

Médicos y farmacéuticos: un mismo objetivo, una forma de trabajo distinta

J. Gérvas

Secretario de la revista SEMERGEN. Médico de Canencia de la Sierra (Madrid).

Respecto al tratamiento, la terapéutica farmacológica constituye la alternativa más frecuente en medicina general; entre el 60 y el 90% de los pacientes recibe una prescripción farmacológica, una receta, al final de la entrevista con el médico general. El paciente, tras aceptar la prescripción en el despacho del médico, puede tirar la receta a la basura (hubo un médico estadounidense que publicó un estudio acerca de las recetas que arrojaban sus pacientes a la papelera que había a la puerta de la consulta), guardarla y olvidarse de ella, o ir a la farmacia. Entre la decisión de acudir a la farmacia y la administración/toma del medicamento hay todo un mundo, un mundo casi tan ancho como el que existe entre la decisión de consultar al médico y obtener una mejoría del sufrimiento. Sin embargo, ese ancho mundo entre entrar en la farmacia y tomar la medicación es mucho más desconocido y ajeno que el segundo. De hecho, los médicos suelen creer, con una inocencia rayana en la ignorancia, que es automática la conexión prescripción farmacéutica/mejoría clínica, como si lo único difícil fuera hacer el diagnóstico y seleccionar la terapéutica farmacológica adecuada. Estos dos pasos son necesarios, pero no suficientes, y a decir verdad en medicina general se salta muchas veces el primer paso, el del diagnóstico, sin que ello implique ni mala práctica ni imprudencia (piénsese en la actuación correcta frente a lo que parece un cuadro catarral, para lo que no se emplea habitualmente ningún medio diagnóstico más allá de la exploración y anamnesis –las dos armas diagnósticas más certeras–, y en el que se obtiene la confirmación diagnóstica con el paso del tiempo y la ausencia de complicaciones o nueva sintomatología).

La receta establece un fuerte nexo entre dos profesionales universitarios: el médico y el farmacéutico. No es la receta lo importante, por supuesto, sino la persona que la porta, el paciente. Los dos profesionales sanitarios implicados tienen un mismo objetivo, la mejora de la salud del paciente, un mismo objeto, la receta, y una muy diferente forma de trabajo y, sobre todo, de pago. El resultado final es un mutuo desconocimiento, y un trabajo independiente y sin conexión, en detrimento de la calidad con que se debería atender al paciente. Los agravios corporativos son abundantes y casi siempre anecdóticos. A base de anécdo-

tas se crea un cuerpo de doctrina que lastra e impide la necesaria colaboración. Además, la Administración es también parte del entramado arbitrario, del sesgo en contra de los farmacéuticos de oficina de farmacia, de los farmacéuticos comunitarios, que son culpables sin juicio por su actividad en una oficina privada, por su búsqueda del beneficio comercial, como si ello fuera un pecado original que impidiera el trabajo científico de calidad. La situación es irónica cuando, por ejemplo, se admiran grandes hospitales estadounidenses privados y se aceptan patrocinios sin arrobo de industrias privadas y, sobre todo, cuando la Constitución española, de 1978, declara a nuestra nación como una economía de mercado. El trabajo asalariado como funcionario público, o como personal estatutario, parece ser garantía de honradez y valía, frente al deshonroso trabajo de comerciante de los farmacéuticos. Todo ello recuerda un poco a la actitud, muy española, de despreciar el trabajo y la iniciativa, de fiarse de la nobleza de cuna, de la hidalguía de la posición acomodada.

En la revista SEMERGEN pensamos que ya es hora de superar esta visión trasnochada e injusta, que repercute negativamente en la salud de los pacientes, y nos proponemos establecer puentes científicos que ayuden al entendimiento mutuo entre profesionales médicos y farmacéuticos. Establecemos, por ello, una nueva sección: "Médicos y farmacéuticos: ejemplos –éxitos y fracasos– de colaboración profesional". En esta sección se aceptarán sólo casos prácticos de colaboración entre médicos y farmacéuticos comunitarios, de oficina de farmacia, o que afecten a los profesionales de atención primaria si la experiencia engloba a profesionales hospitalarios. Pueden ser experiencias con éxito o experiencias fracasadas, pero siempre interesa una valoración positiva, una evaluación de las razones del éxito o del fracaso, una propuesta de mejora y de ánimo. Aceptaremos experiencias personales, de grupos o de instituciones, pero que hayan llegado a una conclusión, que puedan presentar un "fin" de rosas o lágrimas; no nos interesan, pues, los proyectos, siempre muy bonitos, pero tantas veces irrealizables. El texto debe ser científico, aunque relate una experiencia sin metodología experimental; es decir, debe acompañarse de un razonamiento científico y de una revisión de la bibliografía; sirven los relatos de casos, pero con una versión seria y fundada, no con el simple hablar de las charlas de café. Por

supuesto, aceptaremos textos firmados por médicos, por farmacéuticos, y por grupos mixtos, no podía ser menos. El objetivo es difundir y analizar con rigor científico las experiencias en las que han colaborado médicos generales y farmacéuticos comunitarios, ir más allá de la anécdota que envenena las relaciones entre dos grupos profesionales que deberían ser ejemplo de coordinación.

La receta ha desunido a médicos generales y a farmacéuticos comunitarios. No es hora ni lugar para discutir

los vicios del modelo de receta español, ni los errores de la forma de pago y organización de médicos generales y de farmacéuticos de oficina de farmacia. Es hora de escribir, de reflexionar en torno a las experiencias de colaboración, de analizar éxitos y fracasos y de proponer nuevas y mejores ideas. La revista SEMERGEN se honrará en acoger artículos que puedan incluirse en esta nueva sección de "Médicos y farmacéuticos: ejemplos –éxitos y fracasos– de colaboración profesional".