

La prescripción por parte del farmacéutico

Derecho a decidir

■ ANTONIO BARBERO GONZÁLEZ • Farmacéutico comunitario.

El autor emite su opinión fundamentada sobre los distintos movimientos que vienen apreciándose desde hace un tiempo a escala mundial en relación con la capacidad prescriptora del farmacéutico y su encaje dentro del equipo multidisciplinario de profesionales de la salud.

Últimamente se está observando un debate en la prensa sanitaria sobre el futuro del farmacéutico. Debido a que no encuentran en la dispensación el campo apropiado para desplegar sus conocimientos, los farmacéuticos intentan ampliar sus competencias, por otro lado legítimas, dentro de la sanidad. También ha contribuido a su introducción en otros campos sanitarios la pérdida de algunas funciones tradicionales de los farmacéuticos como la preparación de medicamentos, ya que se les ha considerado infrutilizados respecto a la preparación que tienen. Éste es un movimiento a escala mundial, no sólo afecta a España.

CONSULTA DE INDICACIÓN FARMACÉUTICA

La consulta de indicación farmacéutica («¿qué me da para...?») ha sido uno de los actos profesionales más ampliamente debatidos. Es verdad que aunque el papel del boticario era diferente al del médico en la antigüedad, muchos actos profesionales farmacéu-



ticos se solapaban con los del médico. Así, a lo largo de la historia, el farmacéutico ha sido consultado en numerosas ocasiones, ya sea para pedir asesoramiento en temas sanitarios en general, o tratamiento para los problemas de salud que los ciudadanos presentaban cuando, por diversas razones, decidían acudir al farmacéutico en vez de al médico. Los farmacéuticos, especialmente en los países anglosajones, pasaron del mantenimiento y venta de diferentes mercancías en las boticas a la preparación de fórmulas magistrales y de ahí a la prescripción de tratamientos para que los pacientes los utilizaran en sus propias casas (Cunningham-Burley S, 1987). Algunos autores han resaltado que la farmacia es una profesión que al proveer servicios relacionados con la salud, si no estuviera regulada, se convertiría en competidora directa de los médicos.

A pesar de todo, su papel es bastante ambiguo, aunque haya cambiado mucho. Su labor se centra en «seguir las órdenes» del médico en cuanto a las prescripciones, aunque mantenga un porcentaje alto de actividad en la que tiene un contacto directo con la gente: los pacientes consultan directamente a un farmacéutico sin ir primero al médico, aunque se requieren estudios para saber cuántos problemas de salud y de qué tipo consultan.

Algunos autores, como el profesor Herrera Carranza en 1996, han estudiado el tema de la prescripción (indicación) farmacéutica y han intentado definir el papel del farmacéutico dentro de ésta. En general, se puede decir que con respecto a los medicamentos que no se presentan con la receta médica, nos podemos encontrar con tres situaciones:

– Los pacientes demandan una especialidad farmacéutica concreta a través de su nombre comercial. Nos encontramos dentro de la pura automedicación. Los usuarios no necesitan o no quieren a ningún profesional sanitario que decida si deben o no medicarse y con qué.

– El paciente demanda una especialidad farmacéutica por su nombre comercial, pero también demanda la intervención del farmacéutico para asegurarse de que la elección que ha realizado del medicamento es la correcta. En otros casos, el que interviene por su propia iniciativa es el farmacéutico. Estamos en lo que se ha denominado automedicación asistida.

– En último lugar, se encuentra la demanda de la intervención del personal de la farmacia (no siempre el farmacéutico¹) para que le sea prescrito o indicado un tratamiento para una afección que el paciente refiere. Esto es lo

que se ha denominado prescripción o indicación farmacéutica (Herrera Carranza, 1997).

La tercera opción, es una verdadera prescripción que los farmacéuticos han llevado a cabo desde que la farmacia fue una profesión independiente. La consulta de indicación farmacéutica no es sólo un consejo, sino más bien, algo más comprometido que requiere del farmacéutico unos conocimientos de semiología y farmacología, tal y como comenta el profesor Herrera de Carranza (1997): «Aconsejar solamente limita bastante la intervención profesional que se le ha demandado y la responsabilidad derivada que ello conlleva. Es por ello por lo que esto no puede constituir lo que algunos denominan consejo farmacéutico. Por lo tanto, si nos limitamos a aconsejar, minusvaloramos nuestra actuación, compromiso y responsabilidad profesional».

Los farmacéuticos deben estar abiertos al desarrollo de la profesión que el futuro pueda depararles

El desarrollo de la consulta de indicación farmacéutica ha llevado a que en algunos países se comience a pensar que los farmacéuticos pueden prescribir algunos tratamientos dentro de unos límites, pero es necesario que tengamos en cuenta que existen diferentes tipos de prescripción.

TIPOS DE PRESCRIPCIONES

En la prescripción están implícitas las decisiones de la conveniencia de inicio de un tratamiento, selección de un tratamiento determinado, dosis inicial, frecuencia, vía, duración de la terapia e interrupción del tratamiento. A un profesional se le puede autorizar a prescribir independientemente o dependientemente; es decir, pueden

existir dos grandes tipos de prescripciones o prescriptores (Anónimo, 1999).

Prescripción independiente

En estos casos, los prescriptores evalúan al paciente y toman decisiones sobre el tratamiento, incluida la prescripción. Este tipo de prescripción es el que se da hoy en día en los médicos. El derecho a prescribir de manera independiente significa que el profesional tiene la autoridad suficiente para tomar por sí mismo las decisiones terapéuticas y es responsable, solamente él, de los resultados. Estos profesionales deben poseer altos niveles de conocimientos en el diagnóstico.

La consulta de indicación farmacéutica se puede considerar como un tipo de prescripción independiente. Y como práctica independiente, el farmacéutico necesita al menos realizar una diferenciación de síntomas a través de la información que le da el propio paciente o de la que puede obtener el farmacéutico en la evaluación física (Pauley et al, 1995).

Prescripción dependiente

En este caso, se continúa el cuidado después de que haya existido una evaluación clínica por un prescriptor independiente. Los prescriptores dependientes se responsabilizarían de la continuidad del cuidado y de la indicación correcta de cualquier prescripción, pero no serían responsables del diagnóstico inicial. Los profesionales con autoridad de prescripción dependiente reciben esta autoridad delegada de un prescriptor independiente. La prescripción dependiente implica compartir responsabilidades y está basada en que el médico que delega el privilegio de prescribir confía en el juicio profesional y nivel de conocimientos del individuo que recibe dicha autorización. Dentro de esta prescripción dependiente, se podría encontrar la prescripción repetida o dispensación repetitiva, donde el prescriptor dependiente podría modificar o interrumpir la terapia en el curso de la revisión terapéutica y de la monitorización, si existe justificación objetiva que lo avale². En otros países, como Estados Unidos, se encuentra un tipo de prescripción dependiente en la que el farmacéutico prescribe medicación bajo unos protocolos (Galt, 1995). Respecto de la prescripción dependiente del farmacéutico se han citado diversas barreras para su implantación:

– Remuneración. El sistema actual en la mayoría de los países no es el más adecuado. Se ha propuesto que el pago se realice según la provisión de atención farmacéutica que se haga, o

bien algún sistema de pago tipo capitación (pago por paciente) en la prescripción repetida (Anónimo, 1999).

– Provocarían grandes cambios en la propia profesión farmacéutica, lo que llevaría a la separación en dos tipos de farmacéuticos.

– Falta de acceso a la historia clínica completa, lo que podría dar lugar a la falta de algunos datos importantes para llevar a cabo este tipo de prescripción.

Como se puede observar, estos obstáculos no son insalvables ya que el cambio de la remuneración de los farmacéuticos es una necesidad si queremos sobrevivir en el futuro como profesión. Y debiera ser una reivindicación continua de los propios farmacéuticos, que deberían aportar alternativas.

PRESCRIPCIÓN POR OTROS PROFESIONALES NO MÉDICOS

Normalmente, el profesional sanitario independiente realiza un diagnóstico, y entonces selecciona la terapia. Se discute ahora en numerosos países si el derecho a prescribir debe seguir siendo competencia exclusiva del médico; de ahí que otros profesionales sanitarios hayan intentado influir en cambios legislativos para que se les conceda dicho derecho (Shaw, 1996). El personal de enfermería intenta también tener el privilegio de prescribir y para ello utiliza el término de diagnóstico diferencial (en España se ha denominado como diagnóstico de enfermería), además de la evaluación física, para decir que el colectivo también está preparado para este papel. En el Reino Unido, el personal de enfermería ha conseguido la prescripción independiente dentro de un formulario. Sin embargo, existen algunos enfermeros muy especializadas y con una cualificación determinada a los que se les permite iniciar tratamientos sin ningún formulario predefinido (Shaw, 1996).

Algunos autores comentan que los tratamientos farmacoterapéuticos han aumentado en número y complejidad, lo que lleva a pensar que los farmacéuticos, dentro de las profesiones sanitarias, podrían ser los más capacitados para buscar la mayor efectividad y seguridad y al menor coste de los mismos (Talley, 1995). Esto ha llevado a que en algunos países, los gobiernos estén estudiando la posibilidad de que a otros profesionales, especialmente a los farmacéuticos, se les permita desarrollar algún tipo de prescripción. Esto ha traído numerosas disputas y algunos farmacéuticos, fuera de España, abogan por que este profesional diagnostique y prescriba (Greeff, 1993). Sin embargo, la gran mayoría prefieren una colaboración con el médico,

dentro de la cual el farmacéutico pueda desarrollar todos sus conocimientos. Así, el médico diagnosticaría y prescribiría el tratamiento, el paciente iría a la farmacia con el diagnóstico del médico, y el farmacéutico tendría acceso a todos los detalles relevantes de la historia clínica del paciente (historia farmacoterapéutica, otras patologías, alergias, etc). El farmacéutico, entonces, evaluaría la medicación. Esto llevaría a realizar los cambios necesarios, incluida la interrupción de la terapia, cambio del régimen terapéutico, dosis, etc. (Gray, 1996).

Otros autores piensan que solamente el farmacéutico estaría capacitado para decidir qué terapia inicial debería elegirse después de que el médico haya realizado el diagnóstico (Galt, 1995).

En España, el sindicato de enfermería (SATSE) ha pedido formalmente el derecho a prescribir

En los últimos años el debate de la prescripción por los farmacéuticos se ha intensificado. La mayoría de los médicos aceptan como mal menor la colaboración con los farmacéuticos y, sobre todo, en el tema de la prescripción repetida, donde entienden que el farmacéutico puede desempeñar un papel importante. Sin embargo, cuestionan los conocimientos para el diagnóstico de los farmacéuticos. Esto es totalmente cierto. Es decir, el farmacéutico no tiene conocimientos suficientes sobre diagnóstico. Pero es que no se le ha preparado para ello. Además, la universidad prepara al médico como único profesional para el diagnóstico. Lo que no sería lógico es preparar al farmacéutico para realizar el mismo papel que el médico. Otra cosa es la prescripción de los tratamientos. Una vez diagnosticado el problema de salud de un paciente, el farmacéutico podría y tiene suficientes conocimientos para descubrir y decidir qué terapia

iniciar, al menos en la mayoría de los problemas de salud que se diagnostican en atención primaria.

Debido al cambio de estatus de algunos medicamentos de prescripción médica a medicamentos EFP, algunos autores consideran que el farmacéutico, de hecho, se ha convertido en un prescriptor.

EL CASO DE ESTADOS UNIDOS

Es en Estados Unidos donde el farmacéutico ha obtenido mayores avances en el derecho a prescribir. El estado de California fue el primero en cambiar la legislación para permitir a los farmacéuticos participar en un proyecto piloto, *Health manpower pilot projects* (HMPPS), para medir el potencial de prescripción de profesionales no médicos, y en el programa específico del hospital general de San Francisco (SFGH). Estos programas se basaron principalmente en colaborar con el médico para realizar seguimientos a pacientes con enfermedades crónicas. El éxito de estos programas hizo pensar que era necesario desarrollar programas innovadores de este tipo. En el primer programa, el HMPPS, los farmacéuticos consiguieron disminuir el coste de los tratamientos y redujeron el uso de medicamentos inapropiados. Normalmente estos programas constaban de protocolos con los cuales los farmacéuticos evaluaban físicamente a los pacientes, podían pedir analíticas y realizaban una prescripción de repetición, es decir, se trataba de una prescripción dependiente. De esta manera, la consulta farmacéutica requería que el farmacéutico decidiera si era apropiada la duración de la terapia, la próxima visita del seguimiento y si derivaba al paciente al médico o a un especialista.

El «privilegio» de la prescripción

Dentro de algunas organizaciones en Estados Unidos, como el Department of Veterans Affairs Health Care, los farmacéuticos ya han obtenido el privilegio de la prescripción independiente. Todo este privilegio ha venido como consecuencia de la necesidad de desarrollar la atención farmacéutica dentro de esa institución. Así, esta nueva situación ha posibilitado que se identifiquen un mayor número de problemas relacionados con la medicación (PRM) y que sean resueltos (Carmichael, 1995). La posibilidad de que el farmacéutico pueda resolver un problema, una vez ha sido identificado, sin tener que contactar con el médico o realizar una llamada telefónica mejora la efectividad y la eficiencia de la asistencia, según los directores de

los departamentos de farmacia de dicha institución.

En 1997, el estado de Washington modificó su legislación para permitir que los farmacéuticos prescribiesen siempre bajo protocolos acordados con médicos (Farell et al, 1997). Estos protocolos permiten al farmacéutico iniciar o modificar la terapia medicamentosa de acuerdo con guías o protocolos escritos, previamente aprobados por el médico que autoriza a prescribir. Bajo estos protocolos, los farmacéuticos han dirigido clínicas especializadas en la revisión y repetición de la medicación en anticoagulación, hipertensión y en el tratamiento del dolor. Sin embargo, aunque las leyes del estado permiten estas prácticas profesionales, no han sido extensamente utilizadas por la mayoría de los farmacéuticos.

En Florida, desde los años ochenta, se permite al farmacéutico prescribir. A partir de 1990, otros diez estados norteamericanos han permitido al farmacéutico prescribir. Sin embargo, Florida es el único estado que permite a los farmacéuticos la prescripción independiente dentro de un listado de medicamentos (Talley, 1995).

En el Centro Médico para Asuntos de los Veteranos en Palm Beach, los pacientes se derivan al farmacéutico una vez diagnosticados y es el farmacéutico el que tiene la potestad de iniciar, modificar dosis y cambiar la terapia medicamentosa. Los farmacéuticos consideran que ellos ejercen la farmacoterapia, no la medicina. Este tipo de ejercicio profesional del farmacéutico ha causado inquietud en los médicos, ya que piensan que los farmacéuticos pueden erosionar su economía, llevándose a los pacientes.

Un caso especial es el Dr. Daniel Bufington, farmacéutico de Florida, que ha ido mucho más lejos, dando servicios de atención farmacéutica, sin dispensar medicamentos, a través de lo que él denomina «servicio de farmacología clínica». Su consulta es parecida en la forma a la de un médico e incluye una sala de espera, una sala para la evaluación física o toma de diversos parámetros y la zona o consulta de atención farmacéutica (Farell et al.s, 1997). De todas maneras, se ha observado que, a pesar de tener tales privilegios para la prescripción, son muy pocos los farmacéuticos que realmente los utilizan.

¿Pero por qué los farmacéuticos americanos no utilizan más extensamente estos privilegios de prescripción? Varias pueden ser las causas. La primera de ellas es que los farmacéuticos todavía obtienen una parte muy importante de sus beneficios de la dispensación y todavía, no se sabe en el futuro, les es suficiente para desarro-



llar económicamente su profesión. ¿Qué pasará si el día de mañana los beneficios por la dispensación disminuyen (algo muy probable) o, lo que es peor, si la dispensación desaparece como acto en exclusiva del farmacéutico? Entonces la prescripción será uno de los elementos clave de nuestra profesión. Otra causa puede ser el que no quieran aceptar la responsabilidad que la prescripción conlleva.

Es hora de que el gobierno se replantee cambios legislativos sobre la prescripción

LA OPINIÓN DE LOS MÉDICOS

En Estados Unidos, se ha visto que donde se ha desarrollado el tema más extensamente y donde se han observado mejoras en el cumplimiento del tratamiento y mejor control de la enfermedad por parte de los farmacéuticos, los médicos han tenido miedo a que el

farmacéutico, especialmente el farmacéutico con derecho de prescripción independiente, influyera negativamente en la relación entre el médico y el paciente. En Washington, la prescripción por parte del farmacéutico ha sido mal vista en ocasiones por la industria farmacéutica, ya que esos cambios en la prescripción pueden llevar a una pérdida de la influencia de dichas compañías en cuanto a la elección del medicamento, pues los farmacéuticos podrían ser más proclives a prescribir genéricos.

En Gran Bretaña, la opinión más extendida del médico general es a favor del aumento del papel del farmacéutico en la sanidad, pero en servicios rutinarios de recogida de medicamentos sin utilizar, la venta de sistemas de ayuda al cumplimiento y la notificación de reacciones adversas. Sin embargo, los médicos no han sido partidarios de que el farmacéutico seleccionara el medicamento y la dosis, incluso bajo protocolos, ni tampoco de que existiera un asesor farmacéutico dentro de las estructuras de las consultas de medicina para asesorar a los pacientes sobre el uso de los medicamentos o el acceso del farmacéutico a sistemas de diagnóstico o de *screening* desde su farmacia (Bond et al., 1995).

En otro estudio, se encuestó a médicos generales sobre los aspectos o campos en los que creían ellos que el farmacéutico podría desempeñar un papel. De todos los cuestionarios enviados, el 81% lo devolvió contestado. Así, en un 81% de las respuestas estaban a favor de que el farmacéutico monitorizara o realizara un seguimiento de las prescripciones repetidas (Bleiker y Lewis, 1998; Rawlings, 1991), mientras que sólo el 14% se declaraba a favor de que el farmacéutico dirigiera una clínica para los tratamientos a base de litio. Sin embargo, más de la mitad de ellos estarían encantados con recibir informes de derivación de los farmacéuticos. Por otro lado, el 30% pensaba que los farmacéuticos estarían demasiado influidos por presiones comerciales para realizar la consulta de indicación farmacéutica de una manera imparcial.

Rawlings, al opinar sobre la expansión del papel del farmacéutico, realiza una de las mejores críticas que se hayan podido encontrar en la bibliografía consultada. Comenta que la expansión en algunas áreas no sería mal vista por los médicos, sino que al contrario, en muchas de ellas, el médico daría comprensión y apoyo. En otras no tanto, pero si el farmacéutico realiza bien su trabajo, no habría finalmente problemas. En cuanto a la consulta de indicación, Rawlings piensa que se ha venido realizando desde

hace siglos, pero que los estudios llevados a cabo sobre el particular han dejado muy mal al farmacéutico, señalando que las consultas no son lo adecuadas que deberían. Por otro lado, comenta que muchas de las consultas de indicación son llevadas a cabo directamente por los auxiliares. Finaliza argumentando que está bien que el farmacéutico extienda su papel en la sanidad, pero que debe ser simultáneo a una mejor formación. Otros autores, esta vez españoles, tampoco se oponen a que los farmacéuticos aconsejen sobre los tratamientos, pero dejan muy claro que siempre que posean los suficientes conocimientos (Montaño et al., 1997). Los aspectos que más se han criticado de las consultas de indicación son la recogida de información y la entrevista con los pacientes, por considerarse inadecuadas.

Dentro de los hospitales, sin embargo, los médicos y el personal de enfermería apoyaría la introducción de farmacéuticos con el privilegio de prescribir en diferentes situaciones. Incluso aquellos médicos y enfermeros que ya han tenido dicha experiencia en sus respectivos hospitales dan su apoyo de forma más entusiasta. Sin embargo, dentro de la profesión farmacéutica se observan barreras a dicho desarrollo como pueden ser: la falta de deseo de los propios farmacéuticos por aceptar este nuevo papel, la falta de educación y/o formación apropiada, la falta de familiaridad con el paciente y la comunicación deficiente entre los profesionales sanitarios.

EL PAPEL DEL FARMACÉUTICO

Está claro que la consulta de indicación farmacéutica es una prescripción independiente que el farmacéutico ha llevado a cabo desde siempre. Este tipo de consultas las tiene que realizar bien el farmacéutico, si quiere ser considerado como un agente sanitario por la población. Estas acciones incluyen preguntas al paciente, la indagación de síntomas, el conocimiento de los síntomas de alarma, la derivación del paciente al médico y la indicación del tratamiento más correcto. Y este tipo de consultas las debe realizar sólo el farmacéutico y no permitir que las realicen los auxiliares. Si las puede llevar a cabo bien el auxiliar, los farmacéuticos no serían necesarios para ello. Es imperativo que se ponga en marcha inmediatamente la dispensación repetitiva, ya que puede dar beneficios al paciente y al sistema sanitario. Pero esta prescripción dependiente, no logrará los mayores beneficios si no va acompañada de programas de atención



farmacéutica (seguimiento farmacoterapéutico).

Los farmacéuticos deben estar abiertos al desarrollo de la profesión que el futuro pueda depararles, no deben cerrar los ojos al futuro. Algunos farmacéuticos, por no molestar a los médicos, opinan que el farmacéutico no está preparado para prescribir, cuando esta afirmación es totalmente falsa. En muchos países, los enfermeros ya tienen derechos para prescribir. En España, el sindicato de enfermería (SATSE) ha pedido formalmente el derecho a prescribir. ¿Es que los farmacéuticos, con mayor preparación y conocimientos, nos van a quedarse sólo para vender «cajitas de colores»?

Es hora de que el gobierno se replantee cambios legislativos, como están realizando otros países, para clarificar, al menos, el acto de prescripción: quién puede prescribir y quién no, y qué medicamentos puede prescribir cada profesional sanitario (podólogos, psicólogos, odontólogos, veterinarios, enfermeros, trabajadores sociales, farmacéuticos, etc). □

NOTAS

1. En relación con esta tercera opción (demanda de un tratamiento para una afección determinada no siempre al farmacéutico), sería relevante remarcar la importancia de una correcta identificación del farmacéutico como tal. En

todas las comunidades autónomas la identificación del farmacéutico con algún tipo de credencial visible al público debería ser obligatoria (en algunas ya lo es, de hecho).

2. Cuando al hablar de la prescripción dependiente se pone el ejemplo de la prescripción repetida o dispensación repetitiva, también podría citarse el ejemplo de los farmacéuticos de hospital en nuestro propio país, que a partir de un diagnóstico médico, tienen facultades para elegir la farmacoterapia más adecuada para el paciente en cuestión.

BIBLIOGRAFÍA GENERAL

Anónimo. The pharmacist prescriber and a pharmacist-led rheumatology clinic. *Pharm J* 1999; 263: 500.

Bleiker P, Lewis A. Extending the role of community pharmacists: the views of GPs. *Int J Pharm Pract* 1998; 6: 140-144.

Bond CM, Sinclair HK, Taylor RJ, Duffus P, Reid J, Williams A. Pharmacists: A resource for general practice? *Int J Pharm Pract* 1995; 3: 85-90.

Carmichael JM. Do pharmacists need prescribing privileges to implement pharmaceutical care? *Am J Health-Syst Pharm* 1995; 52: 1699-1701.

Cunningham-Burley S, MacLean U. The role of the chemist in primary health care for children with minor complaints. *Soc Sci Med* 1987; 24: 371-377.

Farrell J, North-Lewis P, Cross M. Pharmacist prescribing in the United States. *Pharm J* 1997; 259: 187-190.

Galt KA. The key to pharmacist prescribing: collaboration. *Am J Health-Syst Pharm* 1995; 52: 1696-1699.

Gray N. To prescribe or not to prescribe? *Pharm J* 1996; 256: 404.

Greiff OBW. Pharmacist initiated therapy. *Int J Pharm Pract* 1993; 2: 61-62.

Herrera Carranza J. Acto profesional, atención y prescripción farmacéutica. *Farmacia Profesional* 1996; 10: 62-64.

Herrera Carranza J. Consideraciones éticas sobre la indicación (prescripción) farmacéutica. *Farm Clin* 1997; 14: 528-531.

Montaño Alonso A, Torrelló Iserte J, Castillo Ferrando JR, Cayuela Domínguez A, Moreno Gallego I, Fernández Díez P. Conocimientos y actitud de los usuarios en relación con el empleo de AINE. Estudio de intervención. *Aten Primaria* 1997; 20: 114-120.

Pauley T, Marcom R, Randolph R. Physical assessment in the community pharmacy. *American Pharmacy* 1995; 35: 40-49.

Rawlings M. Extending the role of the community pharmacist. *BMJ* 1991; 302: 427-428.

Shaw JP. Prescribing-role for other health professionals? *New Zealand Family Physician* 1996; 23: 21-23.

Talley R. Pharmacist prescribing [Editorial]. *Am J Health-Syst Pharm* 1995; 52: 1635.