



EDITORIAL semFYC

La prescripción y los *Doce Trabajos de Heracles*: más allá del principio activo

The prescription and the Twelve Tasks of Hercules: beyond the active ingredient

Hablando sobre prescripción de medicamentos y al igual que le sucedió a Heracles^a, parece haberse perdido la razón en algún momento y, en un ataque de locura (que ha durado años), se ha agredido (quizá de muerte) a nuestro ser más querido, el Sistema Nacional de Salud (SNS), que debe ahora renacer, reinventarse y levantar el vuelo manteniendo los principios elementales que lo sustentan (universalidad y equidad, entre otros). Afortunadamente, esta muerte es figurada y no todos hemos tenido que ver con ella (cada cual conoce qué papel ha desempeñado), pero a todos nos afectan las consecuencias y el trabajo que queda por hacer para reorientar los actuales principios en la gestión de los medicamentos a nivel estatal y autonómico.

En el «Real Decreto-ley 9/2011, de 19 de agosto, de medidas para la mejora de la calidad y cohesión del sistema nacional de salud, de contribución a la consolidación fiscal, y de elevación del importe máximo de los avales del Estado para 2011.» (RD), se recoge la obligatoriedad de prescripción por principio activo (PPA) y solo este aspecto parece estar monopolizando el debate (positivo, por otro lado) y también, la polémica (sujeta a diversos intereses, confesables o no). Reconociendo y dando la bienvenida a las bondades (ya conocidas) de esta medida, cabría preguntarse si el RD se cimenta en un plan o diseño a largo plazo que permita avanzar en la mejora de la atención sanitaria (sobre los fármacos y productos sanitarios en este caso) o si se trata de una medida coyuntural que responde al contexto socioeconómico que nos envuelve.

El propio RD nos responde y explicita que las medidas tienen como objetivo «aliviar la tensión financiera de los servicios de salud para “garantizar la sostenibilidad del SNS (universalidad y alta calidad)». De modo que nos situamos más bien ante la segunda hipótesis, la medida a corto plazo precipitada más por la necesidad que por la planificación. Por eso no es de extrañar que se hayan comunicado

recientemente la confusión y los problemas prácticos en el día a día del médico de familia y de los pacientes que generan las excepciones que contempla este RD¹, así como diversas propuestas razonables para mejorar esta situación.

Además hemos leído hace poco tiempo, por ejemplo, que algunos Colegios Oficiales de Médicos recomiendan los fármacos originales frente a los genéricos por la «dudosa procedencia» de estos últimos, en contra del criterio de la propia Comisión Central de Deontología de la Organización Médica Colegial. Quizá la pérdida de juicio transitoria de Heracles aún permanece en algunos ámbitos, intentando convertir lo accesorio en el centro del debate y generando, de paso, alarma social.

Una vez recuperada la razón y la ética, debería ampliarse el foco, abordar la complejidad global del medicamento y, con el adecuado consenso y altura de miras, emprender un conjunto de acciones coordinadas entre profesionales, administraciones sanitarias, sociedades científicas, colegios profesionales y ciudadanos en general.

Esto ya se había pedido desde hace tiempo por parte de los profesionales sanitarios, pero ahora es urgente. Al igual que a Heracles, nos esperan (al menos) 12 duros trabajos donde la PPA es solo una cara más de la realidad multifactorial y poliédrica del medicamento. No sería aceptable quedarnos satisfechos con este RD (que ya necesita cambios urgentes), estamos empezando a caminar.

Los doce trabajos. . .Tomando como base las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud sobre el buen uso de los medicamentos y las características específicas de nuestro sistema sanitario, es un deber ético por parte de las sociedades científicas el proponer una serie de acciones que deberían formar parte (sin menoscabo de otras) de una política farmacéutica nacional coordinada entre el Gobierno Central y los de las Comunidades Autónomas.

Entre estas propuestas, parece prioritaria *la financiación selectiva de fármacos con acción farmacológica significativa* y la retirada progresiva de la financiación de aquellos fármacos claramente incluidos en la categoría de valor

^a Héroe de la mitología griega, más conocido como Hércules.

intrínseco no elevado o de baja utilidad terapéutica, potenciando así los medicamentos esenciales para el abordaje de los problemas de salud de nuestra población. ¿Por qué seguir perdiendo el tiempo y el dinero con fármacos poco o nada útiles? ¿No sería necesario un nuevo «medicamentazo» para evitar los costes directos e indirectos (por sus efectos adversos) de estos fármacos, potenciando así la investigación innovadora y clínicamente relevante? En este sentido, parece más que oportuna la creación de un organismo evaluador independiente y vinculante para la toma de estas y otras decisiones, al estilo del *National Institute for Health and Clinical Excellence* británico, que apoye de igual manera los recursos y Boletines de Farmacia de las Comunidades Autónomas.

La extensión de la PPA a la Atención Hospitalaria, también con receta electrónica (prescripción al alta hospitalaria, servicios de urgencias, consultas externas y centros de atención a las especialidades), disponiendo los profesionales de ambos niveles asistenciales de toda la información sobre los pacientes que atendemos conjuntamente, es decir, poder contar cuanto antes con un modelo de historia de salud electrónica compartida con las mismas alertas, avisos, recomendaciones y criterios para todos los profesionales. En este camino queremos dejar de calcular envases, solo prescribir dosis, vía, pauta y duración de los tratamientos; por eso proponemos la receta electrónica continua, que proporcione al paciente los envases que necesite en la Oficina de Farmacia (OF) según nuestras indicaciones (este modelo ya está implantado en algunas Comunidades Autónomas) ¿Por qué hay tantas diferencias en el desarrollo de la receta electrónica de las diferentes regiones españolas?

Tras décadas de prescripción inducida no queremos ahora eludir ninguna responsabilidad, más bien al contrario: nos gustaría que nuestros colegas hospitalarios nos hicieran llegar para su valoración propuestas de tratamiento para las interconsultas del día a día (no urgentes) para poder conseguir una verdadera conciliación terapéutica; trabajando en equipo y disponiendo del tiempo necesario en consulta, podemos integrar el conjunto de fármacos según las características, necesidades y preferencias del paciente (idoneidad), que conocemos mejor que nadie como médicos de cabecera.

Uno de los perfiles más frecuentes en Atención Primaria es el del paciente crónico polimedcado (recientemente descubierto, al parecer, por algunos), que exige a la administración sanitaria una adecuada formación para los médicos de familia en el manejo integral de la polimedcación y especialmente de la adherencia terapéutica, cuyas tasas de fracaso son más que conocidas y motivo de preocupación²; al hilo de esta cuestión, es necesario no crear confusión ni generar riesgos potenciales en la seguridad de nuestros pacientes crónicos, buscando una solución factible y a corto plazo al problema de la isoapariencia de los envases de los medicamentos, ya expuesta y conocida en la campaña «Si son iguales, que parezcan iguales» en la que ha participado la semFYC³.

En este nuevo escenario, la colaboración activa de las OF con los médicos de familia es más necesaria que nunca: el Grupo de Trabajo de Utilización de Fármacos de la semFYC participó en una publicación en colaboración con farmacéuticos comunitarios⁴, que recoge e impulsa el papel activo de las OF para el abordaje de problemas de salud específicos en

la población, más allá de la información general que pueda proporcionarse. ¿Por qué no se difunden y potencian este tipo de iniciativas desde las administraciones públicas?

La participación de los ciudadanos en la toma de decisiones sanitarias es un aspecto muy positivo y demandado a seguir desarrollando, al igual que la responsabilidad de cada persona sobre sus autocuidados y la automedicación responsable, no solo en campañas dirigidas a la población, sino también en el día a día de la consulta, potenciando la rápida disponibilidad de herramientas de información para facilitar la toma de decisiones autónoma del paciente como puede ser la *Guía Práctica de la Salud* de la semFYC, un documento que, a día de hoy, no ha sido correctamente valorado y ponderado.

La implantación y actualización continua de guías terapéuticas basadas en la evidencia científica en las historias de salud electrónicas es imprescindible, pero no deben convertirse en un arma arrojadiza o elemento de control del gasto farmacéutico contra los profesionales. La Guía Terapéutica en Atención Primaria basada en la evidencia de la semFYC es un ejemplo de actualización permanente y práctica de conocimientos, pero solo debe ser considerada como herramienta de ayuda para una prescripción adecuada.

Y terminando por donde empezamos, debe garantizarse la PPA de manera efectiva (excepto en los fármacos no intercambiables establecidos por la Ley), confiando a las autoridades reguladoras correspondientes la responsabilidad de que los fármacos originales y genéricos cumplan con la normativa vigente, al igual que nuestros pacientes confían en nuestra capacidad y conocimiento cuando les recomendamos un plan terapéutico, sea farmacológico o no.

Finalmente, tampoco debe olvidarse la situación socioeconómica que vivimos y que ahora, con las cifras de personas en desempleo (que deben pagar el 40% del importe de los fármacos prescritos) que padecemos en España, se manifiesta más que nunca el injusto sistema de copago farmacéutico, que castiga a muchas personas sin recursos económicos y a sus familias; el sistema actual por el que los pacientes no exentos deben pagar el 40% del importe de los medicamentos puede mejorarse, claro está, pero siempre buscando una mejora de la equidad, mediante una redistribución equitativa por niveles de renta del copago farmacéutico⁵. Aumentar el copago, especialmente mediante desembolsos lineales por receta, es una medida regresiva que va en dirección contraria a la mejora de la equidad. Un euro por receta es fácil de aplicar, pero no parece justo ni oportuno.

En conclusión, hay mucha vida después del principio activo. Que cada cual, según su responsabilidad, elija a su León de Nemea, Hidra de Lerna o Jabalí de Erimanto...; hay trabajo para todos (los comentados y otros tantos) y la responsabilidad es compartida. Sin embargo, vista la hercúlea tarea, se necesita un urgente, razonable y ético impulso institucional desde las autoridades sanitarias para racionalizar la gestión farmacéutica en nuestro país. Nuestros pacientes, ricos y pobres, lo merecen.

Agradecimientos

A los compañeros/as de ambos Grupos de Trabajo, con quienes se ha consensuado este texto.

Bibliografía

1. Sempere E. Prescripción por principio activo en España. AMF. 2012.
2. World Health Organization. Adherence to long term therapies. Evidence for action. 2003.
3. Palacios F, Hernández MA. Isoapariencia. Una necesidad imperiosa en la prescripción por denominación oficial española. Aten Primaria. 2011;43:625-6.
4. Baos V, Faus M, (eds.), Protocolos de Indicación Farmacéutica y Criterios de Derivación al Medico en Síntomas Menores. Fundación Abbott. 2008.
5. Documentos semFYC: Copago. Conclusiones desde la Evidencia Científica. semFYC Ediciones. 2010.

Miguel Ángel Hernández Rodríguez^{a,*} y
Fernando Palacio Lapuente^b

^a *Grupo de Trabajo de Utilización de Fármacos de la semFYC, Servicio de Atención Primaria, Dirección General de Programas Asistenciales, Servicio Canario de la Salud, Santa Cruz de Tenerife, España*

^b *Grupo de Trabajo de Seguridad del Paciente de la semFYC, Centro de Salud de Ondarreta, Osakidetza, San Sebastián, España*

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: miguelahr@gmail.com
(M.Á. Hernández Rodríguez).