

Prescripción suplementaria: evidencia del Reino Unido

Joan Costa i Font

LSE Health and Social Care. London School of Economics. Universitat de Barcelona.

Resumen

La presión asistencial en algunos países occidentales ha motivado la habilitación de algunos profesionales del sistema a ejercer la labor de prescripción suplementaria, en particular enfermeros, farmacéuticos y dentistas. En este artículo se desarrolla una sucinta revisión de la evidencia que existe hasta el momento en el Reino Unido y se examinan los principales efectos para la eficiencia del Sistema.

Palabras clave: Prescripción suplementaria. Prescripción. Farmacéuticos. Enfermo crónico.

Summary

Health care pressure in some Western countries has led to the authorization of some professionals of the system to perform the work of supplementary prescription, especially nurses, pharmacists and dentists. A concise review of the evidence that exists up to now in the United Kingdom is reviewed and the principle effects for the efficacy of the System are examined in this article.

Key words: Supplementary prescription. Prescription. Pharmaceutics. Chronic patient.

Introducción

La prescripción suplementaria (PS) o prescripción “dependiente” permite a algunos profesionales sanitarios, en particular a farmacéuticos, profesionales de la enfermería y dentistas, después de una previa habilitación y formación, desarrollar la prescripción de medicamentos dentro de un plan de prescripción diseñado por el médico—cuya labor habitual es la prescripción principal o no depen-

diente—. Esta medida ha sido introducida principalmente en el Reino Unido, a partir de las conclusiones del *Review of Prescribing, Supply and Administration of Medicines* (Crown, 1999)¹ para garantizar el acceso de los pacientes al tratamiento necesario con la mayor eficiencia para el sistema. En efecto, entre los principales problemas del Reino Unido está la escasez de profesiones habilitados para desarrollar la prescripción en centros ambulatorios, lo que llevó en abril de 2003,

previa consulta afirmativa del Consejo de Seguridad Farmacológica, a aprobar el Plan de prescripción suplementaria.

La prescripción suplementaria entra en funcionamiento en algunas circunstancias especiales. En efecto, el médico realiza tradicionalmente la prescripción originaria ajustada al diagnóstico, las características tanto personales como físicas del paciente y la ayuda de guías de práctica clínica, pero también atendiendo a la idoneidad (no solo clínica) del medicamento⁽¹⁾. No obstante, a menudo, el consumo de determinadas especialidades farmacéuticas es reiterativo e incluso en algunas enfermedades crónicas la prescripción se repite una y otra vez para el resto de la vida. En estas circunstancias, la actividad del médico prescriptor puede ser suplementada (y no solamente complementarse como hasta ahora (por ejemplo con la capacidad de sustitución de especialidades genéricas). Con ello es posible mejorar el acceso de los medicamentos a pacientes sin necesidad de la visita al médico tan sólo para obtener la misma prescripción, como acostumbra a ser frecuente, si bien este

hecho puede conducir a problemas y abusos.

La PS ha sido objeto de debate en política farmacéutica, a la vez que ha sido recientemente implementada en el Reino Unido como medida para reducir la presión asistencial y mejorar la eficiencia y calidad de la atención sanitaria. Legalmente, para la realización de la PS, son necesarios ajustes en la prescripción de acuerdo con la evolución de la enfermedad o la dolencia, así como del lugar donde se realice la prescripción –en el propio centro ambulatorio o en una oficina de farmacia–.

En este artículo se expone y analiza la propuesta británica bajo la óptica de una posible aplicación en España. En particular, el argumento que se encuentra detrás de la PS es el de mejora del acceso por parte de los pacientes sujetos a un tratamiento continuo, a la vez que se pretende que se haga un mejor uso de los conocimientos de algunos profesionales que hasta el momento tan sólo intervenían en la dispensación a dosificación. Asimismo, la PS permite sustituir algunas tareas desarrolladas hasta el momento por médicos por otros profesionales, con lo que se reduce la potencial congestión en el acceso a servicios médicos, que queda libre para la intervención en aquellos tratamientos nuevos.

⁽¹⁾ La prescripción debe contener el nombre del paciente, su dolencia y condiciones, la fecha de inicio del tratamiento, así como los medicamentos y dosis requeridas, efectos secundario y las circunstancias que llevan al paciente a consultar al médico de nuevo.

Lógicamente, el médico se ve obligado a desarrollar una tarea inicial de diseñar un plan de prescripción para un período de tiempo determinando y su aplicación puede verse limitada por el consentimiento del paciente al respecto.

La estructura de la nota es la que a continuación se detalla; en el siguiente apartado expondremos la evidencia británica, y a continuación se aportará una valoración para finalizar con una conclusión final.

La propuesta británica

La PS constituye un acuerdo estable (*partnership*) entre el prescriptor originario (médico) y el prescriptor suplementario, una vez se ha establecido el diagnóstico, con el fin de evitar visitas innecesarias cuya finalidad es simplemente la repetición o el ajuste de una prescripción. En un primer momento la propuesta británica restringía la capacidad de prescripción a pacientes que sufren de asma, diabetes, enfermedades coronarias y presión alta, pero la lista finalmente tan sólo mantiene algunas exclusiones que progresivamente se van eliminando. Aproximadamente 1.000 farmacéuticos y 10.000 profesionales de enfermería desarrollan esta actividad, y el 71 % de los centros de Atención Primaria (*Primary*

Care Trust) tendrán farmacéuticos prescribiendo para el año 2005.

En cuanto a los aspectos críticos, cabe destacar algunas dudas no sobre la capacidad del profesional, sino fundamentalmente sobre su disponibilidad para desarrollar una tarea para la que, en un principio, no fue entrenado en su ámbito de responsabilidad. No obstante, la evidencia hasta el momento sugiere unos resultados favorables, especialmente para enfermos crónicos. Finalmente, la acreditación de farmacéutico con facultades de PS la provee el colegio de farmacéuticos local después de la certificación de la formación y el cumplimiento de los requisitos legales. Sin embargo, ha quedado abierto el método de estimación y gestión de los presupuestos que el farmacéutico o profesional de enfermería tenderá que gestionar, su participación en los planes de gestión clínica y la forma en la que se gestionará la información del paciente.

El resultado de una encuesta desarrollada en octubre de 2002 por el Centro Nacional de Prescripción británico, pone de manifiesto que cerca de 770 y 2.400 profesionales de enfermería serán necesarios en los próximos 18 meses para ser incorporados a un proceso de formación en los centros de Atención Primaria del Reino Unido³. Entre el tipo de profesional far-

macéutico que precisan los centros la encuesta revela que básicamente se necesitan farmacéuticos comunitarios (55%), farmacéuticos de Atención Primaria (89%) y farmacéuticos hospitalarios (67%). En cuanto a los ATS se precisa, en un 99,5% de los casos, ATS en prácticas.

La evidencia de algunos centros, como es el caso de la Aberdeen Royal Infirmary, pone de manifiesto que la PS trae consigo beneficios en términos de mayor calidad (reducción de errores y tiempos de espera) y eficiencia (racionaliza el uso de medicamentos)⁴. En efecto, el farmacéutico hospitalario desarrolla el 80%-90% de las prescripciones, lo que reduce al médico la presión asistencial. No obstante, en ocasiones puede ser repetitiva, ya que requiere la firma del médico cuando la dispensación se produce no en el hospital, sino en farmacias.

Valoración y posibilidades

La propuesta británica de PS supone un cambio de filosofía importante en el funcionamiento del acceso de medicamentos en un Sistema Nacional de Salud, si bien es necesario en un contexto de escasez de profesionales y de levada presión asistencial. La PS es una de las respuestas que el Sistema ofrece ante la evidencia de la reducida calidad de la

atención farmacológica y la necesidad de racionalizar el proceso de prescripción.

Desde una perspectiva social supone un nuevo rol para los farmacéuticos y otros profesionales sanitarios que pueden desarrollar esta actividad, con el que se supera la función tradicional de dispensación o de ejercicio complementario de algunos profesionales. La coordinación de prescripción supone aceptar, quizás de una vez, el papel de otros profesionales sanitarios (diferentes de los médicos) capacitados para desarrollar una tarea suplementaria que hasta ahora era simplemente complementaria. No obstante, dado que pueden existir riesgos en el caso de descoordinación, la medida supone un reto para el sistema en tanto que supone una significativa inversión en formación de profesionales. Además, la PS supone la adopción de unas políticas de prescripción locales adaptadas a las condiciones específicas de los centros, y en especial en lo que se refiere a la Atención Primaria. Finalmente, la experiencia británica indica que, al reducirse la burocratización, es una medida que mejora la eficacia y la eficiencia del Sistema.

Otra de las cuestiones clave esta en cómo se ha recibido por la sociedades, y en especial por los profesionales. Curiosamente, la PS se ha recibido con un cierto entusiasmo desde el Colegio de médi-

cos británico, así como desde representantes de diversos hospitales de mayor dimensión, entidades de farmacéuticos y enfermeros. Parece percibirse como una oportunidad para que profesionales de la sanidad, que han recibido una formación elevada, puedan realizar labores más adecuadas a su aprendizaje. Por otra parte, no sustituye la actividad del médico en la prescripción que queda inalterada, sino que sencillamente complementa y desburocratiza el acceso a los medicamentos en algunos ámbitos en los que lo estaba. No obstante, existen algunas dudas al respecto y algunas voces discordantes.

La Asociación de la Industria Farmacéutica Británica (ABPI) se ha mostrado en general a favor de la propuesta, pero manifiestan reticencias sobre la posibilidad de que los farmacéuticos comunitarios puedan tener un conflicto de intereses profesionales y comerciales al dispensar a la vez que prescribir medicamentos. Ello vulneraría la separación entre las funciones de prescripción y dispensación, lo que hace necesario un sistema de inspección adecuado para evitar cualquier intrusión. Otras críticas van dirigidas a los posibles efectos negativos de la propuesta sobre la calidad de la atención farmacéutica si existen incentivos financieros detrás de la prescripción. Por otra parte, entre sus preocupacio-

nes, destaca la falta de un sistema de información con soporte informático que permita que la prescripción suplementaria tenga en cuenta los diferentes episodios del paciente, por lo que debería formar parte de la actividad de farmacéuticos hospitalarios. Finalmente, otro problema resulta de que el sistema puede reducir el contacto del paciente con el médico, lo que podría no ser positivo para el aquél, con lo que la PS debe contar con la intervención y el consentimiento del paciente. Todo ello puede comportar un riesgo de “excesiva burocratización” que deberá tenerse en cuenta al evaluar la actividad⁵.

Por otra parte, la PS viene a formalizar lo que informalmente constituía una pauta habitual; profesionales que en su actividad diaria en la Atención Primaria antes preparaban la prescripción y luego buscaban un médico para que la firmara, ahora no es necesario si dispensan medicamentos en el centro ambulatorio. No obstante, es posible que existan riesgos derivados de una coordinación entre el prescriptor originario y el dependiente. La colaboración del médico con el prescriptor suplementario se establece como “voluntaria”, y por lo tanto es posible que esta colaboración después no se lleve a cabo satisfactoriamente. La coordinación médicos-farmacéuticos debe des-

arrollarse en un marco de total comunicación, donde unos protocolos definan la información que, en cualquier caso, debe ser canalizada al médico.

Conclusión

La PS puede mejorar la eficiencia organizativa del sistema de prescripción en la medida que exista una coordinación de actividades del sistema de información a la prescripción, con lo que se permita ahorrar tiempo al médico para descongestionar el acceso a otros pacientes. Se reducen las horas innecesarias de atención médica para una prescripción

ya conocida, tanto por parte de médicos como por parte del paciente. Por otra parte, esta propuesta tiene su vertiente más política, que busca rehabilitar el rol social de algunos profesionales sanitarios e integrarlos en el Sistema.

La PS responde a las presiones asistenciales que derivan en una escasez de médicos. Este no es el caso de España actualmente, al menos en términos globales, si bien es posible que en algunas áreas geográficas la PS permitiera el ejercicio más eficiente de la actividad de seguimiento de algunos pacientes, en especial pacientes crónicos cuya medicación es conocida.

BIBLIOGRAFÍA

1. Crown J. Review of Prescribing, Supply and Administration of Medicines. UK Department of Health; 1999.
2. Implementing supplementary prescribing – a baseline survey by The National Prescribing Centre. The Pharmaceutical Journal. 2003;270(7230):22-3.
3. Hobson RJ, Sewell GJ. UK survey of discharge prescriptions, transcribing and development of hospital pharmacist prescribing role. International Journal of Pharmacy Practice. 2002; 10(Supl):R12.
4. Elfellah MS, Jappy B. Outcomes following discharge prescription monitoring by the ward pharmacist. Pharmaceutical Journal. 1996;257:156.
5. Elfellah M, Hillis G, Jappy B. Supplementary prescribing can be adapted to improve discharge planning. The Pharmaceutical Journal. 2005;274 (7341):338.

