



ORGANIZACIÓN MEDICA COLEGIAL

INFORME SOBRE

Plan Estratégico de Política Farmacéutica para el Sistema Nacional de Salud

Autores:

Dr. Juan J. Rodríguez Sendin

Dr. Francisco Toquero

Dr. Antonio Fernández-Pro

Dr. Josep Fumadó

Dr. Jerónimo Fernández

Dr. Pedro Hidalgo

Dr. José Manuel Esteban

Dr. Pedro Silva

CONTENIDOS

1. Introducción
2. Funcionamiento de los órganos administrativos
3. Libertad de prescripción del médico
4. La distribución del medicamento
5. Venta y dispensación de fármacos
6. Problemas relacionados con el uso de medicamentos
 - 6.1 Sustitución de medicamento: un problema de salud pública
 - 6.2 Venta sin receta
 - 6.3 Venta libre de medicamento
 - 6.4 Promoción del consumo de medicamento: “Consulte a su farmacéutico”
 - 6.5 Escasa o nula atención a los PRMs nula o escasamente identificables.
 - 6.6 Políticas de identificación PRMs: Información, Formación, Investigación
7. A propósito de la Atención Farmacéutica
8. Oportunidades perdidas
 - 8.1 Regulación definitiva de la relación médico-farmacéutico.
 - 8.2 Incentivación a la calidad en la prescripción y motivación positiva.
 - 8.3 Relación médico-paciente. Pacientes informados y responsables.
 - 8.4 Copago.
9. Conclusiones

1. INTRODUCCIÓN

Los Sistemas Sanitarios de los países desarrollados se enfrentan, a problemas comunes de diversa naturaleza que inciden en su financiación, oferta de servicios y sostenibilidad. En relación a la eficacia y coste del medicamento los médicos están envueltos permanentemente en un dispositivo de presión sociopolítica muy compleja que les obliga a ejercer la medicina entre la influencia de la industria farmacéutica y las presiones de la administración que año tras año ven cuan ineficaces son sus medidas para lograr controlar el crecimiento del gasto farmacéutico.

De la necesidad y oportunidad de un Plan Estratégico de Política Farmacéutica

Como era de suponer antes de la instauración de los precios de referencia en España¹ estos podían mejorar la situación pero introducían nuevos desequilibrios, por un lado afectando desigualmente a la industria farmacéutica y por otro estimulando el desvío del consumo hacia otros fármacos bien nuevos ó más caros protegidos por patente. Como veremos la política de genéricos no consigue pasar de un porcentaje discreto en la prescripción de los mismos. Entre otras cosas porque los esfuerzos para estimular su uso han prescindido del médico y se han centrado en la oficina de farmacia (OF). Estas y otras medidas anteriores han resultado no solamente ineficaces sino que pudieran haber provocado el efecto contrario del que se pretendía. Pero además en el año 2003 el gasto farmacéutico en España aumentó en un 11,7% , cuatro puntos de los cuales son atribuibles a los nuevos fármacos². Curiosamente después de las medidas de control del mismo, el gasto en farmacia del 2003 –sin contabilizar el gasto en medicamentos de uso hospitalario- tuvo el incremento interanual más alto desde 1996 en el que alcanzo el 12,9%³ y una cifra global de 8.940 millones de euros lo que supuso el 22,4% del presupuesto sanitario⁴. Esa partida en 1992 fue el 16.41% del presupuesto sanitario. Mientras que el capitulo destinado a personal, ha bajado porcentualmente sobre el gasto sanitario 7 puntos entre 1.992 y 2.002. Esta insuficiencia se pone de manifiesto en los resultados de la encuesta que sobre “los factores que intervienen en la calidad de la prescripción médica en España”, ha realizado recientemente la Organización Médica Colegial (OMC)*. El gasto farmacéutico se percibe como una clara amenaza para la sostenibilidad del SNS, por lo que es urgente tomar medidas para controlar su crecimiento.

En estudios realizados en España⁵ la automedicación alcanza al 40-75% de los medicamentos, entre los cuales el 40% precisan receta médica y son adquiridos sin

* Un estudio para conocer el contexto real en que se mueven los médicos a la hora de optar por un medicamento para sus pacientes, máxime cuando son gestores de un presupuesto determinado y el gasto farmacéutico se presenta como uno de los principales problemas para el sostenimiento del SNS y que, según se deduce de las declaraciones de los actuales responsables del sistema sanitario público, no radica en el crecimiento del gasto farmacéutico, sino en el mal uso de los fármacos.

ella, afectando al 57,9% de los ciudadanos antes de acudir al médico. Parece íntima la relación entre automedicación y venta libre de medicamentos que precisan receta, lo que unido a la falta de información y a una educación sanitaria insuficiente, aumentan el riesgo de reacciones adversas y efectos indeseables de los medicamentos, especialmente en ancianos y pacientes polimedicados. Sin olvidar la prescripción inducida por las OF generando recetas de complacencia lo que en mayor o menor intensidad reconocen en la encuesta mencionada el 90% de los médicos⁶. Ni tampoco las responsabilidades médicas en la variabilidad de la práctica clínica y en la prescripción inadecuada de fármacos, donde juega un papel fundamental la información y formación farmacoterapéutica y el escaso tiempo que pueden dedicar los médicos a cada paciente, lo que es reconocido por el 96% de los profesionales⁽⁶⁾. Estos profesionales dedican el 40% de su tiempo a tareas burocráticas, buena parte de las cuales son por delegación del control administrativo de la prescripción que debería realizar la OF. Por otra parte la Administración Sanitaria no ofrece información sobre medicamentos ágil y eficaz, necesidad que en la actualidad es ofrecida por la industria farmacéutica y constituye una de las fuentes de información sobre medicamentos más utilizadas por los médicos (4).

Vista la insuficiencia de lo acontecido hasta ahora, la falta de voluntad política y la ineficacia de las medidas propuestas por las administraciones en el control de la situación, junto con el malestar generalizado de los médicos (6), es urgente la introducción de medidas correctoras lo que requiere la elaboración de un Plan Integral de Política Farmacéutica para el Sistema Nacional de Salud precedido de la intensidad y agregación política suficiente para realizarlo. La iniciativa del Ministerio de Sanidad ha de valorarse positivamente, sin embargo un verdadero Plan debería partir del análisis riguroso de todo aquello que determina el objeto del mismo, establecer los fines generales y específicos que pretende alcanzar, determinar las actuaciones y medidas para lograrlo y proponer objetivos tangibles en un tiempo determinado y sobre todo comprometer en el mismo a las Comunidades Autónomas. Para ello es necesario que las administraciones públicas central y autonómicas al margen de otros intereses partidarios asuman sus responsabilidades en la protección del SNS. Y deben hacerlo de forma que prevalezca la razón sanitaria y social a la razón política, para seleccionar las opciones más justas, equitativas y eficientes para el paciente y el SNS.

Las actuaciones del Plan deben centrarse especialmente en el médico, buscando su complicidad, como responsable del diagnóstico, de la prescripción y de la mejor utilidad, elección y aplicación de los servicios que ofrece al paciente.. Hasta aquí no solo no se ha contado con el médico sino, lo que es más grave, se ha actuado contra sus intereses profesionales. y cabe recordar que la actuación del médico es fundamental en la relación de confianza con el paciente, como manifestación de la garantía en la protección de su salud.

En la encuesta para el **“estudio de los factores que condicionan la calidad de la prescripción”** realizada por la Organización Médica Colegial (6), los médicos reconocen que los presupuestos farmacéuticos no pueden ser ilimitados pero se

oponen a que se restrinja la prescripción de medicamentos por motivos exclusivamente económicos, sin embargo más del 80 % reconocen introducir criterios de utilidad en su práctica diaria. En consecuencia el médico que es el fundamento de cualquier acción de contención del gasto farmacéutico debe tener una consideración especial cuando se quiera establecer una limitación directa o indirecta de los presupuestos. Ya que por un lado el control del gasto farmacéutico depende del médico que según la encuesta mencionada rechaza mayoritariamente (80%) los estímulos ligados al ahorro –por lo que sus intereses deben estar muy alejados de los intereses del que vende medicamentos-, y por otro la misma mayoría acepta de buen grado los estímulos ligados a la eficiencia de las acciones que realiza.

De la idoneidad del planteamiento presentado

El PEPF constituye la expresión de deseos de mejora en la utilización de los medicamentos, y tienen por virtud el expresar las áreas que preocupan a los responsables políticos actuales. Es un acumulo de buenas intenciones, algunas de las cuales son aceptables y otras rechazables como la de basar todas las esperanzas del mismo en la denominada Atención Farmacéutica (AF). Planteamiento absurdo sin fundamento científico, ni social ni sanitario que tiene garantizado su fracaso y del cual como en situaciones precedentes desconocemos de quien será la responsabilidad de un fracaso intencionado y conocido de antemano.

Estamos ante una medida obligada y de urgencia en un formato determinado al que se ha denominado PEPF. Sin embargo no es un verdadero Plan porque no responde a lo que se espera de una estrategia con objetivos, sistema de medida, tiempo y recursos para lograrlo. En otro error de racionalidad no propone medidas para el uso del medicamento que implicaran a todos los agentes que intervienen en el mismo y a las formas en las cuales cada uno de ellos determinan la calidad de su uso. Se hace especial hincapié en los costes económicos que el SNS soporta como consecuencia de la prescripción de medicamentos pero no puede cuantificar ni determinar los costes derivados de los problemas relacionados con los mismos (PRMs), ni determina, menos cuantifica su origen y causas.

El primer punto del informe describe a todos los agentes que participan en la “cadena del medicamento”, desde el laboratorio que lo produce hasta el paciente ó el usuario final. Sin embargo se hecha en falta en el PEPF una visión integral de todos los factores que han llevado a la mencionada situación y que poco ó nada tienen que ver con muchos de los aspectos que referencia en diversos apartados, entre los que se encuentran algunos tan obvios como el incremento poblacional en nuestro país , que ha subido de 39.9 millones en 1.998 a 42.7 millones en el 2.002 (más del 7% acumulado) y por tanto de cobertura asistencial pública, así como el incremento de la población inmigrante ilegal que supone un aumento de la demanda asistenciales y de la factura en medicamentos (por ej. en vacunaciones). Curiosamente factores determinantes del gasto modificables o que están regulados (por ejemplo, la presión asistencial y la dispensación sin la receta preceptiva) van de la mano de otros factores

que no son modificables (por ejemplo: la mayor esperanza de vida y la mayor prevalencia de enfermedades crónicas). Nos parece aventurada y temeraria esta mezcla al poner en el mismo plano cuestiones que reflejan actos derivados de la propia arbitrariedad humana con otros inherentes a la conservación y mejora de la vida.

Hay insuficiencias llamativas, por ejemplo no se alude a los riesgos para la salud pública (por ejemplo: aparición de resistencias, contaminación ambiental...) derivadas del uso indiscriminado de antibióticos y medicamentos de uso humano y en sanidad animal, menos aún se cuantifican objetivos.

Se critica la formación e información que reciben los médicos por la industria y se relaciona con comportamientos inapropiados pero tienen escasa consistencia las propuestas que se ofrecen a pesar de responder a las realizadas desde la OMC para la formación e información farmacoterapéutica de los médicos y de la población general, pues no se concretan ni establecen objetivos para lograrlas.

Se afirma que *“los agentes del sector tienen un papel relevante en la materialización de esta política”* en beneficio de la calidad de la prescripción. Debería, a nuestro juicio, haber ahondado en este punto y exponer de manera clara quienes son esos agentes, que no pueden ser otros que el médico –el que prescribe- y la Administración –que debe velar por la formación de su empleado-, separándolos de otros agentes que intervienen en la cadena del medicamento y que no tienen la capacidad y por lo tanto, la responsabilidad prescriptora: la industria farmacéutica, el farmacéutico y el paciente. Por cierto “el paciente eje del sistema sanitario” pero que escasamente aparece en el presente PEPF.

Desde siempre las Administraciones, que ostentan el monopolio de la financiación del medicamento, desean no incrementar vertiginosamente su factura anual, pero para ello han recurrido con frecuencia a culpabilizar al médico del gasto farmacéutico, acusándole de motivaciones perversas que generan desconfianza en los pacientes. Aunque es preciso luchar contra todo comportamiento ilegítimo, celebramos que el PEPF no haya emprendido ese camino y sólo acometa intervenciones y propuestas de ahorro en el terreno de la producción, la distribución y la dispensación de medicamentos. A pesar de lo cual sigan quedando cuestiones muy relevantes sin resolver o atendidas insuficientemente.

Es difícil justificar que junto con la preocupación por la reducción de los problemas relacionados con el uso del medicamento, se siga mirando hacia otro lado ante la venta libre –sin diagnóstico ni receta médica- de medicamentos que precisan prescripción ó se autorice la misma en medicamentos que teniendo eficacia probada, conlleva interacciones y contraindicaciones, que sólo deberían ser analizadas por un médico.. en contra del sacramental derecho constitucional “a la protección de la salud” (art. 43.1. CE).

2. FUNCIONAMIENTO DE LOS ÓRGANOS ADMINISTRATIVOS:

La crítica que se hace sobre el funcionamiento de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) y la Comisión Interministerial de Precios de Medicamentos es llamativa por cuanto sólo afecta a una tendencia política sin responsabilidad en estos momentos en la Administración Central que contrasta con la escasa autocrítica sobre políticas de formación e información sobre medicamentos dirigidas al médico, que como decíamos, corresponden a administraciones de distinto signo político

Estamos de acuerdo con la propuesta de que el SNS sólo financie aquellos medicamentos que tengan utilidad terapéutica. ¿Quién es responsable de que un medicamento registrado no tenga utilidad terapéutica, sea engañoso ó no sea un verdadero medicamento? Cuando un medicamento es engañoso o no tiene utilidad terapéutica debe retirarse del mercado, lo pague quien lo pague, no debería estar en la farmacia ni en ningún sitio. Se comprende mal desde la racionalidad que existan medicamentos de prescripción ó de venta libre que no tienen utilidad alguna.

Con los medicamentos de venta libre en farmacia se pretende trasladar costes al consumidor, autorizar y responsabilizar al ciudadano de sus propios cuidados, facilitando el acceso a los fármacos a la vez que se amplía la vida de productos con patente caducada. Todo lo cual provoca que cada día sean mas numerosos y que aumente su consumo. Cabe preguntarse por la justificación por la que un medicamento para síntomas menores sea de venta libre en farmacia, acaso ¿son medicamentos de baja intensidad terapéutica, inofensivos, que no precisan diagnóstico ni cuidado especial? Si es así que mas da que estén en la farmacia o en otra superficie comercial. Si no es así porque no tienen idénticos cuidados que el resto de los medicamentos. La legislación europea* establece que todo medicamento debería ser solo de prescripción salvo: si no se observen con frecuencia riesgos por uso inadecuado o falta de supervisión médica, si no se detecten efectos adversos del mismo que requieran mas investigación, si no se administra parenteralmente ó si la necesidad de su adquisición no provoca inequidad. La verdad es que este juego irracional solo puede justificarse desde criterios e intereses comerciales.

Saludamos la preocupación que despierta el uso de medicamentos en veterinaria que se traduce en la creación de una “**unidad específica**” que ha de regular con el mismo celo este apartado que el uso en humanos. Aunque como veremos mas adelante es insuficiente, no se comprende que si son medicamentos tengan trato distinto que el resto de los medicamentos, para lo cual la creación de la unidad específica pueda constituir una salida provisional para un problema de salud cuyas soluciones no se desean incluir en el Plan

* Directiva Europea 92/26/EEC de 31 de marzo, derogada y compilada por la directiva 2001/83/CE de 6 de noviembre

Que la financiación de los medicamentos se base *“en la pruebas científicas disponible, en la necesidad de los mismos para mejorar la salud de los pacientes así como en un precio razonable”* es indiscutible, sin embargo ha de matizarse el concepto de “precio razonable” en función del coste de desarrollo y producción del medicamento, pero también de su finalidad y la mejora que suponga sobre otros ya existentes. Este misma argumentación ha de ser aplicada a los medicamentos hoy financiados de lo que se derivaría un nuevo “medicamentazo” adoptado siempre con transparencia e información a la población.

Si como dice el PEPF el SNS *“no ha sido capaz de instrumentar para los médicos un sistema de información sobre los medicamentos ágil y eficaz”* y a continuación habla del impacto que las *“actividades de publicidad, promoción e información sobre medicamentos que se realiza sobre los prescriptores tienen sobre el precio de venta del medicamento soportado por el propio SNS”*, es evidente que ambos conceptos tienen íntima relación, se complementan y dejan a las distintas administraciones en entredicho.

Las soluciones propuestas son bien recibidas pero debemos esperar a su desarrollo para realizar una valoración definitiva: como la creación de un Comité Técnico de Información, mecanismo de formación e información y la Guía Farmacoterapéutica de Principios Activos. Nos parecería mas adecuado que los recursos para financiar total o parcialmente estas actividades además de las formativas formara parte de una partida presupuestaria específica, precisando precisa en todo caso de un desarrollo concienzudo que garantice unos mínimos de formación-información de calidad, y además accesibles para todos los médicos.

La decisión de registrar e incorporar a la financiación del SNS cualquier medicamento debe ser una tarea en la que participen las Comunidades Autónomas y de un cuerpo técnico con soporte científico suficiente donde no sea posible la decisiones de tipo personal. A este respecto es preciso comentar que en las últimas décadas la profesión médica ha observado con perplejidad y escándalo las relaciones que los responsables de la gestión administrativa del medicamento, al cesar en sus responsabilidades tanto a niveles autonómicos como nacionales, mantienen con la Industria Farmacéutica con la incorporación a cargos de dirección bien de una empresa o de sus fundaciones. Sin presuponer actuación ilícita o irregularidad alguna, parece preciso evitar esta situación durante un tiempo tras el cese en una responsabilidad, que no debería ser inferior al tiempo de una legislatura. Si nuestra legislación prevé la incompatibilidad cuando se desempeña un puesto público con cualquier actividad que comprometa la imparcialidad o independencia, que no decir cuando se deja el puesto, que es precisamente cuando se pueden utilizar más las influencias.

El Comité de Evaluación de la utilidad terapéutica de los nuevos medicamentos se vislumbra como muy positivo y además contará con *“una red de colaboradores*

externos al Comité, constituida por expertos de reconocido prestigio científico e independencia del Sistema Nacional de Salud'. No nos dice nada el PEPF sobre quien formará dicho Comité por lo que presuponemos será administrativo por omisión de su composición y por el asesoramiento de los expertos.

3. LIBERTAD DE PRESCRIPCIÓN DEL MÉDICO

El Médico debe disfrutar de la necesaria **independencia** para atender a los pacientes que confían en sus cuidados y, en concreto, para elaborar sus diagnósticos y prescribir sus tratamientos⁷. El médico tiene el deber profesional y ético de prescribir con racionalidad y buen sentido económico⁸ y así reconocen que los "presupuestos farmacéuticos" no pueden ser ilimitados, pero se oponen a que se restrinja la prescripción de medicamentos por motivos exclusivamente económicos (6). Los médicos no pueden apoyar ninguna restricción que dañe la calidad de la asistencia sanitaria⁹.

Que el médico haya obtenido el **consentimiento informado** del paciente para el plan terapéutico significa que la prescripción, posología, consejos, recomendaciones son las que han sido autorizados por el paciente y no otros. En consecuencia una sustitución medicamentosa, aunque sólo sea genérica, no puede introducirse sin el consentimiento del paciente porque además debería responsabilizarse de las consecuencias civiles o penales que de la misma pudieran derivarse.

La **libertad del médico no es ilimitada**, el médico al ser depositario, que no dueño, de un bien público, que debe utilizar de la mejor manera posible, por lo que también tiene la obligación de ofrecer explicaciones a otro médico competente en representación de la Administración a la que sirve ó de la Organización Colegial si fuera preciso. La libertad e independencia profesional del médico es, sobre todo, un derecho de los enfermos. Así lo manifiesta la Declaración de Lisboa de la AMM (Asociación Médica Mundial), sobre los derechos de los pacientes: *"El paciente tiene derecho a ser tratado por un Médico del que le consta que puede tomar sus decisiones clínicas y éticas libremente y sin , interferencias externas "*. A lo que hay que añadir que en el ámbito Europeo no existe ningún país donde se le permita al farmacéutico la sustitución de un medicamento prescrito por el Médico **"sin su consentimiento ó en contra del mismo"**, entre otras cosas porque constituye un riesgo para la relación de confianza entre médico y paciente que es única, individual y trascendental como garantía del derecho a la salud.

4. LA DISTRIBUCIÓN DEL MEDICAMENTO

Siempre sorprende la asimetría con la que la administración trata a los agentes que intervienen sobre la cadena del medicamento. Teniendo en cuenta que hablamos del SNS y sus prestaciones, hay decisiones que no colocan en igualdad de condiciones los intereses de todos sus agentes, a pesar de las diferencias sobre el interés público y el interés privado de cada uno de ellos.

Un caso más es la distribución de medicamentos en España que no deja de sorprender entre otras razones: por el coste de la misma, en torno al *9,6% del precio de venta del almacén sin impuestos*, es decir del precio de lo que distribuye –difícil de encontrar precedentes similares- en vez de lo que cuesta el servicio que se presta, porque a pesar de que el Plan prevé rebajarlo un punto por año en los dos siguientes, será aún mayor que el existente en países de la UE. En todo caso lejos del acuerdo reciente suscrito entre un laboratorio líder y una empresa de logística, que han fijado el margen de distribución **inferior al 4%**, sin que se aprecie menoscabo de la accesibilidad del paciente a dichos medicamentos. El éxito de **esta experiencia** nos permitirá afirmar que es imitable, tanto en materia de la propia distribución como del margen que opera. Creemos que esta disminución del margen –exportable, por su origen y su magnitud a la dispensación- debe ser aplicado al precio final de lo que se factura, redundando en beneficio del paciente y del SNS.

El precio del fármaco incluye un concepto superior al de distribución, la **reposición** del fármaco según necesidad varias veces al día –variable según zonas- evitando el stock de productos en las oficinas de farmacia o permitiendo que este sea mínimo y en función de los volúmenes de venta. El stock no supone ningún riesgo para la misma salvo el espacio que ocupa, pues le son repuestos todos aquellos envases caducados.

El sistema de distribución choca por ejemplo con la obligación del médico de proveerse de talonarios para **prescripción de tóxicos** y con la de los pacientes que deben viajar para que sean **visadas** esas recetas

5. VENTA Y DISPENSACIÓN DE FÁRMACOS

En la venta libre de medicamentos en las OF, no se tiene en cuenta que son productos químicos, con capacidad de originar efectos adversos, interacciones, incompatibilidad o disminución de la efectividad de otros fármacos prescritos por el médico. Desde la racionalidad sanitaria no es comprensible que se puedan vender sin prescripción médica: Acido Acetil salicilico, (potente anticoagulante, causante de hemorragias gingivales y gástricas frecuentes etc), oximetazolina(causante del 90% de las hipertrofia de cornetes, tras abuso continuado de su uso, creando dependencia física), complejos analgésicos compuestos de paracetamol y codeína (causantes, a causa de su pretendida inocuidad, de hepatotoxicidades relevantes y alteraciones del ritmo intestinal), complejos vitamínicos a granel (originan hipervitaminosis con déficits orgánicos importantes a diferentes niveles), estimulantes de la motilidad intestinal, cremas faciales y un sinnúmero de productos que requieren los mismos cuidados que los medicamentos que precisan prescripción, sin dejar constancia ni registro de utilidad clínica alguno.

Sin embargo y hasta ahora la venta libre de especialidades farmacéuticas publicitarias (EFP) responde a una transacción igual que en cualquier otro espacio comercial. Pero cuando se dispensa una prescripción médica con unas indicaciones precisas no supone el control del número de envases necesarios para responder a la prescripción y posología realizada, pues también esta tarea es realizada por el médico mediante la mal denominada renovación de la prescripción. En todo caso en la práctica real no hay diferencia entre venta y dispensación.

La dispensación se sustenta en la prescripción médica y de la mal denominada renovación de la prescripción, una tarea burocrática del médico de cabecera, delegada de la OF que le facilita la facturación unitaria de las unidades que vende y que estas puedan ser retiradas donde mas convenga. Innecesaria para el ejercicio profesional del médico a la que tiene que dedicar sobre el 40% de su actividad diaria, sin contar las consultas que como consecuencia de la misma se genera. No tiene mucho sentido buscar formulas de regulación de la demanda asistencial en atención primaria, ni de mejorar el tiempo por paciente sin tener en cuenta en primer lugar lo mencionado. Menos aún inventar y encomendar a la OF tareas asistenciales bajo la denominada AF mientras los médicos realizan tareas burocráticas propias de las OF. Pero cuya solución tampoco requiere, como a menudo se insinúa, la introducción de la receta electrónica o cualquier otro mecanismo para seguir haciendo lo mismo, requiere cambiar la Ley del medicamento para establecer que *“la prescripción de un medicamento, con la posología y tiempo de duración del mismo, es establecida por el médico y será la OF la encargada de dispensar durante el tiempo, forma, cadencia y condiciones que se determine”*. Lo cual por cierto permitirá a la OF ejercer sobre la dispensación las tareas que realmente si le corresponden en el control de la misma y que la diferenciaran de una simple transacción comercial.

Si uno de los “desafíos” que menciona el PEPF es la “*automedicación no responsable, a la que contribuye el acceso a medicamentos que requieren receta sin cumplir este requisito...*” no entendemos como no se presentan acciones dirigidas a corregir este fenómeno de manera directa. Sólo se ha de aplicar con criterios de justicia la legislación vigente, susceptible de ser modificada con el fin de ser más rigurosos en su cumplimiento.

5.1 Receta Electrónica

La receta electrónica es un instrumento de la prescripción y dispensación que debe ser regulada por la Ley del Medicamento dada la laguna actual y una vez más a ella corresponden los cambios necesarios. Hasta la realización de la receta al paciente todo es clínico y se puede realizar a mano, en historias de papel, a máquina ó en historias clínicas informatizadas. Porque la realización de la prescripción en una receta no es un acto administrativo, es un acto clínico. Considerado en algunas sentencias del Tribunal Supremo, como el acto con el culmina un proceso asistencial.

Ya se ha comentado que **renovar la prescripción** es una actividad innecesaria para la practica profesional del medico a la que la receta electrónica, se denomine e-receta o e-albaran, lejos de ayudarla corrompe al no aportar nada al profesional ni al paciente, siendo una amenaza muy grave para ambos. Si se pretende enviar los e-albaranes telemáticamente a un gran repositorio es una grave responsabilidad moral que la profesión medica deberá considerar además de ser una propuesta técnicamente débil por los riesgos de vulneración y corrupción y porque además precisa inexcusablemente de la informatización de todo el SNS.

Abogamos por la existencia de una receta electrónica única, para la sanidad pública y la privada al no existir entre ambas mas diferencia que la naturaleza del intermediario entre el paciente y el médico, si lo hubiera, el resto es igual. El modelo de receta que se apruebe servirá en todo el territorio nacional y será diseñado por los profesionales relacionados con ella: médicos, farmacéuticos e informáticos.

5.2 Sistemas de información garantía y confidencialidad:

El único que no tiene la información agregada de lo que el paciente realmente se administra es el médico (al menos la que relaciona la prescripción con la dispensación o retirada del medicamento de la OF) a lo que es preciso incorporar los medicamentos de venta libre, y esto si que es una cuestión importantes como veremos. Es decir de aquellos medicamentos en la que la prescripción médica no es necesaria no quiere decir que la información sobre su consumo no sea imprescindible a la hora de ajustar la prescripción y de evitar eficazmente los problemas relacionados con su posible interacción o efectos indeseables. No otra cosa pretende el derecho constitucional a la protección de la salud

Pero la información de la que hablamos no es una información cualquiera, es una información muy sensible que puede determinar no solo la vida del paciente sino la de su familia. Por lo que es preciso garantizarle la protección mas alta posible y dejar claro y conocer ¿A que información nos referimos y que incluye? ¿Dónde se va a localizar esa información? ¿De quien es la obligación de vigilar y gestionar esa información que es del paciente? ¿Quién puede acceder a la información? ¿Cómo se garantiza la confidencialidad de la misma? ¿y las responsabilidades derivadas de su incumplimiento, como se distribuyen?

6. PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL USO DE MEDICAMENTOS

Ya hemos visto que cualquier fármaco, de venta libre o de prescripción, de uso común o una nueva molécula, por el hecho de ser fármacos pueden producir iatrogenia. En consecuencia todos los medicamentos deben ser sometidos a idénticas recomendaciones y cuidados.

6.1 La sustitución de medicamento: un problema de salud pública

La sustitución de un medicamento ocurre cuando el prescrito no se encuentra disponible en la farmacia o en el almacén distribuidor, si la causa de la sustitución es otra, su responsable deberá dar cuenta ante la sociedad de los motivos que le llevan a ella y que nunca podrán ser por la búsqueda de un provecho económico. En caso contrario estaríamos ante una práctica contraria a la ética profesional. La sustitución de un medicamento por otro puede realizarse, bajo determinados supuestos, siempre y cuando no se modifiquen ni el principio activo, ni la dosis del fármaco ni el tamaño del envase (salvo falta de existencias).

Se justifica la sustitución de genéricos con la disculpa del stock que sería necesario para atender todas las posibilidades. Esta disculpa tiene difícil soporte con el sistema de distribución y reposición diario de medicamento con un coste que soporta el SNS que ya ha sido comentado.

La sustitución crea confusión en el paciente. Los pacientes con procesos crónicos, mayoritariamente de la tercera edad, están acostumbrados y confían en un determinado fármaco con unas características determinadas. Son enfermos habitualmente poli-medicados de manera que la sustitución de uno o varios medicamentos, les supone un grave inconveniente por alterar el orden que tenían establecido alrededor de su tratamiento. Estas situaciones llevan a que confundan medicamentos o a olvidarse de los mismos por no reconocerlos... En definitiva, disminuyen la adhesión al tratamiento, pueden generar efectos adversos... que deterioran la salud, la confianza en el médico (ajeno a la sustitución, luego no responsable de sus consecuencias) y en el farmacéutico.

Riesgos para la salud y causas de los PRMs. Por otra parte cada empresa de medicamentos genéricos los envasa en formatos prácticamente iguales o muy parecidos, con lo que el color y las formas pueden ser confundidas y mas si se cambian periódicamente los medicamentos –según las normas del mercado- Es por lo cual en muchos casos obliga al médico a cambiar su prescripción a otras moléculas sobre las que la OF no puede ejercer esa potestad.

Interferencias en la relación médico-paciente. Cuando un medicamento prescrito es sustituido por otro en contra de la decisión del médico se esta interfiriendo en la relación médico-paciente y en muchos casos –personas mayores, poco o mal

informadas- atentando contra la credibilidad del médico, se está asumiendo una decisión sin criterios objetivos y también la responsabilidad que recae sobre el prescriptor de ser el responsable de los efectos adversos del medicamento, como avalan diferentes sentencias de tribunales (la última, en Zaragoza, ayer 10 de enero de 2005). En la encuesta mencionada mas del 40 % de los médicos reconocen que la sustitución en la farmacia les hace replantear con frecuencia su prescripción.

Responsabilidad legal, por otro lado en una reciente sentencia del tribunal supremo tras condenar a un pediatra por negligencia en la prescripción de un medicamento advierte: “Cuando el médico prescribe un tratamiento que consiste en el uso o consumo de un fármaco incumbe al facultativo la información sobre su utilización y dosificación; la selección del medicamento adecuado supone un juicio que ha de sopesar los riesgos y beneficios de su operatividad”. Si esto es así, como se puede seguir pretendiendo cambiar medicamentos con el mismo principio activo y ofrecer los supuestos de los que quiere partir la atención farmacéutica

Eficacia. La normativa vigente permite unos márgenes en la cantidad de principio activo por unidad de medicamento, de este modo podemos llegar a dar un tratamiento diario por debajo del prescrito que impiden alcanzar el objetivo terapéutico. Así mismo, y a falta de estudios comparando medicamentos iguales pero de distintas marcas, y de meta-análisis de esos mismos estudios, nuestra práctica diaria nos dice que numerosos pacientes nos advierten de que un medicamento no les produce el mismo efecto que otro, aún tratándose del mismo principio activo y dosis. El origen de esta observación que al referirse a la salud, se transforma en queja, puede radicar en la subjetividad del paciente, en circunstancias concomitantes, en el propio medicamento o en cualquier otra que se nos pueda ocurrir, no obstante, debemos quedarnos con la queja del paciente y atenderla. La Administración debe asegurarse de que las **variaciones cuantitativas** de principio activo existentes entre medicamentos sean inapreciables, minimizando uno de los posibles efectos negativos de la sustitución.

La Administración, el sistema de distribución y la propia regulación del mercado de los medicamentos deben asegurar el **abastecimiento** continuado y la presencia de cualquier medicamento en el almacén y en la OF. No es tolerable que la falta de existencias en el almacén y en consecuencia la sustitución en la OF sea más que una anécdota puntual.

Son mejores las condiciones económicas que pueden obtener las OF con el cambio de medicamento –aunque respetan el principio activo- como consecuencia de concentrar las compras, no solo de un principio activo en una sola marca, sino de varios principios activos en un solo laboratorio, tales como puedan ser; bonificaciones en el mismo producto, bonificaciones en otros productos (cosmética, potitos, leches maternizadas, adelgazantes etc), descuentos en factura, bonificación en factura, y “breaks” de marketing y/o estanterías promocionales, incluidos cualquier otro regalo promocional vinculado a determinado stock. Las condiciones económicas incluido el sistema de bonificaciones puede cambiar en función de las reglas de mercado lo que

determina el interés de la OF por cambiar periódicamente uno o varios productos a algunos pacientes, con frecuencia crónicos y ancianos.

Al producirse la sustitución, si existe una mayor rentabilidad por la misma, se está cometiendo un hecho reprobable con un beneficio unidireccional que poco o nada repercute en el paciente. Esta práctica es más llamativa en el caso de los medicamentos genéricos en que el margen porcentual por cada envase es superior al del resto de fármacos. La Administración ha de regular las prácticas de descuento en la venta de medicamentos para su distribución para lo cual una regulación hecha con rigor asegura la leal y libre competencia del mercado del medicamento y unas condiciones de desarrollo del mismo, éticas.

En España el **equilibrio entre interés público y privado** en la distribución del medicamento no se ajusta al interés del paciente y del SNS. no prevalece el interés público ni la limitación de un riesgo para la salud. Y así si el médico desea que un fármaco genérico no sea cambiado a un determinado paciente tiene que acompañar su prescripción de un informe justificando su decisión. Es otra asimetría injustificable que puede suponer riesgos para la salud, provoca nuevas pérdidas de tiempo asistencial por preservar intereses económicos privados..

Es importante garantizar al prescriptor la posibilidad de "**no autorizar la sustitución**", cuando lo considere oportuno para el paciente tanto por razones de salud como para mantener la esencial relación de confianza y por tanto evitar que se le dispense un genérico de una marca diferente al que receta, o incluso que se recete un genérico en lugar de un medicamento original.. La forma en la que el prescriptor ejerce este derecho es variable en cada país. En España ante la situación planteada ni siquiera ha sido aceptada la petición intermedia, solicitada reiteradamente, desde la Organización Médica Colegial de limitar esta potestad de la OF con la introducción de la "casilla" que el médico prescriptor marcaría con su firma cuando considerara que no debe ser sustituido el fármaco prescrito. Es indispensable para la promoción del uso de medicamentos genéricos en España que no se autorice su sustitución en contra del deseo del médico.

Si la **política de medicamentos genéricos** no ha dado los frutos deseados entre otras cosas por que "*no sea siempre el más barato... la falta de confianza por parte de muchos médicos por ausencia de una adecuada formación, información e incentiación*", tienen que proponerse las medidas que corrijan las causas de este fracaso, que son las descritas. El médico no debe cobrar incentivos por ahorrar lo que la mayoría (60%) rechaza en el estudio mencionado. Se debe retribuir más al médico que mejor desempeñe su labor por la calidad del servicio y objetivos institucionales y también en función de resultados eficientes con lo que estarían muy de acuerdo o bastante de acuerdo el 54% el 70% respectivamente .

6.2 Promoción del consumo de medicamento: “Consulte a su farmacéutico”

Mediante campañas publicitarias, utilizando como soporte y justificación para realizarlas el “**Consulte a su farmacéutico**” esta aumentando la venta libre de medicamentos, lo que supone un aumento de los riesgos, tanto por su utilización e indicación incorrecta como de la combinación con aquellos prescritos por el médico, al ser dos mundos del medicamento artificialmente separados con el fin de incrementar su consumo. Pero por si fuera poco también es causa del aumento de la contaminación medioambiental por medicamentos tanto de consumo humano como animal –todos de venta libre- y sin control alguno.

Ya se ha mencionado que los medicamentos de venta libre –que no precisan receta- **son fármacos similares a los que la precisan** y a los que es necesario regular de forma similar. La decisión de incorporarlos a la venta libre tiene más relación con intereses económicos y comerciales de las empresas que con otra razón. Es más, no son pocos los principios activos –antih2, antiinflamatorios, antihistamínicos.. que se encuentran tanto en presentaciones de venta libre como de prescripción médica. Pero no son solo los medicamentos convencionales sino todo el **arsenal fitoterapéutico y homeopático** que no siendo inofensivos interactúan en el paciente y con otros fármacos prescritos por el médico, que desconoce todos los adquiridos libremente por el paciente en la farmacia y de los que no existe constancia alguna de su consumo. Sorprende una vez más que en las medidas para luchar contra los problemas relacionados con los medicamentos (PRMs) que sirven de justificación a la AF que defiende el PEPF, no se tenga en cuenta lo mencionado en relación a la venta libre e ilegal de medicamentos, ni se module su promoción evitando la simplificación y banalización de su uso y en suma su consumo innecesario.

En relación al mensaje de “**consulte a su farmacéutico**” es un pretexto disculpa para la publicidad directa a población general con el objetivo de aumentar la venta y el consumo, centrado en la oficina de farmacia y no en su mejor y adecuada utilización, centrada en la necesidad y en el médico. Lo que separa unos riesgos para la salud que es preciso “consultar a su farmacéutico” de todos los demás, precisamente de los que maneja el médico. Pero también puede llevar implícita una información engañosa constituyendo así otro peligro para la salud pública al entorpecer, dificultar y complicar el cuidado de la salud de los ciudadanos, sometiéndolos a riesgos innecesarios por intereses económicos .

El medicamento que se vende libremente es aquél que va a ocasionar beneficios para la salud y muy difícilmente perjuicios para la misma. Estos medicamentos son los que participan en el **autocuidado** de la salud por parte de los ciudadanos, concepto bien distinto a de automedicación. Los medicamentos de venta libre en farmacia ¿están tan exentos de riesgos estos medicamentos como se supone? A priori, los riesgos son bajos, pero como todo medicamento, existen y son variables de una persona a otra. Estos riesgos, implícitos en cualquier medicamento, hacen que debamos prestar

atención a este grupo de medicamentos. A la hora de recomendar cualquier medicamento, se han de conocer sus componentes, sus interacciones con otros medicamentos pero su posología, contraindicaciones, efectos secundarios... pero también es imprescindible saber si el enfermo es o no alérgico, que tratamientos farmacológicos o de otra naturaleza está llevando, que problemas de salud tiene... Por ejemplo, ¿Qué riesgo se corre al adquirir ácido acetilsalicílico si se está anticoagulado? ¿Qué efectos tienen sobre el nivel de alerta algunos antihistamínicos contenidos en antigripales? ¿Qué reacciones pueden producir algunos jarabes entre cuyos excipientes se encuentran alcoholes en pacientes que tomen disulfiram?...

Si a pesar de lo dicho la administración sigue permitiendo esas campañas publicitarias para promocionar el consumo de medicamentos, debería recomendarse acudir a **su farmacéutico para su adquisición, pero recordando que se lo comunique también a su médico**, haciendo **obligatorio el registro de estos fármacos y su disponibilidad ante la autoridad sanitaria que debe comunicar de su uso al médico de cabecera**. ¿Por qué decimos esto? Las razones las hemos expuesto en el punto anterior. Los riesgos que se derivan del uso de medicamentos son impredecibles tanto en su presentación como en su magnitud, aunque existen casos donde sí son predecibles y/o evitables. Es precisamente por ello por lo que los medicamentos publicitarios o “sin receta”, necesitan la advertencia de que también hay que consultar al médico, lo que requiere una modificación de la reglamentación sobre publicidad de medicamentos

6.3 Venta sin receta

No deja de ser curioso que la venta en la OF de medicamentos sin la receta que precisan, además de constituir un grave problema de salud pública, es una infracción grave que se menciona de pasada en el documento, a la cual ni se le presta atención cuando se abordan los mal denominados PRMs ni se propone ninguna medida para su control, cuando por ejemplo buena parte del consumo de antibióticos en España corresponde a esta práctica.

No es difícil establecer relación de interés entre la venta sin receta de medicamentos que la precisan y el mensaje en los medios de comunicación de *“consulte a su farmacéutico” ligado a recomendaciones para el control de los mal denominados síntomas menores, que son precisamente los que la mayor parte de la población siente y ha tenido en alguna ocasión. El mensaje estimula y justifica el deseo de petición de otros medicamentos que si precisan receta, si se identifican los síntomas y si se consulta al farmacéutico. Se establece que un mismo problema se puede consultar en dos sitios distintos –uno es promocionado por los medios de comunicación con mensajes atractivos y fáciles y otro no- a los que corresponde dos respuestas diferentes y diferenciadas –una amigable, cercana y promocionada y otra no -, lo que además es validado porque buena parte de los medicamentos de venta libre pueden ser sustituidos por otros similares que precisan prescripción en el caso de que se desee no pagarlos y en consecuencia acudir a la consulta de atención primaria a demandarlos –prescripción inducida-*

El PEPF repite varias veces que la dispensación de medicamentos sin la receta preceptiva es frecuente. Sin embargo no aporta ninguna solución, que pasa inexorablemente por la sanción de quien comete la infracción. La llegada de un medicamento al paciente, que no sea a través de la indicación de un médico, puede suponer no sólo la alteración de la salud de ese paciente sino también de la salud pública puesto que no estará cimentada en los conocimientos precisos y requeridos para ello. Otros efectos que pueden derivarse de la venta libre de medicamentos es el aumento de resistencias bacterianas, interacciones, efectos adversos, contaminación ambiental ...

6.4 Escasa o nula atención a los PRMs nula o ó escasamente identificables.

Ya se ha mencionado la falta de control sobre venta de fármacos que precisan receta, de aquellos de venta libre, de los productos fitosanitarios ... sin ningún control ni mas garantías que cualquier otro sistema de suministro posible. Pero también sorprende en la lucha del Plan contra los riesgos evitables derivados del consumo de fármacos que no se mencionen las consecuencias indeseables de los medicamentos de uso veterinario y ni se establezcan medidas para corregir su nulo control como pudiera ser la introducción de la obligatoria prescripción veterinaria para buena parte de ellos (antibióticos, antiinflamatorios, corticoides, hormonas ...)

6.5 Políticas de identificación PRMs

Los mecanismos para transmitir los PRMs se caracterizan, si quieren cumplir su misión, por ser rápidos, seguros y confidenciales. La base de datos centralizada que recoja estas comunicaciones estará permanentemente en contacto con los responsables sanitarios de cada Comunidad Autónoma así como con los servicios técnicos pertinentes. La información que les llegue será procesada y generará una investigación específica cuando reúna ciertas condiciones previamente definidas. Sería conveniente la creación o cuanto menos la participación de los colegios profesionales con la designación por parte de estos de profesionales, que colaboren con el órgano competente de valorar los problemas del medicamento.

Dudamos y desconocemos el origen y fundamento científico de afirmaciones tan graves como que los PRMs es un problema de primera magnitud, que supone *“el 30% de los pacientes atendidos en los servicios sanitarios”* . Porque de ser así, por su coste en términos de salud y de dinero, su abordaje y control debería constituir la primera estrategia sanitaria del SNS que sin embargo seguirá sin abordarse en profundidad. Conocer estos PRMs permite investigarlos y establecer conclusiones de utilidad para la salud de los ciudadanos aunque carece de rigor investigar PRMs sin la participación activa de los clínicos que valoren y orienten sobre los pasos a seguir. Para evitar la desconfianza que generan los mecanismos de notificación de PRMs y facilitarla es ineludible conservar la confidencialidad en torno a la misma así como que no se deriven acciones punitivas.

6.6 Información y formación

Se crítica la formación e información que reciben los médicos por la industria y se relaciona con comportamientos inapropiados. Es cierto que los médicos españoles se forman e informan sobre medicamentos gracias a la propia iniciativa y a la de la Industria Farmacéutica, circunstancia corroborada recientemente en la encuesta mencionada de la OMC., lo que en ningún caso debe suponer por ello prácticas poco éticas tanto de quienes las reciben como de quienes las fomentan. Aunque las críticas deben realizarse y permiten establecer mecanismos de control, corrección de errores y desviaciones, sin embargo no se puede criticar en si mismo una practica sin alternativa hasta hoy y regulada por Ley.

Al generalizar los supuestos no deseados no se reconoce: que las necesidades de formación y actualización en el caso de los médicos son diarias, que la forma mas frecuente de recibirla es la mencionada, por cierto mas valorada que la escasa que ofrece la administración sanitaria, que su practica está regulada en la Ley del medicamento como actividades publicitarias, informativas y promocionales y supone un 12-16% del precio del medicamento.

Para todo lo cual sería preciso: el diseño y realización de programas de mejora de la calidad de la prescripción para todos los médicos, centrados y orientados en los factores más relevantes que determinan la calidad de la prescripción; estableciendo prioridades a conseguir en un sistema de racionalización del consumo farmacéutico, basado en aspectos cualitativos; y diseñar programas de formación de gran impacto potencial basados en las necesidades científicamente definidas y en las causas de los problemas disponiendo de recursos para garantizar mínimos útiles de autonomía profesional

Pero para conseguir lo anterior es necesario que los médicos tengan garantizada una información farmacoterapéutica rigurosa, cubiertas sus necesidades de formación médica continuada; dispongan de suficiente de autonomía para mantener sus foros de encuentro y debate así como sus medios de información y comunicación; sin olvidar atender las necesidades de investigación y desarrollo de la ciencia médica con autonomía profesional y económica suficiente.

7. A PROPÓSITO DE LA ATENCIÓN FARMACÉUTICA

A causa de salvaguardar los intereses económicos que caracterizaban en esa época al sistema sanitario americano, en el año 1990 se intentaba en EEUU, orientar al farmacéutico, en áreas clínicas y orientarlo hacia el paciente,. Necesitaba el farmacéutico definir su papel, a pesar de lo cual en EEUU donde comenzó, al igual que en ninguna otro lugar del mundo no se ha desarrollado la denominada atención farmacéutica.

Por otra parte en la situación actual precisamente porque se puede cuestionar la profesión del farmacéutico de OF como profesión sanitaria, - como proveedora de salud-, se pretende que el farmacéutico realice un seguimiento de los problemas relacionados con el medicamento en diferentes estadios, incluyendo la valoración de la calidad de la prescripción. Han contribuido a ellos cambios industriales, cambios en la demografía de la profesión farmacéutica, la necesidad de marcar diferencias y frenar otros intereses comerciales -venta del medicamento en superficies comerciales-, cambios inducidos por ciertos movimientos surgidos en el seno de la profesión farmacéutica -AF-, y algunos cambios legislativos^{10,11} interesadamente elaborados.

Pero es una error inaceptable. Para que un suceso sea calificado de PRM necesita dos condicionantes; a) el paciente debe experimentar una enfermedad o sintomatología y b) esta patología debe tener una relación identificable con la terapia farmacológica. Los PRMs pueden estructurarse en 8 categorías : 1) El paciente tiene un estado de salud que requiere terapia medicamentosa, pero no está recibiendo esa medicación. 2)El paciente tiene un estado de salud, para el cual está tomando un medicamento erróneo. 3)El paciente tiene un estado de salud para el cual está tomando demasiado poco del medicamento. 4)El paciente tiene un estado de salud para el que está tomando demasiado medicamento. 5)El paciente tiene un estado de salud resultante de una reacción medicamentosa (RAM). 6)El paciente tiene un estado de salud resultante de una interacción fármaco-fármaco, fármaco-alimento, fármaco-test de laboratorio. 7)El paciente tiene un estado de salud que resulta de no recibir el fármaco prescrito. 8)El paciente tiene un estado de salud como resultado de de tomar un fármaco para el que no hay indicación válida.

Desde el punto de vista asistencial para establecer con rigor y garantías cualquiera de ellos es precisa la intervención clínica de un médico, tanto para observar la situación susceptible de provocar el PRM, para la detección directa del mismo (medición e interpretación de valores, constantes etc), así como para la observación y valoración del daño detectado. Pero sobre todo para decidir si es un efecto esperado y ante el mismo decidir que hacer.

Se intenta justificar actuaciones imaginarias en base a esos conceptos que carecen de rigor científico, que por supuesto no están ni validados ni reconocidos internacionalmente, y que pretenden justificar el rol social del farmacéutico en el SNS.

En el fondo del debate sobre AF también subsiste un conflicto de subsistemas sanitarios, por un lado la atención médica con un modelo muy intervenido, regulado y socializado frente a la oficina de farmacia que se desarrolla en un marco muy liberal con aspiraciones de ampliar su ámbito de actuación en esa dirección opuesta al resto del SNS

Se afirma en el PEPF que:

- *La Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios propondrá, a la Comisión de Farmacia, la colaboración con las organizaciones profesionales y sociedades científicas para desarrollar modelos de relación entre oficinas de farmacia y los médicos de familia, farmacólogos clínicos y farmacéuticos de atención primaria y especializada para establecer acciones que permitan el uso correcto de los fármacos..*
- *A través de la Comisión de Farmacia del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud se propondrá a las organizaciones profesionales y sociedades científicas un plan de acciones formativas para asegurar la mayor implicación de los farmacéuticos en el desarrollo de la AF en las oficinas de farmacia españolas.*
- *A través de la Comisión de Farmacia del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud se propondrá una reflexión amplia para potenciar la figura del farmacéutico de atención primaria en el desarrollo de estrategias de uso racional de medicamentos en los equipos de atención primaria.*

Como ya se ha dicho los médicos de atención primaria dedican en torno al 40% de su tiempo a una actividad delegada de la farmacia. Sin embargo la OF reclama ahora tareas asistenciales para lo que no es competente con el fin de introducir valor añadido a una actividad y status cuya utilidad social ha decaído y lo que indudablemente requerirá la compensación económica oportuna como la tienen con justificación practica difícil de mantener hoy, los farmacéuticos de APD. En resumen estaríamos ante la creación de nuevos puestos públicos de difícil justificación y nulo interés sociosanitario. No se puede obviar que todo lo referente a la sanidad es de carácter publico exceptuando la farmacia, por mucho que se hable de que ostentan funciones públicas delegadas.

La AF y la tarea asistencial de las OF en el PEPF está amparada en motivos sin fundamento y con el interés de justificar algo inaceptable, cuando por ejemplo en la pagina 21 del documento afirma “ No obstante, la importante presión asistencial existente en la actividad habitual de los médicos actúa como un condicionante que puede afectar negativamente a la calidad de la prestación farmacéutica”. A lo cual es preciso responder que no parece muy razonable que el médico este haciendo tareas de la OF con su consentimiento, y ahora a las OF por su interés se le encomienden tareas de los médicos en contra de la voluntad de estos. Sin embargo la indicación y

administración correcta del fármaco sobre el paciente no es de incumbencia de la OF. Cuando el medicamento se incorpora al paciente tras un juicio y decisión clínica solo corresponde y es competencia del médico ó farmacólogo clínico en su caso.

La expansión artificial de las funciones que los farmacéuticos desempeñan en sus oficinas no parecen muy lejos de constituir conductas intrusas. La asunción, por parte de algunos farmacéuticos de atribuciones que nos les corresponden, determina un desequilibrio en la relación con los médicos que vivirán esta alteración del status quo como una intromisión o, llegado el caso, como una agresión, en la que la Administración actúa como cómplice, inductora o cooperadora necesaria. En el estudio de la OMC el 57% de los médicos encuestados considera que existe un problema de **prescripción inducida** por las oficinas de farmacia y casi el 75% de los médicos considera que la farmacia debería **limitarse a dispensar** los medicamentos, sin efectuar diagnósticos o prescripciones, destacando que los que declaran estar “muy” de acuerdo con esta última afirmación superan el 60%.

La AF, según el Plan, es la solución a buena parte de los males que afectan a los problemas relacionados con los medicamentos, lo que volvemos a reiterar es inaceptable y sin base científica alguna. Pero además porque como ya se ha repasado algunos tienen mas que ver con practicas propias de la OF que con la prescripción médica que por otro lado es conocida, ligada a un diagnostico y queda registrada. Pero además los farmacéuticos y otros profesionales sanitarios no disponen de la formación que se exige al médico y por tanto, el hecho de que desarrollen las actividades que corresponden a la formación del médico, puede ser perjudicial para la salud y la seguridad del paciente, lo que puede revertir en un peligro para la salud pública.

La Asamblea General de la **OMC rechazo por unanimidad** la Atención Farmacéutica con un documento¹² e informe extendido en otros complementarios y publicados y establecidos sobre los siguientes afirmaciones: la Atención Farmacéutica (AF) quebranta la autoridad y responsabilidad clínicas del médico, está minada por una contradicción esencial sin solución¹³, es innecesaria^{⊗⊗}, constituiría una pesada carga económica para el SNS, significaría, una privatización mayor del SNS, no existe en ningún lugar del mundo.

Es esencial mantener la necesaria separación profesional de las funciones de prescribir, exclusiva del médico, y de dispensar, propia del farmacéutico. La condición principal para otorgar una prescripción de tratamiento médico es el diagnóstico hecho

⊗⊗ Por ejemplo, se ha estimado en \$177.400 millones el coste de los PRMs en Estados Unidos en 2000 (citado por Baber y Álvarez de Toledo en Semergen, 2002, 28 (1): 51-53), cantidad 1,5 veces mayor que la gastada en medicamentos en el mismo año. “¿Puede aceptarse que sea cierta y fiable, y no una especulación teórica quizá interesada cuando aquéllos que deben pagarla (aseguradoras privadas, HMOs, PBMs, Medicaid, enfermos privados), siempre apurados por el afán de ganancias o la necesidad de eficiencia, no la sienten en sus delicados bolsillos, es decir, ni parecen inquietos, ni emprenden acción alguna para contenerla?” (Costas Lombardía). Otro ejemplo: se escribe con frecuencia que los PRMs son un problema de salud pública de gran prevalencia en la población y, sin embargo, no preocupan a ningún sistema de salud del mundo; todos los ignoran.

por un médico. El médico es el único profesional de la salud, que tiene la formación y la experiencia apropiadas para extender prescripciones que puedan garantizar al paciente una buena calidad de atención. La nueva Ley de Ordenación de las Profesionales Sanitarias (LOPS), lo ha dejado muy claro: el médico diagnostica y prescribe, el farmacéutico dispensa (art. 6.2).

Por lo cual no podemos estar de acuerdo con “*incorporar a los farmacéuticos*” en el “*seguimiento farmacoterapéutico en residencias de mayores en cooperación con...*”, ¿por qué no también en los domicilios de todos los pacientes que se medican?, ¿acaso no existe suficiente información en las oficinas de farmacia para establecer dicho seguimiento, a través de la receta y la informatización de que las farmacias disponen? No sabemos si este nuevo papel implica que el farmacéutico se desplace a las residencias o si solamente es garantizar el suministro exclusivo a las mismas evitando las opciones de compra de las propias residencias. El PEPF no nos informa sobre cuanto cuesta esta iniciativa ni sobre quien la pagará. ¿No sería más adecuado invertir estas sumas en proveer de la mejor asistencia a esas residencias?.

El Tribunal Supremo afirma que el único profesional competente y capacitado para determinar la enfermedad es el médico; así la STS de 7 de octubre de 2002, que dice: “*el núcleo de competencia profesional definidor y diferencial de la profesión médica, referida al correspondiente “acto médico”, en lo que al presente recurso importa puede entenderse constituida por la capacidad de determinar la enfermedad o patología mental y el tratamiento a seguir o, también, en otros términos, el diagnóstico de la enfermedad y la competencia para prescribir el medicamento adecuado. A esta conclusión puede llegarse tanto desde la doctrina jurisprudencial antes expuesta de la capacidad real profesional, como desde los principios que inspiran las previsiones normativas relacionadas con la salud mental (art. 20 e la Ley General de Sanidad, Ley 14/86, de 25 de abril), desde los preceptos relativos a la dispensación de medicamentos (arts. 31 y 85 de la Ley del Medicamento, Ley 25/90, de 20 de diciembre), desde el Decreto 1417/90, relativo al título de Licenciado en Medicina e, incluso, desde la naturaleza propia de la profesión médica*”.

8. OPORTUNIDADES PERDIDAS

8.1 Regulación definitiva de la relación médico-farmacéutico

Es esencial mantener la necesaria **separación profesional** de las funciones de prescribir , exclusiva del médico, y de dispensar, propia del farmacéutico y así lo ha regulado la LOPS y la **cooperación** de farmacéuticos y médicos para optimizar el uso de los medicamentos en sus aspectos terapéuticos y económicos. Este tipo de cooperación ha de transcurrir siempre por vías de racionalidad y consenso.

Volvemos a reiterar desde la OMC que la indefinición legal genera inquietud en algún sector, que no quiso resolver la Ley de Ordenación de la Profesiones Sanitarias (LOPS), ya que en las disposiciones legislativas citadas anteriormente, se ofrece una lista genérica de las funciones asignadas a las oficinas de farmacia, en la que se incluyen algunos servicios básicos que han de prestarse a la población y que constituyen un cheque en blanco para que los farmacéuticos se puedan inmiscuir en funciones propias de la profesión médica.

En muchos Países Europeos tanto los farmacéuticos como otros profesionales sanitarios están **ampliando** sus **funciones**. Por esa razón la **OMC** quiere hacer hincapié en que la ampliación de dichas funciones: no debe atentar contra la integridad de la Medicina ni contra la situación de los médicos; en todo deberán quedar clara y perfectamente delimitadas por la Ley así como el régimen de garantías de sus competencias. Entendemos que para que se consigan los objetivos descritos en el artículo 152 del Tratado CE sobre garantía de un alto nivel de protección de la salud pública, es necesario que las funciones de los médicos y de los demás profesionales sanitarios estén perfectamente delimitadas, de manera que cada uno realice aquellas actividades para las que ha recibido la adecuada formación y no las que correspondan a otro grupo profesional.

Además de los ya mencionados manifestamos nuestro acuerdo con otros escritos documentales, que hacen referencia a las responsabilidades y funciones del médico y del farmacéutico como: Declaración de la AMM sobre las injerencias de los farmacéuticos en la práctica de la profesión médica (10.334/B Original: español). Agosto 2000. y la Resolución de la Asociación Médica Mundial (AMM) sobre la función del médico en relación con las prescripciones (20.6/2001 Original: inglés).Mayo 2001.

8.2 Incentivación a la calidad en la prescripción y motivación positiva

En la encuesta de la OMC ya mencionada, alrededor de un 60% de los médicos considera que la existencia de incentivos en función de la consecución de ahorros en el gasto **no es aceptable** y un 80% considera que dichos incentivos tienen un impacto poco o nada positivo sobre la calidad de su prescripción Sin embargo, algo más de un

70% de los médicos considera que **sí es aceptable** establecer un incentivo en función de la consecución de resultados eficientes, no contemplando sólo el volumen de gasto generado, sino también los **resultados** en salud conseguidos.

En el marco de una relación de agencia los mecanismos externos del financiador sobre los profesionales para el control e incentivación en su relación, como contratos, sistemas de pago, controles administrativos, auditorías e inspecciones etc, no obtienen resultados satisfactorios. Otro cosa diferente son los mecanismos de gestión basados en el control de calidad interno y la autorregulación profesional, en cuyo caso la relación de agencia principal es la que existe entre profesionales sanitarios y pacientes y las iniciativas de autorregulación y control suelen ser iniciativas de los profesionales, siendo sus avances relevantes ¹⁴ . En España las iniciativas llevadas a cabo con la instauración del **contrato de gestión** –antes contrato programa- , pervirtieron los principios de estos mecanismos de control de calidad internos, devaluándolos, siendo su valoración controvertida en función de quien la realiza¹⁵.y así si es un responsable administrativo encuentra suficientes razones para justificarlo, pero si es un profesional solo encontraría positivo el comienzo del mismo y su justificación inicial.

Para avanzar parece imprescindible hacerlo en procedimientos asistenciales gestionados por grupos de profesionales de alto rendimiento para los cuales amen de los responsabilidades e incentivos que puedan corresponderles se puedan aplicar controles de calidad, con **autonomía** en los modos de organización y de gestión de los recursos, a la que debe acompañar la capacidad de gasto y responsabilidad en el mismo con las consiguientes repercusiones.

Se desconoce como piensa el Plan responder a estas propuestas conociendo como se conoce que las mismas se constituirán en determinantes del control de gasto sanitario

8.3 Relación Médico – Paciente. Pacientes informados y responsables

La disminución de los PRMs esta relacionada con la calidad asistencial y en primer lugar con la factores que determinan la calidad del acto medico. Es difícil evitar los PRMs en un ambiente de alta presión asistencial y con carencias de tiempo que le permitan al medico realizar una reflexión rigurosa sobre la prescripción al paciente de los riesgos de la misma¹⁶. Si el número de médicos es insuficiente, el sistema tendrá que contratar más médicos y España ha realizado un esfuerzo de formación y especialización de ingentes cantidades de médicos que no solo desaprovecha sino que permite la emigración numerosa a otros países de nuestro entorno cuando son necesarios en el nuestro, pero no, obviamente, farmacéuticos. Sería contradictorio y el colmo de la injusticia que el ahogo laboral que sufren los médicos españoles por mal dimensionamiento de las plantillas en función de la demanda asistencial real, fuese utilizado para amparar el intrusismo de otros profesionales en las tareas y responsabilidad del médico.

8.4 Copago

Sobrecarga asistencial hiperfrecuentación y desmotivación de los profesionales, encarecimiento de los servicios , reiteración de actos médicos, exploraciones complementarias y tratamientos con incremento de gasto y escasa adherencia al cumplimiento terapéutico son algunas de las justificaciones de los defensores del copago que por cierto en el estudio de la OMC es valorado positivamente por el 74% de los médicos.

Es evidente que los cambios que reclaman los profesionales y que precisa el sistema deben ser abordados en su globalidad y no de forma aislada, no obstante estos cambios deberían incluir mecanismos reguladores , tendentes a proteger y garantizar la sostenibilidad del SNS y modificar el uso indebido ó inadecuado del mismo. Y aunque el debate de la Financiación Sanitaria ni empieza ni termina con el copago y, asimismo, que el ahorro farmacéutico, por sí solo, no resuelve el tema de la utilización de los servicios; pero quizás se ha perdido una nueva oportunidad para reflexionar acerca del “exceso de demanda asistencial y de su regulación en el SNS“.

9. CONCLUSIONES

Después de la revisión del Plan Estratégico de Política Farmacéutica que el Ministerio de Sanidad ha presentado se puede concluir

1. **El gasto farmacéutico** debido a causas muy diversas, que determinan la aparición de nuevas moléculas, el aumento del precio y del volumen de consumo, crece por encima de cualquier otro capítulo de gasto sanitario. Todo lo cual hace necesario un **plan general e integral de política farmacéutica**.
2. El PEPF constituye expresión de un **deseo de mejora** de la utilización de los medicamentos, y permite conocer las áreas que preocupan a los responsables políticos actuales, lo que valoramos positivamente. La impresión general es que en el Ministerio se marca una política continuista, y que pone gran esperanza en la Atención Farmacéutica. Al menos, el PEPF permite saber lo que preocupa y no preocupa en el Ministerio de Sanidad, aunque sería muy importante que todas las Comunidades Autónomas adquirieran un mayor nivel de compromiso al respecto
3. De su lectura se deduce que el SNS sólo financiara aquellos medicamentos que tengan utilidad terapéutica suficiente y comprobada y retirar del mercado farmacéutico todos aquellos que no la tengan, porque además de constituir un engaño son un riesgo para la salud.
4. No creemos que las **mejoras en el manejo y resultados del uso del medicamento** sea en ninguna caso la consecuencia de decisiones coyunturales dedicadas solo a algunos eslabones de la cadena del medicamento menos aun fruto de otorgar competencias a la OF bien asistenciales bien de vigilancia de la labor de los médicos.
5. En el PEPF hay una preocupación por evitar daños a la **industria nacional**, y se propone una política proteccionista de las empresas farmacéuticas españolas. Creemos que los criterios deberían aplicarse a todas por igual porque igualmente todas contribuyen al estado de salud de España.
6. Destaca en el PEPF la ausencia de referencias al gasto, uso y dispensación en los **hospitales**, pese a ser una partida en continuo crecimiento, y manifiestamente mejorable.
7. En el PEPF se acepta el punto de vista del “**abuso de medicamentos**” y no se considera el opuesto, la necesidad de promover el uso de algunos medicamentos claramente infra-utilizados. Por ejemplo, beta-bloqueantes
8. En algún momento deberá realizarse por la autoridad sanitaria un verdadero **control del mercado de fármacos**, estableciendo como referencia para lo que se

dispensa sin receta la facturación realizada de ese tipo de medicamentos lo que además de ser bueno para la salud tendría repercusiones fiscales.

9. Si nuestra legislación prevé la **incompatibilidad** cuando se desempeña un **puesto público** con cualquier actividad que comprometa la imparcialidad o independencia, que no decir cuando se deja el puesto, que es precisamente cuando se pueden utilizar más las influencias. Sin presuponer actuación ilícita o irregularidad alguna es preciso evitar esta situación durante un tiempo tras el cese en una responsabilidad que no debería ser inferior al tiempo de una legislatura.
10. Es preciso garantizar la **libertad de prescripción del médico**, es decir del profesional que tiene formación y capacidad para diagnosticar y por tanto prescribir y delimitar con claridad las funciones claras entre los profesionales del ámbito de la salud así como las responsabilidades que de las mismas se puedan derivar.
11. La **receta médica** es un importante documento consecuencia de la prescripción que está devaluado en España. Como se ha explicado rechazamos el actual modelo de renovación de prescripción. Es precisa la modificación urgente de la ley del medicamento para eliminar la costumbre del albarán y pasar a la receta clínica europea y única –tanto para la pública como la privada- Porque, salvo la financiación, todas las garantías y condiciones previas deben ser iguales.
12. Se acepta el actual modelo de receta de “**una receta igual a un envase**”, y todas las esperanzas se centran en la receta electrónica.
13. Es necesario establecer un **sistema de registro y control de los medicamentos** y consumos individuales en la farmacia de todos los productos registrados como medicamentos de venta libre en farmacias, haciendo hincapié en todas las formulas con compuestos que no financia el SNS, e incorporarlos a un documento y sistema de información específica del paciente con el fin de poder ser utilizada por el médico u otros profesionales sanitarios.
14. El PEPF sólo alude a los **problemas de confidencialidad**, pero no marca mínimos (“anulación del registro de datos personales al finalizar la jornada diaria”, por ejemplo). Se supone que la receta electrónica resolverá los problemas conceptuales pendientes. Y que se le añadirá “**información clínica al nuevo modelo de receta**”, con lo que lleva de riesgo para la confidencialidad. Todo lo referente a la receta electrónica plantea graves problemas, que se soslayan como inexistentes en el PEPF.
15. La política de **medicamentos genéricos** está fracasando por la forma y condiciones en las que se ha realizado. Se pretende el fomento del uso de los medicamentos genéricos, pero el Ministerio renuncia a, por ejemplo, hacer un **concurso público** para seleccionar los medicamentos genéricos con los que

abastecer los centros de salud. El concurso publico permitiría disminuir los precios y lograr condiciones homogéneas en la presentación de los medicamentos genéricos.

16. Es inaceptable el cambio de prescripción por la OF salvo que el mismo esté justificado. Es importante que en España como en el resto de Europa se garantice al prescriptor la posibilidad de "**no autorizar la sustitución**", cuando lo considere oportuno para el paciente tanto por **razones de salud** como para mantener la **esencial relación de confianza** y por tanto evitar que se le dispense un genérico de una marca diferente al que receta, o incluso que se recete un genérico en lugar de un medicamento original. Cuando el médico considere que un medicamento no debe ser sustituido deberá poder marcar en un lugar visible de la receta y garantizar con su firma tal decisión. Se reclama la **casilla** en la nueva receta que se diseñe que contemple el derecho a la "**no sustitución**" de medicamento contemplados en los supuestos legales.
17. La **adquisición de medicamentos** sin la debida indicación ó prescripción en su caso de un médico es un **riesgo para la salud** del paciente al no estar cimentada en los conocimientos precisos y requeridos para ello. Pero además es una infracción grave de la OF que se menciona de pasada en el documento, a la cual ni se le presta atención cuando se abordan los mal denominados PRMs ni se propone ninguna medida para su control, cuando por ejemplo buena parte del consumo de antibióticos en España corresponde a esta practica.
18. Sorprende que el volumen y calidad de los discursos aplicables al **medicamento** de prescripción y a sus riesgos para la salud derivados de su manejo y uso no se trasladen en **condiciones iguales** a todos los medicamentos de venta en farmacia cualquiera que sea su uso y consideración porque de no ser así no se entendería que hacen en la farmacia y porque no pasan a otros establecimientos.
19. El PEPF recoge la preocupación del Ministerio acerca de la **promoción y publicidad de los medicamentos**, y promueve una "reflexión conjunta" al respecto. No dice nada acerca de la mejora de la **calidad** de los **anuncios** en las revistas médicas, hasta ahora claramente en contra de las pruebas científicas [en el texto del Plan se utiliza el barbarismo "evidencia científica"]. Tampoco dice nada acerca de los abusos en el campo de anuncios para el público (prohibidos, en teoría).
20. En evitación de riesgos para la salud general y colectiva, deben regularse la promoción del consumo de medicamentos y en todo caso incluirse en los sistemas de promoción de los mismos y su publicidad la enmienda "**consulte a su médico**".
21. Se cita en el PEPF el problema de los **medicamentos veterinarios**, pero no parece que sea una preocupación del Ministerio. El uso actual de los medicamentos en ganadería, acuicultura y otras actividades empresariales es un problema de salud pública que requeriría otra actitud y preocupación por parte del Ministerio. Es urgente la creación por Ley de la prescripción de medicamentos de uso animal

22. En la actualidad el sistema de **formación e información sobre medicamentos** del SNS al médico es prácticamente inexistente. El PEPF trata de mejorar la situación con una serie de medidas que deben garantizar una formación continuada de interés, calidad e independencia, también en el uso racional del medicamento, con cargo al SNS e impartida por profesionales cualificados.
23. La Organización Médica Colegial ya ha manifestado en diversas ocasiones su opinión contra la **Atención Farmacéutica**, con respecto a sus contenidos y principios y se ha posicionado en contra de la misma por lo que se considera una actuación de **intrusismo profesional**.
24. Se promueve la figura del “**farmacéutico de residencia de mayores**”, pero sin entrar en su discusión. Desde luego, los asilos son un foco de gasto farmacéutico importante, institución mas cerrada que el hospital, con un numero de medicamentos de uso común mas reducido, con gestión con frecuencia privada, en cuyo control tienen las OF especial interés y para lo que ya emplean formulas diversas. Pero en vez de buscar formulas de abastecimiento de medicamentos y consumibles parecidas a las del hospital se propone la creación de puestos de trabajo para los farmacéuticos que desde luego **no es la solución** a la mejora de ese gasto, sino un nuevo coste.
25. Se llega a insinuar la posibilidad de dar trabajo a los **farmacéuticos** en los **Centros de Salud**. Otra creación de puestos de trabajo para los farmacéuticos, sin añadir nada, como ya sucede con los farmacéuticos de las Gerencias (que en el Plan se denominan de “atención primaria”).
26. En el PEPF hay algunas ausencias llamativas, por ejemplo, no se habla del médicos generales. Tampoco se habla de los “**visados de medicamentos**”. Así mismo, no se tratan cuestiones candentes, como los fallos y falta de controles que han llevado a la muerte de españoles por rabdomiolisis (cerivastatina), suicidio (nuevos antidepresivos en adolescentes), infartos de miocardio (nuevos anti-inflamatorios selectivos) y cáncer de mama, ictus y embolias (terapia hormonal en el climaterio).
27. Igualmente es necesario elaborar tras el consenso necesario entre la profesión médica los indicadores de calidad de la prescripción en base científica y poblacional. A lo que debe corresponder los sistemas de **incentivación** a la calidad en la prescripción del médico y motivación positiva ante los **resultados eficientes**.
28. Los médicos desean **pacientes informados y responsables**, y en lo que respecta al PEPF formulado y las implicaciones para la libertad de prescripción del médico y de elección por parte del paciente, la OMC reitera su compromiso con los pacientes de fortalecer aún más si cabe nuestra relación con ellos con información objetiva e independencia profesional como derecho y deber del médico pero también esencialmente, derecho del paciente al que asistimos.

29. Resulta llamativa la ausencia de discusión acerca del **copago**, y de las posibilidades de mejora para lograr que el mismo cumpla su objetivo. Se supone que se mantendrá la actual política de distribución del copago, sin hacer esfuerzo alguno para mejorar su equidad (adaptación al nivel de ingresos, no a la situación de pensionista, por ejemplo) o fundamento científico (gratis todos los medicamentos coste-efectivos, por ejemplo).
30. En vista de todo lo cual y de su importancia como determinantes del PEPF llama la atención la inexistencia de medidas para evitar el **aumento del consumo** de medicamentos lo que en si mismo es iatrogénico, disminuir e identificar la prescripción inducida, mejorar la comunicación con los ciudadanos de cara a proveerles de la información adecuada.
31. Como todo lo anterior es cierto y además ha sido denunciado desde múltiples instancias, creemos que es necesario adoptar medidas que corrijan estos fenómenos y que se basen, no sólo en la participación, sino en el **consenso** de todos los agentes que intervienen en la “**cadena del medicamento**”. Si esto no sucede así, prevemos que dentro de unos años, se presentará un nuevo Plan Estratégico de Política Farmacéutica que sólo diferirá del presente en la fecha. Fruto de este consenso se podrían adoptar medidas técnicas, no siempre concordantes con las político-electorales, que garantizaran la supervivencia y la calidad del SNS.

Madrid, 11 de febrero del 2005

10.- BIBLIOGRAFIA

- 1 Rodríguez Sendín JJ. Los precios de referencia: una cuestión de confianza. Diario Médico. 16-septiembre-2003
- 2 Strip 2004;2921:6. <http://www.icf.uab.es/WebsietesDB/shortcut.asp?refid=68878>
- 3 Butll Groc 1996;9:17-22. <http://www.icf.uab.es/informacion/boletines/bg/bg95.96c.pdf>
- 4 Por un uso racional del medicamento. Plan Estratégico de Política Farmacéutica para el Sistema Nacional de Salud Español Madrid, 23 de noviembre de 2004.
- 5 Gil Álvarez J, Ponce Ortega A, Herreros Herranz I, Sanz de la Fuente T, Bártulos A, Morales Rodríguez P. Estudio sobre la calidad de la automedicación en infección respiratoria aguda de la población demandante en un centro de salud urbano Atención Primaria. Octubre 1999. Volumen 24 - Número 6 p. 332-336.
- 6 [Http://www.cgcom.org/notas_prensa/2004/04_12_10_estudio_prescripcion.htm](http://www.cgcom.org/notas_prensa/2004/04_12_10_estudio_prescripcion.htm). Organización Médica Colegial. Encuesta sobre los factores que condicionan la calidad de la prescripción médica en España. Noviembre 2004.
- 7 Declaraciones de la Comisión Central de Deontología de la OMC sobre "Libertad de prescripción del médico". Informe de la Delegación española de la OMC en la UEMO sobre las relaciones entre los médicos, los farmacéuticos y otros profesionales sanitarios – Malta – 15/06/01.
- 8 Declaración de 31-03-00, de la Comisión Central de Deontología de la OMC sobre "La ética de la prescripción y la sustitución de medicamentos genéricos".
- 9 Declaración de la UEMO sobre la prescripción de medicamentos por parte de Médicos Generalistas - Doc. UEMO 2001/33
- 10 Ley del Medicamento de 20 de Diciembre de 1990.
- 11 Ley de 26 de Abril de 1997, sobre regulación de Servicios de las Oficinas de Farmacia.
- 12 Declaración de la Organización Médica Colegial sobre atención farmacéutica. Acuerdo Asamblea General de
- 13 C.D. Heppler y L.M. Strand, "Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care", American Journal Pharmaceutical Association, 1990, 53: 75-155
- ¹⁴ Grol R, Baker R, Roberts R, et al. Systems for quality improvement in general practice: A survey in 26 countries. European Journal of general practice, 3: 65-68.1997
- ¹⁵ Cabases JM, Gaminde I, Gabilondo L. Contracting arrangements in the health strategy in Spain: a regional approach for Spain, European Journal of Public Health; 10 (4 supplement): 45-50.2000
- 16 J. Bonal y L. García, ob. cit. pg. 25