas éticos de la tecnología médica”, *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, vol. 108, núms. 5 y 6, 1990.