

El médico de cabecera y el gasto farmacéutico

Desde que la "gestión de los servicios de salud" adquiere una importancia relevante, hace ya unos cuantos años, el primer objetivo que se plantea, y que persiste, es la reducción del gasto farmacéutico. Entendible, ya que este capítulo es un porcentaje considerable de los gastos del sistema. El problema adquiere tal tamaño que se focaliza excesivamente y se culpabiliza al médico de este gasto sin tener en cuenta que en la prescripción del médico influyen muchos factores, y de forma muy importante la presión asistencial, y como consecuencia de ésta, el hecho de no disponer de tiempo para el paciente. No más de 2 a 5 minutos por paciente hace que por la premura se recete más. No obstante, lo más fácil es culpabilizar al médico. Es mucho más difícil desde un cargo de responsabilidad político reconocer que el sistema no es adecuado.

El problema no se analiza adecuadamente, porque el médico de atención primaria sigue sin tener suficiente tiempo por paciente en consulta, tiene que seguir asumiendo una prescripción inducida por otros médicos de segundo o tercer nivel, porque además la investigación farmacéutica continúa, gracias a Dios aparecen fármacos más eficaces y más caros, porque la población envejece, también gracias a Dios, y tiene más necesidades de fármacos para el tratamiento de enfermedades crónicas más frecuentes en la tercera edad. Por otra parte es un obligación del médico mantener y mejorar la calidad de vida de la población, y esto requiere una prescripción de calidad y todos los medios al alcance.

Entendemos que el dinero público debe gestionarse bien y dar el mejor servicio al menor precio, por lo que si el gasto farmacéutico sigue aumentando es necesario hacer algo. La administración sanitaria no se queda impasible, pero en lugar de disminuir la autorización de nuevos fármacos de valor intrínseco no elevado (VINE), hay que preguntarse ¿si la administración los califica así por qué el sistema permite el sufragio de su coste?

El Sistema Andaluz de Salud (SAS) ha tomado medidas dirigidas a disminuir el gasto, aunque no siempre del todo adecuadas ya que fundamentalmente van dirigidas a aumentar la presión sobre el médico. Presiona para la prescripción de genéricos, no obstante al tiempo también debería aumentar los controles de calidad en la fabricación de estos fármacos, que han proliferado a la vista del mercado que se les abría, y que en algunos casos parece que no tienen tanta eficacia como los preparados originales. Ha establecido precios de referencia, y en Andalucía un acuer-

do con los farmacéuticos sobre precios máximos (por debajo del precio de referencia) en la prescripción por principio activo, y presiona al médico para que recete así.

Estas medidas, sin menospreciarlas, han generado también una problemática: indiscriminadas sustituciones de especialidades farmacéuticas en las farmacias, lo que ha dado lugar a graves errores cuando se trata de pacientes que tienen ciertas dificultades para asumir los cambios del color de la caja o de los comprimidos (ancianos con enfermedades crónicas, pacientes con trastornos mentales, etc.), han supuesto en muchas ocasiones dosificaciones inadecuadas de determinados tratamientos, como antihipertensivos, antiinflamatorios, antidepresivos, etc., que han producido sus repercusiones negativas en la salud de estas personas, (intoxicaciones, aparición de efectos secundarios, o efectos de depleción terapéutica). Además, en ocasiones no se dispensa la especialidad farmacéutica más barata, sino la que está justo en el precio máximo establecido en el acuerdo aunque existan otras más económicas.

La prescripción por principio activo es mucho más adecuada e incluso más fácil de realizar para el médico, pero ¿cómo es que no se acompaña de otras medidas necesarias?, por ejemplo poder prescribir un número determinado de dosis a criterio del médico de forma individualizada para cada caso. Sería aconsejable personalizar el envase del fármaco con el nombre del paciente y dosis prescrita, y sobre todo inspeccionar correctamente la dispensación de fármacos que requieren receta médica sin haber sido diagnosticado ni ordenado por médico alguno.

Con la prescripción por principio activo no se tiene en cuenta la galénica del preparado y se administran fármacos con desconocidos excipientes, o con excipientes que pueden perjudicar al paciente (por ejemplo sacarosa a diabéticos, sales de sodio a hipertensos o nefróticos, etc.).

Es posible, y quizás deseable ante estas situaciones, que se dispensaran los fármacos prescritos como principio activo en los propios centros sanitarios del SAS (centros de salud, de especialidades y hospitales), a través de un farmacéutico contratado al efecto y en estrecho contacto con los médicos del centro en el que se realizan las prescripciones, y quizás vayan por ahí los tiros y esto sea lo que ocurra en el futuro.

Lo malo de todo es que lo que nos ahorramos en una cosa nos lo vamos a tener que gastar en otra, porque puede que aumenten las resistencias bacterianas por el indiscriminado uso de antibióticos (prescritos en farmacias o autoprescritos por los ciudadanos y dispensados sin receta médica), puede que aumenten las hospitalizaciones o la aparición de casos digamos ya complicados por yatrogenia

(antes comentada por las sustituciones de fármacos y la automedicación).

En fin, esperamos que algún día un político se levante con la idea, nada descabellada, de que se consigue una mejor gestión de la salud cuando se cuenta con los profesionales adecuados, es decir, que quizás será mejor contar con los médicos para abordar las cuestiones de medicina, y quizás llegue a creer el político que el médico es el pri-

mer interesado en mejorar, adecuar, analizar, cuantificar y valorar su prescripción sin olvidar en ningún momento el interés del paciente, y con el sentido del deber ciudadano de disminuir el gasto público en beneficio de todos.

R. MOYA SANTANA

Presidente de Semergen-Andalucía.
Centro de Salud Cerro del Águila. Sevilla.