

REFLEXIONES EN TORNO AL "PLAN DE ARMONIZACIÓN DE LAS MEDIDAS Y OBJETIVOS EN MATERIA DE USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS EN LA COMUNIDAD VALENCIANA (PARME)"

José Sanfélix Genovés¹, Ermengol Sempere i Verdú², Vicente Palop Larrea³,
Inocencia Martínez-Mir⁴, Silvia Silvestre Quilez⁵

¹Médico de familia. Centro de Salud de Nazaret; ²Médico de familia. Centro de Salud de Paterna;

³Médico de familia. Servicio de Medicina Interna. Unidad Geriátrica. Hospital de la Ribera;

⁴Médico. Técnico Superior de Investigación. Servicio de Investigación. Hospital General Universitario de Valencia; ⁵Médico de familia

La Conselleria de Sanidad en fechas recientes ha desarrollado un Plan de Uso Racional de Medicamentos que en el momento en que estas reflexiones sean publicadas estará probablemente implantándose, o próximo a hacerlo, en algunos Centros de Salud de la Comunidad Valenciana. La Sociedad Valenciana de Medicina Familiar y Comunitaria, ante la evidencia de su implantación, nos solicitó un informe técnico que nos ha llevado a las siguientes conclusiones y que esperamos sirva para crear una corriente de opinión sobre este tema:

1. La necesidad del plan parece fundamentarse en un escenario que esencialmente ha sido creado por la propia Administración Sanitaria Central (excesiva pluralidad de oferta, medicamentos semejantes entre sí, variaciones notables de los precios, elevado número de medicamentos con eficacia no comprobada o dudosa o con una relación beneficio/riesgo negativa,

etc..) sobre el que la Conselleria, el PARME, ni el médico prescriptor tienen influencia. Por este motivo son las intervenciones gubernamentales del Ministerio de Sanidad las que pueden y tienen que subsanar estos problemas.

2. El objetivo fundamental del Plan debería basarse en una la utilización más razonable de medicamentos de calidad. Es decir, utilizar el medicamento más adecuado para una enfermedad concreta (objetivo que se pospone a "según se vayan desarrollando los sistemas de registro automatizado de los Centros de Salud...") al mejor precio. **En la lectura global del Plan predominan los objetivos financieros sobre los de calidad.**

3. Cualquier Plan dirigido a mejorar la utilización de los medicamentos debería haber contado con los médicos de familia para su elaboración dado que el gasto farmacéutico en Atención Primaria se encuentra en torno al 90% del gasto total y es el médico

de familia el elemento central de la prescripción y de la racionalización de la misma. Del mismo modo, para su desarrollo se debería contar con el asesoramiento de técnicos con formación y experiencia específica. En este caso la formación específica necesaria sería doble, conocimientos clínicos y farmacológicos, es decir, conocer las necesidades y consecuencias del uso de los medicamentos en el hombre. La experiencia vendría dada por el trabajo desarrollado en el campo de la utilización de medicamentos en Atención Primaria.

4. El sistema de evaluación es demasiado complejo, excesivo número de indicadores y algunos inadecuados (indicadores cualitativos que son cuantitativos, recetas/ persona protegida, etc). Es fundamental que los indicadores midan lo que pretendan medir, para ello es imprescindible el "conocimiento real de la población asignada" (denominador). Por otra parte, el que se asigne a la plaza, como indica el

Plan, parece un error porque el que prescribe es el médico y no el puesto de trabajo, ya que éste puede ser ocupado por otros profesionales de forma eventual (ILT, vacaciones, etc).

Aún teniendo sus inconvenientes, proponemos la asignación del consumo al médico en lugar de la asignación al puesto de trabajo; en el primer caso, sólo se podrían cometer errores cuantitativos (médico que prescribe por otro profesional en su ausencia), mientras que en el segundo supuesto (asignación al puesto de trabajo), se cometerían errores cuantitativos y cualitativos. En cualquier caso es imprescindible que cualquier médico sustituto disponga y estampe su propio cuño en las recetas que genere.

5. El prescribir genéricos no es sinónimo de calidad. En el plan se desarrolla una importante política de genéricos lo que, siendo de gran importancia desde el punto de vista económico, no garantiza la mejora de la calidad de la prescripción. Otra cuestión es que la situación actual no permite prescribir genéricos mediante la indicación únicamente de la DCI. Convendría recordar también que no siempre los "genéricos EFG" son los más baratos.

6. El Plan no contempla la falta de idoneidad del modelo de prescripción (receta). Se debería regular la posibilidad de utilizar la receta para dar órdenes de tratamiento para períodos variables de tres a seis meses, en lugar de la utilización actual de la receta como "talón de cobro" de las farmacias a la Conselleria de Sanitat. Es una

medida elemental, necesaria y durante mucho tiempo solicitada por los profesionales implicados, por burocratizadoras y caras, e incómodas para el paciente. Dudamos que la Conselleria tenga capacidad para su modificación, y además, hasta el momento no ha manifestado voluntad para ello.

7. Algunas de las funciones que se asignan a las Oficinas de Farmacia podrían generar intrusismo. Sin embargo, no son contempladas en el Plan medidas tendientes a evitar la automedicación irracional inducida en las Oficinas de Farmacia. Tampoco tiene en cuenta otras medidas como el control de la dispensación de las prescripciones realizadas por el médico, en un modelo de receta único que incluyera TODA la medicación prescrita al paciente. Medidas que disminuirían la burocratización de las consultas médicas y mejorarían la utilización de medicamentos.

8. No se contempla en el Plan la supresión de medidas burocratizadoras para la población como los visados de Inspección. Los visados de Inspección deberían limitarse a la medicación de uso hospitalario, cualquier medicación prescrita por un especialista puede ser prescrita por un médico de familia, si es necesario con el correspondiente informe médico. No tiene sentido que p.e. se deba de realizar visado para los pañales de incontinencia o para las tiras reactivas para la determinación de la glucemia en los diabéticos. Con el sistema actual sólo se crean

barreras burocráticas a la población para disminuir el gasto, disminuyendo la calidad del servicio y la credibilidad del médico de familia.

9. El Plan basado en objetivos fundamentalmente financieros, como ya ha pasado en otros países, podría ocasionar efectos perversos al inducir a: i) derivaciones de pacientes con problemas que condicionen un incremento del gasto farmacéutico a otros niveles asistenciales superiores; ii) falta de exhaustividad en llegar a nuevos diagnósticos y iii) desinterés por realizar actividades de prevención secundaria porque ello comportaría el uso de más medicamentos e incrementaría el gasto.

10. El Plan es poco ágil, muy complejo, muy burocratizado (muchas actas, demasiadas comisiones, muchas sesiones, etc) poco factible en el contexto de la realidad actual de la Atención Primaria. Además, presenta errores terminológicos en la redacción del plan cuando hace referencia a términos farmacológicos que deberían ser corregidos.

11. El Plan contempla incentivos poco claros. Parece que se diluyen en incentivos de equipo, con lo que el esfuerzo individual, sobre todo en equipos grandes se mitiga. Sólo habla de incentivos económicos, que considerándolos de interés, suelen ser insuficientes e incluso tener un efecto perverso si no se contemplan junto a incentivos profesionales. Los módulos según tamaño del equipo parecen



inadecuados en detrimento de los equipos más grandes. Por otra parte, la complejidad de los indicadores dificulta el entendimiento de la diferente incentivación en los equipos, y por tanto, la implantación de medidas correctoras para mejorar la calidad de la prescripción.

12. Algunas de las medidas que se adoptan en el Plan con Asistencia Especializada están hoy vigentes y se incumplen de forma sistemática. Estas medidas podrían clarificar el origen de la prescripción y por tanto facilitar la intervención y mejorar el uso. Por otra parte, contribuirían a disminuir la carga administrativa del médico de familia.

13. Las Sesiones Farmacoterapéuticas y Comisiones de Uso Racional que propone el Plan son más fiscalizadoras y burocratizadoras que técnicas. La contrainformación nos parece un sistema adecuado pero el Plan lo plantea de forma poco adecuada. El objetivo principal tendría que ser triple: i) formación continuada del médico de familia en el campo de la farmacología clínica, ii) desarrollo de protocolos abiertos sobre las enfermedades más prevalentes consensuados entre los distintos niveles asistenciales y iii) proporcionar las bases para la realización de estudios de utilización de medicamentos en Atención Primaria implicando al médico de familia.

14. Este Plan otorga al farmacéutico de Atención Primaria un papel fundamentalmente de inspección y fiscalizador del gasto farmacéutico que realiza el médico de familia. Esto puede crear desagrado entre ambos colectivos e impedir la realización de políticas conjuntas para mejorar el uso racional de los medicamentos.

15. El Plan no aborda la financiación de actividades científicas actualmente asumidas por la Industria Farmacéutica. Aunque las medidas incluidas en el plan estén concebidas con la mejor de las voluntades posibles, no creemos que finalmente se apliquen, fundamentalmente porque la visita médica individualizada es la garantía de la persistencia del actual sistema de financiación de gran parte de la formación continuada, de la asistencia a cursos y congresos, de la adquisición de libros y de diferente material, que por otra parte debería financiar el propio sistema público.

16. La forma de elaboración de la Guía Farmacoterapéutica de Atención Primaria es inadecuada. La elaboración en si misma es muy positiva pero debería ser elaborada por pocos profesionales independientes, cualificados y prestigiosos.

17. Llama la atención que no se haya planteado disminuir el margen de beneficio que obtienen las oficinas de farmacia, en la dis-

pensación de medicamentos con cargo a la Seguridad Social, en un plan en el que predominan los objetivos financieros sobre los de calidad.

18. Cualquier plan dirigido a mejorar la utilización de los medicamentos tiene que tener como primer requisito la "universalización del nuevo modelo de Atención Primaria" con una redistribución de la población asignada a cada médico que disminuya la masificación en la consulta. La base de la buena utilización de los medicamentos es la evaluación clínica, que necesita de la realización de una anamnesis y exploración clínica adecuadas. La decisión de tratar o no farmacológicamente y la elección del medicamento a utilizar para una enfermedad en un paciente concreto, la información que hay que dar al paciente y el seguimiento de la eficacia y posibles efectos adversos completan una de las partes del proceso de la prescripción. Disponer del tiempo necesario en cada visita médica para realizar todo este proceso mejoraría la prescripción de medicamentos con una repercusión positiva en la salud de la población y disminuiría los costes. Las consultas de Atención Primaria masificadas conducen a una prescripción irracional de medicamentos "a demanda" con unos costes económicos y de salud muy negativos.

NOTA: En la página Web puede consultarse la respuesta de la Administración.

