

INFORMES



Los Visados: Contención del Gasto o Calidad Asistencial

Madrid, marzo de 2004

Los visados: Contención del Gasto o Calidad Asistencial

Participantes:

Emili Esteve

Fernando García Alonso

José Giner

Gonzalo Hernández

Jesús Honorato

Asensio López

Javier Paulino

José Ramón Vizoso

Santos Yuste



PRÓLOGO

Desde su fundación, en 1994, el Instituto de Estudios Médico Científicos (INESME) se planteó como objetivo contribuir a la formación y divulgación médica. A lo largo de estos diez años, esta misión se ha consolidado con la puesta en marcha de una larga serie de actividades de alto nivel científico, siempre abordando aquellos aspectos de más actualidad y relevancia para el colectivo sanitario.

La investigación, la práctica clínica y la política sanitaria han sido las protagonistas del interés del INESME. Asimismo, el Instituto ha pretendido incorporar siempre en sus debates informes y documentos a todos los agentes que, de una u otra forma, participan en el entramado del sistema de salud: autoridades sanitarias, de la administración central y autonómica; médicos; farmacéuticos; personal de enfermería; investigadores; responsables de hospitales; entidades privadas de asistencia sanitaria; industria farmacéutica; sociedades científicas; organismos autónomos; medios de comunicación y, como no podía ser de otra manera, los pacientes, verdaderos protagonistas de todo el sistema sanitario.

Esta filosofía ha contribuido a que el INESME haya conseguido un prestigio en el sector sanitario y sus simposios, foros de debate e informes se hayan convertido en un punto de referencia sobre los temas que le afectan. La independencia y la credibilidad son una prioridad y por ellas venimos luchando desde nuestra creación.

En esta ocasión, el INESME aborda los visados de inspección que desde distintas administraciones se imponen a algunos fármacos y que en los últimos meses han provocado discrepancias, que han llegado incluso a los tribunales, entre el Ministerio de Sanidad y Consumo, algunas comunidades autónomas y la industria farmacéutica.

La decisión de incluir determinados fármacos en el apartado de medicamentos de especiales condiciones de prescripción y dispensación afecta a todos los agentes que intervienen en el sector sanitario. En primer lugar, se plantea un problema entre las administraciones públicas sobre quién tiene la competencia para imponerlos. En segundo lugar, la industria puede considerar el visado como un elemento distorsionador, que crea incertidumbres y dificulta el acceso a productos innovadores y que, en el caso de su implantación por unas comunidades sí y otras no, conlleva además la necesidad de moverse en un mercado no homogéneo. En cuanto a los médicos y a los pacientes, en ambos casos los visados son percibidos como un incremento de las cargas burocráticas para prescribir y obtener un medicamento.

La discusión sobre la idoneidad de los visados como herramientas para mejorar la calidad asistencial y conseguir la sostenibilidad del sistema sanitario sigue abierta y, quizás, sólo el futuro, más o menos próximo, con la incorporación de nuevas herramientas como la receta electrónica, podrá resolver las diferencias de opinión que actualmente existen.

Esperamos sinceramente que este informe sea de utilidad para todos, para los responsables de la toma de decisiones, para los profesionales que han de prescribir, para la industria que aporta la innovación y para los pacientes que necesitan un sistema seguro que dé cobertura a sus necesidades evitando burocracias innecesarias.

Carmen Pino
Directora de INESME

Introducción.....	9
Jesús Honorato. <i>Presidente del INESME y profesor de Farmacología de la Universidad de Navarra.</i>	
De los visados a la receta electrónica	11
Fernando García Alonso <i>Ex director general de Farmacia y Asesor para asuntos</i>	
La homologación como garantía de eficacia, seguridad y coste.....	15
José Ramón Vizoso. <i>Jefe del Servicio de Atención Farmacéutica y Productos Sanitarios. Consejería de Sanidad de Galicia.</i>	
Los visados como elemento distorsionador para la industria	19
Emili Esteve <i>Director del Departamento Técnico de Farmaindustria.</i>	
Implantación de visados: ¿Es una estrategia eficiente para controlar el gasto sanitario global?	21
Gonzalo Hernández. <i>Director Médico de Pfizer.</i>	
Los visados en Andalucía: de la legalidad al chalaneo	25
José Giner. <i>Jefe del Servicio de Psiquiatría. Hospital Virgen de Macarena, de Sevilla.</i>	
La prescripción de fármacos: historia de una imperfección	29
Asensio López. <i>Vicepresidente de semFYC</i>	
Los pacientes, protagonistas también en las decisiones sobre ahorro	33
Javier Paulino. <i>Presidente de la Confederación Española de Pacientes Reumáticos (CONFEPAR).</i>	
Debate	37

INTRODUCCIÓN

Entre las múltiples actividades del Instituto de Estudios Médico Científicos (INESME) figura el analizar temas de actualidad en medicina que puedan afectar de manera directa a la calidad de la asistencia sanitaria en España. El enfoque de estos temas, a través de un foro de debate, puede permitir la divulgación de la problemática implicada, la valoración del problema a través de distintos puntos de vista y estamentos y en definitiva llevar a cabo una aproximación a las posibles soluciones que se puedan aplicar.

Por todo ello nos ha parecido oportuno tratar el tema de los visados previos que algunas comunidades autónomas exigen para la dispensación de fármacos que han sido previamente prescritos por un médico. Los visados son objeto de preocupación para muchas personas y entidades porque tienen un impacto sobre la calidad asistencial, unas consecuencias económicas, suponen una molestia para los pacientes y en conjunto su implantación tiene una serie de derivaciones importantes que conviene ponderar.

Para comenzar este foro quizás podríamos realizarnos una serie de preguntas al respecto.

En primer lugar convendría saber si poner visado es un acto médico o no, si las personas que ponen o hacen los visados están suficientemente capacitadas para ello y cuál es la formación que tienen. Cuáles son las motivaciones reales del visado, es decir son motivaciones puramente económicas o son también motivaciones asistenciales en el sentido de producir una mejora en la utilización de medicamentos. Convendría también preguntarse porqué a veces hay comunidades autónomas que dicen que el visado es un acto asistencial, no médico, pero de cierta forma incide directamente en el tratamiento prescrito por el médico al paciente. Sería interesante conocer cual es la sistemática, si es que existe, a través de la cuál se establecen los visados, y qué aspectos se valoran para aplicarlos o no aplicarlos en un grupo determinado de medicamentos. Puede ser interesante saber si la utilización de visados retrasa o no el comienzo del tratamiento por parte del paciente, cosa



Jesús Honorato
Presidente del INESME

que muchas veces puede ser vital, o por lo menos incide de una forma muy directa en la evolución del proceso clínico. También podemos preguntarnos si realmente los visados están sirviendo para algo, es decir, están disminuyendo los costes o están contribuyendo a una mejoría en la calidad asistencial o a una mejor utilización de los medicamentos. Sería curioso conocer también qué ha sucedido con los diversos recursos que se han planteado en contra de los visados por parte de la industria farmacéutica o por parte de algunas otras instituciones.

Para intentar dar respuestas a todas estas cuestiones y por supuesto a muchas más que vayan surgiendo a lo largo del foro, contamos con la aportación de siete ponentes de diferentes procedencias que podrán enfocar el debate desde perspectivas tan distintas como la de: las administraciones central y autonómica, la industria farmacéutica, los profesionales sanitarios, es decir los prescriptores, y los pacientes. Precisamente para ampliar el punto de vista de éstos últimos, contamos con la presencia de Santos Yuste, presidente de la Liga Reumatológica Española (LIRE), que se unirá al resto de participantes en el debate.

Esperamos que todas estas intervenciones sirvan para conocer mejor todos los aspectos involucrados en la aplicación de los visados a la prescripción de medicamentos. ■



DE LOS VISADOS A LA RECETA ELECTRÓNICA

El visado, que ahora se está discutiendo con mucha intensidad, es una medida que se inventó hace más de veinte años y creo que, para entender bien las cosas, es importante conocer su historia.

Actualmente, todo el mundo piensa que el copago por los pacientes del 40% de los fármacos con receta es una cosa que viene de la noche de los tiempos. Sin embargo, este copago

se hacían en el hospital, y se adoptó la categoría de diagnóstico hospitalario. Éste es el origen del visado. Es decir, se tiene un medicamento como la hormona del crecimiento que es muy eficaz, es muy caro, se observa que el consumo va aumentando y se toma una medida que tiene dos objetivos, uno, frenar el consumo, y dos, mejorar su utilización. Sí, porque cuando tu obligas a un paciente a que vaya a un hospital ha hacerse una serie de pruebas diagnósticas, se garantiza que real-

En defensa del visado hay que decir que no es algo nuevo y que cualquier sistema, público o privado, adopta medidas para que el consumo de medicamentos se ajuste a lo debido

mente tiene déficit de la hormona y que el tratamiento le va a ser útil. Además, estas medidas no se adoptan de forma arbitraria, existen los comités de hormona del crecimiento, los comités de interferon, etc., que no son otra cosa que mecanismos que permitan optimizar el uso de todos estos medicamentos. Tras el diagnóstico hospitalario, se estableció que, para algunos productos, fuese necesario que la prescripción la hiciese un especialista y al final lo que se planteó es poner una barrera técnica para que el fármaco no fuera prescrito con absoluta liberalidad. Yo dejo para otros decidir si la barrera técnica está mal puesta o bien puesta. Pero a mí lo que me interesa

go del 40% se implantó en el año 1980. Es interesante señalar que ésta es la última vez que se pone una medida regulatoria que sea verdaderamente desincentivadora del consumo de medicamentos. Es decir, a lo largo de los años 1978, 1979 y 1980, el copago sube del 20% al 30% y, finalmente, al 40%. Imagínense que ahora se toma una medida parecida. Bueno, en aquel momento, esta medida tuvo, eminentemente, un objetivo recaudatorio, pero más importante, es que se consiguió frenar de forma importante el consumo de medicamentos.

mente tiene déficit de la hormona y que el tratamiento le va a ser útil.

Además, estas medidas no se adoptan de forma arbitraria, existen los comités de hormona del crecimiento, los comités de interferon, etc., que no son otra cosa que mecanismos que permitan optimizar el uso de todos estos medicamentos.

Tras el diagnóstico hospitalario, se estableció que, para algunos productos, fuese necesario que la prescripción la hiciese un especialista y al final lo que se planteó es poner una barrera técnica para que el fármaco no fuera prescrito con absoluta liberalidad.

Yo dejo para otros decidir si la barrera técnica está mal puesta o bien puesta. Pero a mí lo que me interesa



Fernando García Alonso
Ex-Director General de Farmacia

es que conceptualmente e históricamente estamos ante algo que siempre se ha hecho, aquí y en todas partes. ¿Y por qué se hace esto? ¿Qué perversas mentes planean esto? Pues realmente yo creo que si lo pensamos un poco se puede entender que tiene una lógica aplastante.

En defensa del visado tenemos que decir que no es algo nuevo y que la administración, ésta y cualquiera, cualquier sistema público o privado - las aseguradoras privadas también ponen en marcha mecanismos parecidos- adopta medidas para que el consumo de medicamentos se ajuste a lo debido. Y éstas siempre tienen un componente terapéutico asistencial y un componente económico.

La situación óptima es que cada médico ejerza su responsabilidad y prescriba lo que considere óptimo. Sin embargo, la experiencia nos dice que cuando eso se produce, sistemáticamente, en cualquier tipo de aseguramiento, el gasto se desborda. ¿Y cuáles son los parámetros para decir que es mucho o es poco? Son parámetros siempre relativos y que tienen que ver fundamentalmente con el presupuesto sanitario. Es decir, no es un valor absoluto sino que es un valor relativo en función del gasto que se hace en otros ámbitos que no sea el farmacéutico.

En España, actualmente, el gasto farmacéutico se considera un problema por dos parámetros. Uno, porque hay crecimientos anuales de dos dígitos, o sea, significa que están muy por encima del crecimiento del PIB nominal más un 3% que son los que, por ejemplo, se fijaron de acuerdo con Farmaindustria, o sea, que el crecimiento en términos absolutos es grande. Pero en términos relativos también lo es, porque crece más deprisa que el gasto global sanitario y cada vez los medicamentos son un porcentaje mayor de ese total. Ahora están en entorno al 23%-24%, una cifra excesiva en comparación a su vez con lo que ocurre en otros países.

Naturalmente que hay muchos otros parámetros que se pueden medir, por ejemplo, el gasto ajustado por habitante. Con este indicador, la cifra de gasto farmacéutico en España es una cifra pequeña con relación a otros países. El gasto farmacéutico por habitante es un tipo de ajuste que se hace, pero también se podrían hacer otros, se podrían ajustar



del presupuesto. Por lo tanto todo el mundo toma alguna medida para controlar esto.

Hasta aquí todos podemos coincidir en que puede ser razonable que el asegurador, el responsable de los presupuestos ponga una serie de mecanismos para que no se desequi-

coexisten medicamentos de muy distinto precio sin que exista muy distinta eficacia terapéutica. Claramente la diferencia en la eficacia terapéutica no se corresponde con la diferencia de precio. Por ejemplo, a fecha de hoy, la simvastatina tiene un precio X y la atorvastatina tiene un precio 2X, y es evidente que el beneficio terapéutico de la atorvastatina no se corresponde con la diferencia del precio actual de simvastatina. Eso sí, el precio de la simvastatina en España está artificialmente bajo, lo hemos bajado mediante los precios de referencia. Se ha bajado precisamente para que los médicos tengan una herramienta de ahorro. Es decir, lo que se pretende con esto es que los médicos frente al paciente sepan que pueden prescribir lo que quieran. Por ejemplo en el campo de los hipolipemiantes, tiene una amplia panoplia de productos, 8 ó 10.

He mencionado este grupo terapéutico, pero, por ejemplo, me vale lo mismo para el omeprazol y el rabeprazol. O sea, el sistema los pone todos encima de la mesa, y, además, todos están financiados totalmente. Lo único que se está pidiendo es que, en su prescripción, el médico procure que los productos más baratos del grupo terapéutico tengan un peso suficiente para equilibrar las cosas.

La experiencia nos dice que si la factura en medicamentos es la suma de lo que todos los médicos prescriben según su buen hacer terapéutico, el gasto farmacéutico se come al resto del presupuesto

también al PIB, a la capacidad paritaria de compra, etc, etc. Las cifras son siempre manejables, pero básicamente en todos los países, en todas las circunstancias, la experiencia nos dice que si la factura en medicamentos es la suma de lo que todos los médicos prescriben según su buen hacer terapéutico, normalmente ocurre que el gasto farmacéutico va creciendo de una forma progresiva y se va comiendo el resto

libren, pero el problema está en que lo hagamos bien y que este mecanismo no tenga efectos perversos.

En España ocurre otro hecho concomitante, que es importante tenerlo en cuenta. Se ha adoptado una serie de medidas en los últimos años que son los precios de referencia que han hecho que en una misma banda terapéutica coexistan medicamentos de muy distinto precio. Pero cuidado,



No creo que a estas alturas haya nadie que rechace un sistema de ayuda a la prescripción que incluya datos económicos

Yo creo que nadie pretende que se prescriba un 100% de simvastatina o un 100% de omeprazol. Lo que se persigue es no tener unas pautas de prescripción donde, progresivamente, el omeprazol y la simvastatina van encogiéndose hasta quedarse en nada, porque entonces la medida que hemos tomado, la de los precios de referencia, es una medida absurda.

Además, quiero señalar que lo que pretende el que hace la oferta y el que controla la demanda no es mortificar a nadie, ni a las compañías, ni a los médicos, ni a los pacientes. Nuestro sistema es especialmente generoso.

Volviendo al visado, ya sabemos que es heredero de un invento de hace veinte años, y que, seguramente, habría que perfeccionarlo y ajustarlo a la realidad actual. ¿Hacia dónde vamos hoy en día? Hacia la receta electrónica.

La receta electrónica quizás nos va a permitir en un plazo muy breve, porque ya se está aplicando en muchas comunidades, un sistema ecléctico que permita al médico prescribir cualquier medicamento. Es decir, en las pantallas están todos los medicamentos, absolutamente, no hay restricción ninguna. Pero para aquellos medicamentos, bien por su precio desequilibrado, bien por sus indica-

ciones, o porque se utilizan con alguna frecuencia fuera de indicaciones, existan procedimientos para que se vayan pasando pantallas y así el prescriptor realmente esté convencido de lo que está haciendo. Lo que se pretende es que el médico, en su pantalla de ordenador, tenga un sistema de prescripción asistida y él pueda ser consciente de una forma automática de que también es un agente económico.

Por lo tanto lo que se pretende es que es sistema de asistencia a la prescripción te ayude a recordar los principios activos, la correlación con las marcas, incluso que puedas tener visión de la ficha técnica, etc, etc, pero te indique también el tema de los precios y las diferentes actitudes que se puede tener. Insisto, la medida no persigue que la prescripción se concentre solo en lo más barato, se hace con la intención de que el médico se haga responsable de lo que tiene delante y en determinadas circunstancias contribuya al ahorro del sistema.

Quizá el visado tenga poco futuro, porque no es más que una herramienta que utilizamos desde hace 20 años. Lo que sí creo, porque la naturaleza humana no va a cambiar, es que los sistemas de salud van a tener que poner mecanismos, unos u otros, para, no ya controlar el gasto farmacéutico ni al médico, sino

como sistema de ayuda a la prescripción.

No creo que a estas alturas haya nadie que rechace un sistema de ayuda a la prescripción que incluya datos económicos. El problema se produce cuando la medida se hace abruptamente, se adopta en una comunidad sí y en otra no. Todo esto produce muchísimo disconfort, muchos agravios comparativos, peleas entre administración central y autonómica, entre un laboratorio y otro, ...

Ahora bien, el sistema globalmente debería tender a compensarse. El sistema Nacional de Salud ha demostrado en muchas ocasiones que es capaz de responder a cualquier cosa -y, desgraciadamente, el mejor ejemplo lo tenemos con la reacción del sistema sanitario tras el atentado del 11 de marzo- y hacerlo, no tanto por las medidas administrativas que se adopten, sino porque los profesionales son capaces de aceptarlas.

Ya sé que el gasto de medicamentos no se va a controlar porque yo le hago a usted un visado perfecto, No, yo tengo que poner los mecanismos. Pero como los profesionales no colaboren, y para eso tienen que estar contentos, motivados, seguro que no funcionará.

Por eso yo creo que habría que romper esta dinámica de guerra que se produce a veces e irnos al concepto de prescripción asistida con contenido económico. Esa sería la clave y creo que todos podemos buscar un equilibrio y que no suponga un menoscabo de la libertad de prescripción, ya que de lo que se trata es de que el sistema sea sostenible. ■

LA HOMOLOGACIÓN COMO GARANTÍA DE EFICACIA, SEGURIDAD Y COSTE

En mi intervención me voy a centrar en qué es el visado en estos momentos y en cómo lo tenemos orientado en Galicia.

El visado de inspección, que es como se conoce en el Sistema Nacional de

Salud, lo que trata es de comprobar que se cumplen en la prescripción los requisitos que están marcados en la ficha técnica. Es decir, el objetivo básico del visado es comprobar que los medicamentos y demás productos farmacéuticos se utilizan para las indicaciones y en las condiciones autorizadas.



José Ramón Vizoso
Jefe de Servicio de Atención Farmacéutica, División de Farmacia y Productos Sanitarios. Consejería de Sanidad de Galicia



Las comunidades autónomas y el Ministerio lo que intentan promover es una prescripción de calidad. En esa prescripción de calidad hay tres variables claras. Hay que buscar un medicamento que sea eficaz y efectivo, que sea seguro y, por supuesto, que, cumpliendo las dos anteriores, tenga un menor coste para el paciente y para la sociedad, buscando ese término global de calidad.

En Galicia y dentro de este marco, el año pasado nos planteamos la modificación del sistema de visado. Y desarrollamos el decreto 244/2003, con el fin de aplicar la normativa estatal en cuanto a visado de inspección en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Galicia. Por supuesto, el objetivo de la homologación, que es como llamamos al visado en nuestra Comunidad, es la verificación previa de la dispensación, es decir, garantizar que los medicamentos se ajustan en sus indicaciones y a sus condiciones de utilización, que, a veces, implica también otras cuestiones como la dosis, la pauta, tratamientos anteriores, etc.

En cuanto al debate de control del gasto o calidad asistencial, en el propio decreto ya apostamos por la calidad. Siempre buscamos en el desarrollo aportar un valor añadido. Es decir, defender el visado como herramienta que aporta calidad a la atención al paciente y con los criterios de eficacia, seguridad y coste.



tar que cualquier usuario pueda ir a cualquier punto de la comunidad a visar su receta, que no tengan ningún problema si se mueve de su localidad habitual de residencia bien por vacaciones o por trabajo o por cualquier otra cuestión.

Además, el hecho de que visado sea realizado por farmacéuticos de atención primaria y atención especializada potencia la coordinación entre niveles. Al estar el personal que realiza el proceso de visado en el propio centro de salud facilita la intercomunicación con el médico. En el caso de que un paciente tenga algún problema con la prescripción, en cuanto a la dosis, a la indicación, cualquier problema que pueda surgir en el proceso, es mucho más fácil solucionarlo. Y, por supuesto, el proceso de homologación es mucho más rápido. Hoy en día en 24 horas todo el mundo tiene su receta, su prescripción lista para ser dispensada en la oficina de farmacia.

El hecho de que en Galicia el visado sea realizado por farmacéuticos de atención primaria y atención especializada potencia la coordinación entre niveles

En resumen, se busca homogeneidad, accesibilidad, coordinación, integración en la actividad diaria de los centros de salud y por supuesto agilización de los procesos.

Dado que no se puede poner visado a todo, hay que hacer algún tipo de selección. En la Comunidad de Galicia apostamos porque se haga para

Los criterios que aplicamos, aparte de la idea básica de integrar el visado como una actividad asistencial más; es decir, realizarlo en los propios centros de salud, buscamos que hubiese una homogeneidad en todo el territorio gallego.

También buscamos una mayor accesibilidad. Pasamos de tener 11 puntos de homologación a tener 105. La homologación en Galicia la llevan a cabo los farmacéuticos de atención primaria y de atención especializada. Además, se desarrolla un sistema de información específico, con el fin de facilitar el acceso a la información, informar a los farmacéuticos homologadores de cuales son las nuevas indicaciones autorizadas, las malas condiciones de uso, facili-



aquellos medicamentos que tienen indicaciones comprometidas: porque tienen varias indicaciones, porque unas están financiadas y otras no, como es el caso de alguna vacuna; en función de qué medios se requieren para hacer el diagnóstico de esa patología; cuando hay unas condiciones importantes de seguridad, es decir, los medicamentos de especial control médico; o cuando se sospe-

componente de control del gasto, tiene un objetivo fundamental que no es otro que facilitar y potenciar una prescripción de calidad.

Creo, y ya lo he comentado antes, que el visado de los medicamentos calificados de especial control médico por problemas de efectos adversos muy graves -teratogénicos y neutropénicos- está justificado. De hecho,

En Galicia y en relación con este tema, estamos trabajando en un programas de indicadores de la calidad de prescripción en atención primaria, tenemos un grupo de trabajo para el desarrollo de los indicadores. En lo que se está trabajando no es en poner unos indicadores buscando que la prescripción se dirijan al 100% hacia un producto u otro, no, lo que se hace es buscar unos valores que se considera más o menos óptimos, que se pactan con los profesionales y dejan un margen para que cada facultativo, en función de las características de cada paciente, pueda elegir, aunque sea ese medicamento que no se ajusta a los indicadores que hemos planteado, pero que es efectivamente el que necesita ese paciente.

También quiero comentar el tema de los COX-2 como un ejemplo de un medicamento que inicia su proceso en el mercado sin ningún tipo de cortapisas y, por determinadas circunstancias, se observa que hay una sobreutilización. En este caso, la Dirección General de Farmacia del Ministerio de Sanidad y Consumo, decide ponerle un visado con el fin de intentar situarlo en la terapéutica correcta. En Galicia, en el momento en que entró el proceso de visado hubo un descenso al principio brutal y después ha aumentado, pero manteniéndose en unos niveles muchísimo más ajustados que los niveles iniciales en los que estaba en la situación anterior al visado.

Por último, es posible que haya que replantearse varias cosas con relación al visado y revisar los criterios: medicamentos que son de visado que a lo mejor podrían no necesitarlo, otros que no lo tienen y quizás deberían tenerlo, quizás también plantearse de quién es la competencia, del Ministerio o de las comunidades y, por supuesto, adaptarse a las nuevas tecnologías. Pero, en cualquier caso y de manera general, creo que el visado es una medida que trata de mantener la misma calidad con un menor coste. ■



cha una posible utilización inadecuada de ese tipo de medicamentos.

Un ejemplo puede ser la cisaprida. La cisaprida era un medicamento de prescripción por receta normal. A raíz de unos problemas de reacciones adversas el Ministerio de Sanidad y Consumo lo calificaron de diagnóstico hospitalario, con lo cual necesitaba visado y eso trajo como consecuencia que en Galicia las prescripciones de este medicamento han bajado de manera espectacular, prácticamente a cero. Y esto va parejo a que las notificaciones de reacciones adversas relacionadas con este fármaco en nuestra Comunidad pues también han bajado de manera significativa. Estos resultados nos refuerzan más la idea en la que estamos trabajando: que el visado, aunque siempre incluye un

siempre se está tratando en mejorar estos aspectos, en dar más y mejor información a los profesionales, en asegurarse que los pacientes cumplan las normas, etcétera.

En Galicia también estamos en la línea de mantener el visado de aquellos medicamentos que no son de primera línea de prescripción. Es decir, que no son el tratamiento de elección.

En este punto quiero retomar lo que ha planteado Fernando García Alonso. No se trata de que ciertos productos no se prescriban. No se trata de que no se prescriba la atorvastatina, no se trata de que no se prescriba el lansoprazol. Se trata de mantenerlos en unos niveles y de que no se produzca una sustitución total de un producto por otro.

LOS VISADOS COMO ELEMENTO DISTORSIONADOR PARA LA INDUSTRIA

Yo también quería empezar hablando un poco de la historia del visado. La primera referencia que tenemos sobre el visado es del año 1978, de un real decreto, el 946, que establecía que la Administración podía tomar medidas cautelares para evitar desviaciones en la comercialización, en la distribución, en la prescripción y

el año 1993, todos esos medicamentos especiales, que por razones sanitarias requerían unas cautelas, estaban recogidos ya como de visado y además como de diagnóstico hospitalario. Si nos fijamos en todas las especialidades que tienen visado, que son alrededor de unas 600 o 660, casi el 90%, 576, son de diagnóstico hospitalario.

Desde el punto de vista de la industria, uno de los principales problemas que tienen los visados es que no se conocen con certeza cuáles son los criterios para su fijación

en la dispensación de los medicamentos. Y estas medidas podían estar dirigidas a los laboratorios, a los médicos y a las oficinas de farmacia. Y en el caso de los medicamentos esta medida cautelar es el visado, que se determinaba por una comisión de vigilancia.

En la década de los ochenta, la lista de medicamentos con visados fue engrosándose y en el año 1992 la dirección general del INSALUD, elabora una circular que reúne todos los medicamentos sometidos a visados. La famosa circular 6/1992. En esa circular, al visado se le da la consideración de un elemento fundamentalmente sanitario.

Es evidente que en aquel momento, en el año 1992, el visado tenía un trasfondo sanitario claro y exclusivo. Un año más tarde, como consecuencia de las discusiones de la normativa europea, las cuatro directivas de uso racional se llevaron a nuestra legislación en el decreto del año 1993 (RD 767/1993). Por lo tanto, desde

En el año 1998, se hace una nueva redacción a la Ley del Medicamento y se da la posibilidad de que el visado sea un mecanismo para sujetar a reservas singulares la autorización de especialidades farmacéuticas que así lo requieran por su naturaleza o por sus características. Y ya no se dice



Emili Esteve
Director del Departamento
Técnico de Farmaindustria

mucho más. La palabra sanitaria desaparece y por lo tanto el visado pasa a ser un instrumento que se podría apartar claramente de los elementos sanitarios y nos conduciría a la situación actual, un poco errática, donde los pacientes se encuentran que en unas comunidades autónomas el acceso a los medicamentos se realiza a través de un visado, en otras se realiza a través de algo parecido a un visado y en otras, es libre.

La situación actual plantea unas cuantas incógnitas. La primera es que un sistema que no está universalmente aceptado podría tener algunos elementos de debilidad. Desde el punto de vista de la industria, uno de los principales problemas que tienen

Repaso histórico

- **Primera referencia RD 946/1978.** Se establecen medidas cautelares para evitar desviaciones en la comercialización, distribución, prescripción y dispensación de los medicamentos.
- **Década de los 80:** se aumenta la lista de medicamentos sometidos a visado
- **6/1992 Circular del INSALUD.** Recopilación de medicamentos con visado y procedimiento. Justifica el visado "para medicamentos que "requieren un control sanitario especial"
- **RD 767/1993** Establece las categorías de Uso Hospitalario, Diagnóstico Hospitalario y Especial Control Médico (Los medicamentos de estas dos últimas categorías llevan visado)
- **1998 Modificación de la Ley del Medicamento:** El Ministerio de Sanidad y Consumo por razones sanitarias objetivas, podrá sujetar a reservas singulares la autorización de las especialidades farmacéuticas que así lo requieran por su naturaleza o características, así como las condiciones generales de prescripción y dispensación de las mismas del Sistema Nacional de Salud
- **2003 Modificación de la ley de Cohesión:** Corresponde a la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios la fijación condiciones especiales de prescripción y dispensación de medicamentos en el Sistema Nacional de Salud. »

Farmaindustria ¹

Resulta muy complicado entender la permanente reevaluación con la bandera científica que se hace a los medicamentos

los visados es que no se conoce con certeza cuáles son los criterios para su fijación. Y sí se conoce con certeza cuan dañino resulta el visado. Es dañino para la industria, pero también es dañino para profesionales sanitarios y para pacientes en general, porque pensamos que es un mecanismo impositivo. El sistema no trata de convencer, de instruir. El sistema simplemente dispone que es lo que hay que prescribir o qué es lo que no se puede dispensar.

Esto ocurre con los visados, pero ocurre también con la prescripción por principio activo. Así, al profesional sanitario se le establece *a priori* qué es lo que debe prescribir y lo que no.

Los elementos negativos que le vemos al visado no sólo se centran en las limitaciones a la prestación de los profesionales sanitarios, también pensamos que para los pacientes puede ser un problema porque no es lo mismo tener un acceso rápido y directo a un medicamento, que tener un acceso burocratizado.

La industria, sobre todo la industria innovadora, lo que busca es un entorno favorable. Un entorno favorable significa un entorno predecible, un entorno que tenga unas reglas del juego que le permitan diseñar una estrategia de investigación o una estrategia de futuro, basado en la comercialización de los medicamentos innovadores. Una compañía farmacéutica que tiene un medicamento innovador al que se ha fijado un precio porque ha llegado a un acuerdo con la Administración, y que prevé un horizonte de unos determinados años, no se puede "llegar por la puerta de atrás", al cabo de un tiempo determinado, penalizando esos acuerdos, esas reglas del juego. Y mucho menos si no hay motivos sanitarios que lo justifiquen.

Algo que a mí me resulta muy complicado de entender es la permanente reevaluación con la bandera científica que se hace de los medicamentos. Es decir, en un sistema de confianzas, y el sistema europeo es un sistema claramente de confianzas, la evaluación se va reconociendo y no necesariamente tienen que hacerlo todos los actores.

Es decir, la evaluación de los medicamentos en Europa a veces se hace desde Holanda o desde Francia y, a partir de ese momento, en España el medicamento queda automáticamente evaluado porque se trabaja en un sistema de confianza, en el que hay acceso a la documentación, a los estudios realizados, etc.

Entonces, sorprende que la Administración competente en autorizar un medicamento, que es la Agencia Española del Medicamento, determine que el medicamento se puede comercializar con la condición de "con receta médica" y una comunidad autónoma, la que sea, determine reevaluar esa situación y le imponga un visado.

Lo cierto es que esto es algo que nosotros no podemos aceptar.

En este sentido, la sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Andalucía, anulando los visados impuestos por esta comunidad a los antipsicóticos, viene a darnos la razón sobre que este tipo de medidas debe, en todo caso, ser adoptadas de forma centralizada y para todo el territorio nacional.

En principio, creemos que es necesaria la adopción de medidas para la sostenibilidad del sistema. Y pensamos que con un sistema que crezca de una forma sostenible todos saldremos ganando. Pero no pensamos en absoluto que el visado sea el instrumento para hacerlo. Yo también coincidí en que el visado es una herramienta a extinguir, que el futuro va a pasar por la receta electrónica, y por la ayuda a la prescripción. Es cierto que las autoridades tienen que ejercer acciones para canalizar la sostenibilidad del crecimiento del gasto, pero esas acciones tienen que ser más por la vía de la convicción que por la vía de la imposición. Para mí el visado tiene como defecto, ese elemento negativo esencial, la imposición, que junto a lo anteriormente comentado lo convierte, en algunos casos, en un instrumento muy negativo para todos. ■

Los números

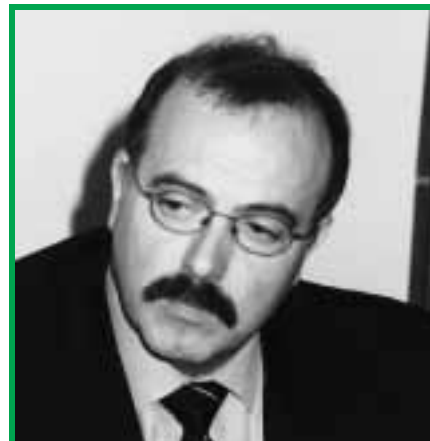
- **Las Especialidades farmacéuticas con visado son mayoritariamente:**
 - Diagnóstico hospitalario
 - Especial Control Médico
 - Hospitalarias y excluidas
 - Ciertos tratamiento Crónicos
 - Vacunas
 - Diagnóstico
 - resto ???
- **Prevalece el criterio sanitario**
- **Hay unas excepciones que tienen una "pseudo justificación" sanitaria y un trasfondo puramente económico y muy negativo.**

Farmaindustria 3

IMPLANTACIÓN DE VISADOS: ¿ES UNA ESTRATEGIA EFICIENTE PARA CONTROLAR EL GASTO SANITARIO GLOBAL?

En mi intervención quiero plantear tres aspectos fundamentales: por un lado, conocer cuál debe ser el objetivo de la asistencia sanitaria. En se-

tener la misma calidad asistencial, habrá que aumentar el gasto sanitario, más aún si tenemos en cuenta que las cifras del gasto sanitario en España son de las más bajas de Europa.



Dr. Gonzalo Hernández
Director Médico de Pfizer



Coste del Manejo de la Artrosis

LA VIDA POR DELANTE

- Existen diferentes tipos de costes, con un porcentaje de consumo de recursos distinto:

- hospitalización y consultas externas	45 %
- tratamiento ambulatorio, incluidas visitas al MG	22 %
- analgésicos	3 %
- gastro-protectores	15 %
- AINE	15 %
- La mayoría de los recursos consumidos no son tratamientos farmacológicos


Zabinski RA, Osterhaus JT. Economic considerations in the management of arthritis. J Man Care Pharm 1999; 5: 475-484

Ahora, ¿qué aportan los medicamentos a la atención sanitaria? Los medicamentos son opciones, inversiones económicamente rentables, porque contribuyen a maximizar la calidad asistencial. Es decir a curar a los pacientes e incrementan la calidad de vida.

En segundo lugar, ayudan a controlar el gasto sanitario. Por ejemplo, en el caso de la de la atorvastatina y la simvastatina, para un paciente que necesite reducir los lípidos un 50% no es lo mismo empezar con un medicamento que le baja un 20% y después le subes la dosis y le

gundo lugar, destacar las aportaciones de los medicamentos a la asistencia sanitaria y, en tercer lugar, entrar en la cuestión de los visados y, dentro de ellos, hablar de un ejemplo concreto que es el de los COX-2.

Desde mi punto de vista, los objetivos de la atención sanitaria deben de cumplir dos principios básicos. Uno lograr una asistencia de calidad para los pacientes y conseguir que el gasto sanitario global derivado de este cuidado sea asumible y sostenible por el país. Por otra parte, el gasto sanitario deberá ir en función de la población y el cuidado sanitario que queramos darle. En estos momentos, tenemos flujos de inmigrantes que están viniendo a nuestro país y que están produciendo un aumento de la población. Imagino que, si queremos man-



Coste del Manejo del Glaucoma

LA VIDA POR DELANTE

- Estudio efectuado en UK en el año 1990, estimándose los costes en miles de libras del total de pacientes con esta patología

- hospitalización	12.984
- tratamiento ambulatorio, incluidas visitas al MG	9.135
- medicación antiglaucoma	38.000
- ingresos en residencias	25.810
- absentismo laboral	45.343
- El coste de la medicación supuso solamente el 29 % del total de consumo de recursos

Coyle D, Drummond M. The economic burden of glaucoma in the UK. Pharmacoeconomics 1996; 7: 484-489



Pfizer
LA VIDA POR DELANTE

Coste de la Enfermedad de Alzheimer en España

■ Estudio efectuado en nuestro país en 1996, donde se vio que el coste anual (ptas) de cada paciente con EA fue:

- visitas médicas	90.227
- hospitalización	63.163
- medicación	95.265
- exploraciones y pruebas complementarias	44.804
- atención domiciliaria	255.468
- tratamiento en centro de día	92.655
- transporte	41.820
- coste cuidador	1.859.000

■ El coste de la medicación supuso menos del 10 % del total

Boada M, Peña-Casanova J, Bermejo F, et al. Coste de los recursos sanitarios de los pacientes en régimen ambulatorio diagnosticados de enfermedad de Alzheimer en España. Med Cín (Barc) 1999; 113: 690-695

de autorización. Es decir, incrementar el uso racional de los medicamentos y hacer que esto tenga un coste asumible. Sin embargo, tras la implantación de un visado, nunca se evalúa cuál es la calidad asistencial. Es decir ¿qué pasa con ese paciente? ¿Cuál es el gasto sanitario global?

Y este podría ser el caso de los COX-2. Hace unos años que se puso visado para los COX-2. Era de todos conocido que los antiinflamatorios no esteroideos producen hemorragias gastrointestinales graves y que muchas de ellas terminan en una situación fatal, de muerte. Para paliarlo, durante muchos años se les asociaba un gastroprotector.

Aparecen los COX-2 para la indicación de artrosis y artritis reumatoide. Y aparecen con un nuevo mecanismo

baja un 25% y así hasta que lo dejas en el punto perseguido, que iniciar el tratamiento con uno más eficaz con lo que evitas al paciente visitas y analíticas y al sistema, gasto innecesario.

Insisto, no es lo mismo utilizar medicamentos eficaces que de inicio te llevan al objetivo que tú pretendes y que, por lo tanto, ayudan, sin duda alguna, a controlar el gasto sanitario, aunque también contribuyen a elevar el coste farmacéutico.

Lo que está demostrado es que cuando se restringe el acceso a determinados medicamentos, con el fin solo y exclusivo de reducir la factura farmacéutica, lo que ocurre es que se incrementan el consumo de los recursos sanitarios de las otras partidas. Y, lógicamente, se deteriora la calidad asistencial.

Pfizer
LA VIDA POR DELANTE

¿Cuáles son los Objetivos del Visado?

En teoría

1. Garantizar que la prescripción se adecue a las condiciones de autorización: Incrementar el uso racional de los medicamentos
2. Lograr que la asistencia sanitaria se desarrolle con un coste asumible para el sistema sanitario público

Sin embargo...

- tras la implantación de un visado nunca se ha evaluado correctamente
 - a. si la calidad asistencial se ha incrementado de verdad
 - b. si el gasto sanitario global se ha reducido, o contrariamente éste se ha incrementado

En la práctica

- Se disminuye el Gasto Farmacéutico sin más, sin evaluar la afectación:
 1. de la calidad asistencial del sistema
 2. de la calidad de vida y nivel de satisfacción de los pacientes
 3. del consumo de recursos globales de SNS

¿Cuáles son los objetivos del visado? Uno de ellos es garantizar que la prescripción se adecue a las condiciones

de acción, en el que el beneficio sobre sus efectos secundarios, gastroerosivos, son claros y perfectamente mejores que los antiinflamatorios no esteroideos. En nuestro país, en un determinado momento, se coloca un visado y no se analiza, no se evalúa la calidad asistencial, es decir qué pasa con los pacientes, qué pasa con esa mortalidad que teníamos en el país y, eso sí, tenemos un coste farmacéutico más reducido en el manejo de la artrosis y artritis reumatoide.

Cuando se evalúa la calidad asistencial se ve que en el país, en el año

Cuando se restringe el acceso a determinados medicamentos con el fin exclusivo de reducir la factura farmacéutica, se incrementan el consumo de recursos sanitarios de otras partidas



2001 tenemos 900 muertos al año debido a hemorragias gastrointestinales graves que van a los hospitales y terminan en un desenlace fatal. Y esa es una realidad y no una proyección estadística. Esto es la información de las bases de datos de los hospitales. Esos 900 muertos están relacionados con los antiinflamatorios no esteroideos y son datos presentados en el congreso español de Gastroenterología.

Cuando se evalúa durante estos años en un estudio de casos controles cuál es la situación de los COX-2, del paracetamol, de la aspirina, de los diferentes antiinflamatorios, se ve que en el caso de los COX-2, la probabilidad de hemorragias es similar a la del paracetamol. No va más allá de 1,2 - 1,3 de riesgo relativo. Y sin embargo, los antiinflamatorios no esteroideos son los principales causantes, en ninguno de los casos en por COX-2. Es decir, nos encontramos con una medida de control del gasto farmacéutico, pero no se ha evaluado la calidad asistencial y el gasto sanitario que se incrementará porque, al final, lo que tenemos son 900 muertos que son personas que han ingresado en un hospital, que han consumido recursos y que, lo más importante, supone un elevado coste en años de vida perdidos. Por tanto, sería importante

que antes de evaluar una determinada situación se evaluara toda su trascendencia sobre el gasto sanitario y sobre la calidad asistencial.

Al final, el visado lo que impide es el acceso a la innovación, a la innova-

Desde nuestro punto de vista, para saber qué valor tiene un medicamento, lo primero que hay que evaluar es su valor terapéutico, pero también hay que evaluar su valor farmacoeconómico. Si reducimos el número de observaciones y hospitalizaciones,

Consecuencias Reales de la Implantación de los Visados

- Privación a los pacientes de los medicamentos más innovadores y que mayor valor terapéutico presentan
- Posibilidad de que aparezca una disminución importante de la calidad asistencial ofrecida a los pacientes
- Aumento del gasto sanitario global derivado de un mayor consumo de recursos de otros capítulos (hospitalizaciones, visitas extras, pruebas complementarias, etc.)

ción terapéutica. Por lo tanto, quizá la administración sanitaria debiera valorar si para el acceso a las innovaciones que mejoran la calidad asistencial y el gasto sanitario, debieran evaluarse otras fórmulas como pudieran ser quizá incrementar el copago.

analíticas y demás, lógicamente una alternativa terapéutica nos llevará a un gasto sanitario y la otra nos llevará a otro diferente. Ese es el camino por donde estamos orientando la investigación en estos momentos en la industria. Lo que no tiene mucho sentido es que las partidas de gasto farmacéutico sean totalmente independientes de las del resto del gasto sanitario, porque no permite ver el contexto, ver el gasto global.

En resumen, el control excesivo de la prescripción en ocasiones supone una disminución de la calidad asistencial y un aumento del gasto sanitario global. No decimos que todos los visados sean malos, de hecho, desde Pfizer hemos solicitado recientemente el requisito de diagnóstico hospitalario para un medicamento antifúngico, pero cuando el visado afecta a medicamentos de mayor consumo creemos que no es la mejor medida. ■

Alternativas a la Imposición de Visados

- **Efectuar más Ensayos Clínicos pragmáticos tras la comercialización de los Medicamentos**
 - los que son más coste-efectivos, más aumentan la calidad de vida y más efectividad proporcionan deberían usarse sin muchos controles
- **Decidir el Precio y la Financiación de los Medicamentos en base a su Valor Terapéutico**
 - los de mayor valor deberían ser utilizados sin control sobre su prescripción
- **Huir de los Presupuestos en compartimentos estancos**
 - los que presentan un mayor coste de adquisición pero reducen los gastos de otros capítulos deberían emplearse sin controles

LOS VISADOS EN ANDALUCÍA: DE LA LEGALIDAD AL CHALANEO

Aunque el foro de debate se refiere al papel que los visados en general juegan entre la contención del gasto o la calidad asistencial, nuestra aportación va a centrarse exclusivamente en el impacto del visado de los antipsicóticos atípicos en Andalucía.

Para hacer más cómoda la exposición vamos a plantearla en tres apartados: en un primer momento analizaremos cómo afectan el visado a los psiquiatras con pacientes de indicación de antipsicóticos atípicos. Después, veremos cómo afectan a los psiquiatras con pacientes sin indicación aprobada de antipsicóticos atípicos; y por último, se estudiará cómo afectan a los médicos no psiquiatras que también pueden necesitar su uso.

En primer lugar vamos a ver algunos puntos del impacto del visado de los antipsicóticos atípicos sobre los psiquiatras con pacientes con indicación aprobada de su uso. Es evidente que el visado aumenta la burocratización del psiquiatra, al mismo tiempo que distorsiona la relación médico-enfermo y arriesga el secreto profesional. Además, hay una pérdida de flexibilidad terapéutica, el he-

cho de cambiar de un antipsicótico a otro o el modificar la dosificación, puede implicar un nuevo visado.

Todo ello lleva un aumento del control, del control externo de una forma muy evidente y ostensible, y el "locus" del control externo (Rotter) es paranoidizante, y la forma paranoide es, con mucho la forma más frecuente de la esquizofrenia. Pero



Dr. José Giner
Jefe del Servicio de Psiquiatría
Hospital Virgen de Macarena de Sevilla

El Impacto del visado de los antipsicóticos atípicos (AA)

A los psiquiatras con pacientes **con indicación AA**

- ◆ Hay una burocratización
- ◆ Hay una pérdida de flexibilidad terapéutica
- ◆ Hay un control externo. Locus de control externo
- ◆ (Rotter) es paranoidizante
Todo ello en enfermos, usualmente, sin conciencia de enfermedad y con mala adherencia terapéutica

El Impacto del visado de los antipsicóticos atípicos (AA)

A los psiquiatras con pacientes **sin aprobación de AA**

Indicaciones sin aprobación

- ◆ En la mayoría de los T. Orgánicos
- ◆ En los cuadros por consumo de drogas: cocaína, heroína
- ◆ El problema de los enfermos bipolares no fácil de resolver
- ◆ El espectro terapéutico de los trastornos de personalidad
- ◆ Las psicosis infantiles, del adolescente, el autismo no tienen aprobación posible

estamos hablando de enfermos fundamentalmente esquizofrénicos, que son enfermos usualmente sin conciencia de su enfermedad y con muy mala adherencia terapéutica, lo cual añade un factor más para la no-cumplimentación terapéutica.

En un segundo momento veremos el impacto del visado en los psiquiatras con pacientes sin indicación aprobada de antipsicóticos atípicos. Son con aquellos pacientes para los que teóricamente está indicado, pero no tiene la aprobación por diferentes motivos. En este caso estarían los enfermos con trastornos orgánicos cerebrales con sintomatología psicótica -alucinaciones, delirios, desorientación, cuadros confusionales - sin entrar en las

El impacto del visado de los antipsicóticos atípicos (AA) alacafat

A los psiquiatras con pacientes sin aprobación de AA

De la legalidad al chalaneo

- **Cumplir estrictamente lo indicado en el visado**
- **Falsear el visado, pactando con el enfermo**
- **Conseguir un sello para "auto-visarse" las recetas**

demencias, en una controversia actual tan fuera de contexto.

Los enfermos con consumo de drogas, por ejemplo, cocaína, heroína, con o sin dependencia, evidentemente, en estos casos, difícilmente se les pueden dar haloperidol o cualquier otro antipsicótico clásico, son tremendamente sensibles a los efectos secundarios y no lo aceptarían bajo ningún concepto.

El difícil problema de los bipolares, siempre en el filo de la navaja, virando a lo depresivo o a lo maniaco en horas, nos obliga a probar todos los antipsicóticos que se vayan aprobando, hasta encontrar aquel que, resolviendo los síntomas maníacos, no le haga virar hacia lo depresivo en este enfermo concreto. Queremos indicar el momento casi artesanal de la indicación de los antipsicóticos en el tratamiento de los enfermos bipolares, aunque es evidente el efecto depresivo de los antipsicóticos clásicos.

El problema de los trastornos de personalidad que nunca tienen un tratamiento adecuado y en los que tan difícilmente se pueden hacer ensayos clínicos. Por ello, estamos deseando que aparezca cualquier grupo terapéutico para empezar a tratarlos. Evidentemente, cuando llegan los atípicos los usamos, máxime cuando tenemos un concepto de espectro terapéutico, en el caso que nos ocupa, los trastornos esquizotípicos, los

empiezan a obtenerse respuestas terapéuticas prometedoras.

Las psicosis infantiles, de la adolescencia, el autismo son otros problemas de gran importancia. Es difícil que se apruebe la indicación para todas sus formas, ya que ensayos clínicos en adolescentes y niños son difíciles de realizar, y cuando se realizan, son con productos mucho tiempo comercializado. Pero ¿qué hacemos con los niños y adolescentes que sufren de una psicosis? ¿Qué hacemos con un esquizofrénico de 14 ó 15 años? Les damos haloperidol. La esquizofrenia no empieza oficialmente hasta los 18 años. ¿No los tratamos,

El visado aumenta la burocratización del psiquiatra, al mismo tiempo que distorsiona la relación medico-enfermo y arriesga el secreto profesional

trastornos esquizoides, e incluso los trastornos antisociales, no son tan ajenos terapéuticamente hablando a la esquizofrenia, y la realidad es que

o les seguimos dando haloperidol? Me niego a creer que aduciendo unos derechos se les niegue unos claros beneficios.

El impacto del visado de los antipsicóticos atípicos (AA) alacafat

A los médicos no psiquiatras

Neurólogos	Gerontólogos
Traumatólogos	Intensivistas
Pediatras	Médicos de familia



¿Y qué hacen los psiquiatras de una zona concreta? Pues en Andalucía los hay quienes estrictamente cumple lo indicado; y pueden pasar dos meses esperando hasta que le visan la receta. En otros casos, se falsea el diagnóstico. "Usted no es un psicótico, entiéndalo, y yo digo que usted tiene una esquizofrenia; acéptese con una esquizofrenia, aunque no lo tenga", esto incluso de forma mas o menos oficial como en Centros Pro-

mer, Pick, Huntington, Parkinson, esclerosis múltiple, meningitis, conmoción, tumores, metástasis, ictus, VIH -suficientemente importantes como para que planteen problemas de cuadros de agitación, confusional, comportamental, alucinadorio, hostilidad, para los que tienen que utilizar antipsicóticos atípicos. En este momento, hay consenso sobre la utilización de antipsicóticos atípicos como los antipsicóticos de primera elec-

ción, porque son los que menos efectos secundarios producen.

Los gerontólogos son otros especialistas que tienen una población muy sensible a los antipsicóticos típicos que presentan cuadros de demencia o simplemente seniles. Desde mi punto de vista, la verdad es que a una anciana, senil o no, darle, para que descanse benzodiacepina a estas alturas no parece la opción más correcta. Ante un cuadro confusional, o un cuadro de agitación, es preferible un antipsicótico atípico, aunque no esté aprobada su indicación. Debemos recordar que tampoco la tiene aprobada la levopromazina, la tioridazina ni el haloperidol.

Otro ejemplo claro es el de Traumatología, tanto en población infantil como anciana, como en personas vulnerables, personas con SIDA etc. Ante una fractura, un traumatismo craneoencefálico, que presenten un cuadro confusional o de agitación, se van a tener que utilizar antipsicóticos y sigo pensando que en estos casos los atípicos deben ser los de primera elección.

Los intensivistas son casi los primeros consumidores de antipsicóticos de un hospital. ¿Les negamos la posibilidad de utilizar los antipsicóticos atípicos? ¿Van a tener que seguir utilizando los clásicos? Bueno, podemos negarles la



vinciales de Drogodependencias. Es conveniente recordar que en Andalucía, la red asistencial de tratamiento de drogodependencia es paralela a la de Salud Mental y no depende del Servicio Andaluz de Salud, sino de las Diputaciones Provinciales.

Otra cuestión importante es ¿y qué pasa con los médicos no psiquiatras? ¿Cómo afecta el visado de los antipsicóticos atípicos a los médicos no psiquiatras? ¿No tienen necesidad de utilizarlos? Al menos, se me ocurren seis especialistas no psiquiatras que van, o tienen que utilizar, los antipsicóticos atípicos. Neurólogos, geriatras, traumatólogos, intensivistas, pediatras y médicos de familia.

En primer lugar, los neurólogos. Los neurólogos tienen un sin número de enfermedades y síndromes -Alzhei-



entrada al siglo XXI y que sigan en el siglo pasado, pero esto me parece una negación de la realidad.

Pero no sólo los intensivistas son los que van a necesitar los antipsicóticos. También los pediatras. ¿Qué hace-

Es decir, el uso de los antipsicóticos está bastante más generalizado de lo que a primera vista parece deducirse por su engañoso nombre. Recordemos que en psiquiatría no hablamos, en muchos casos de enfermedad, sino de trastornos y los trastornos

dedor, cosa que la Administración, a veces, no entiende porque se cree que, de alguna forma, está hablando de algo similar a un antibiótico.

Pero no olvidemos que el problema no es como el visado afecta al médico psiquiatra o no, el auténtico problema es cómo el visado de antipsicóticos atípicos afecta al enfermo. Pero si hablamos de un esquizofrénico el problema del visado se agrava. Sabemos que un esquizofrénico es una persona que no tiene contacto vital con la realidad, niega la enfermedad, y está en desacuerdo con su diagnóstico. Tiene especial percepción y mala tolerancia a los efectos secundarios, no capta los beneficios del tratamiento. No mantiene una adecuada relación terapéutica y tiene muy mala adherencia terapéutica. En esta situación, el visado le afecta en lo personal muy poco; es más es algo "magnífico", es una razón más para no medicarse.

Por tanto, mi opinión, a modo de conclusiones, es que el visado, en el caso de los antipsicóticos atípicos es

¿Cómo el visado de los AA afecta a los enfermos?

Hay que recordar en los pacientes con esquizofrenia

- La falta de contacto vital con la realidad
- La negación de la enfermedad
- Desacuerdo con el diagnóstico
- La percepción de efectos secundarios
- Percepción de falta de beneficios del tratamiento
- La relación terapéutica no adecuada
- La falta de adherencia terapéutica

mos con los niños cuando tengan una encefalopatía, una meningitis, un retraso mental? ¿Es que acaso en estos casos no van a haber problemas comportamentales, problemas confusionales, problemas de agitación? ¿Los atamos a las camas, y les damos unas gotas de haloperidol? O los tratamos con los antipsicóticos de primera elección que son los atípicos.

Por último, aunque se podrían poner más ejemplos, llegamos a los médicos de familia ¿Vamos a tener que darle un visado cada vez que se encuentre con un trastorno de personalidad borderline, con un problema de alcohol o una violencia doméstica? ¿Un posquirúrgico, un terminal, un antisocial? ¿Un problema de heroína en un domicilio o en la consulta? ¿Qué hace un médico de atención primaria, que se encuentra con los cuadros de agitación, confusional, comportamental, alucinatorio, hostilidad o incluso agresividad? ¿Cómo resolverlo? Deberá utilizar antipsicóticos y lógicamente deberá empezar por aquellos que son los de primera elección, otra cosa parece ilógica.

Los visados: contención del gasto o calidad asistencial

Mis conclusiones personales:

- a** Es una medida exclusiva para la contención del gasto, mediante "controles" burocráticos
- b** No veo la más mínima intención en la mejora de la calidad asistencial
- c** Es una diferencia y una dificultad más en una persona ya estigmatizada y con poca adherencia terapéutica

son mucho más genéricos, por lo tanto, es difícil que hablemos de indicaciones concretas. Es decir, hablar de una indicación precisa es algo que no entra dentro del concepto del psiquiatra. Nosotros entendemos que un antipsicótico se utiliza para la esquizofrenia y todo lo que va alre-

una medida exclusivamente para control del gasto mediante barreras burocráticas. No veo la más mínima intención en la mejoría de la calidad asistencial. Y lo más grave, es una diferencia y una dificultad más en una persona ya estigmatizada y con poca adherencia terapéutica. ■



LA PRESCRIPCIÓN DE FÁRMACOS: HISTORIA DE UNA IMPERFECCIÓN

El visado es la historia de una imperfección. Se trata de una medida que tiene bastantes años de vigencia pero que durante este tiempo no ha sido motivo de especial conflicto. Sin embargo, esto no quiere decir que haya sido bien recibido por los médicos de

En cualquier caso, hay que partir de la consideración de que el visado es una herramienta, no es un fin, es una herramienta destinada a resolver la prescripción de fármacos.

A la hora de plantear el debate sobre los visados, creo que hay cinco acto-



Asensio López
Vicepresidente de semFYC

La administración sanitaria

- La importancia de la protección de la salud de los usuarios
- El valor secundario de su carga monetaria
- Las medidas parciales de racionalización del gasto en farmacia
- La ausencia de alternativas en prescripción
- La falta de "control/influencia" sobre los profesionales

familia ni por los usuarios del sistema sanitario, sino que simplemente nos hemos ido adaptando a su existencia. Porque, desde el inicio de su aplicación, el visado ha sido para los médicos de familia una herramienta de gestión que ha generado malestar. Se ha entendido que se trataba de un procedimiento para controlar el gasto, recubierto de una supuesta intención de mejorar la prescripción. Y por otra parte, para los pacientes se ha tratado de una medida para controlar el gasto que les origina, cuando menos molestias y pérdidas de su tiempo, cuando no problemas de accesibilidad al recurso que se les ofrece; pues el visado se ha convertido en una barrera que dificulta el acceso al producto. A pesar de todo ello, ni médicos de atención Primaria ni usuarios apenas han expresado su opinión adversa ante los visados, y esto ha permitido su larga trayectoria.

res diferenciados: la administración sanitaria, los profesionales, las sociedades científicas, los pacientes y la industria.

La Administración sanitaria, y esta es una de las cosas que más sorprenden, tiene un doble discurso, lo que provoca especial desconcierto y preocupación entre los profesionales. Por un lado, se habla de la protección de la salud de los usuarios y luego, sólo en algunos ámbitos con mayor transparencia, se habla del aspecto económico, del valor del visado como controlador del gasto. Esto nos permite comprobar como el visado no es que vaya destinado a resolver los problemas de los usuarios, sino que se trata de una medida adoptada cuando hay un exceso de gasto.

En segundo término es frecuente escuchar como los profesionales adop-

tamos la bandera de la independencia de criterio con relación a la prescripción de fármacos: "mire usted, deme todo, deje a mi alcance todo los recursos farmacológicos, que yo decido; pues yo ya sé lo que tengo que hacer". Y además, convertimos este planteamiento en uno de los argumentos fuertes de nuestra independencia y en ocasiones lo utilizamos como un recurso para la confrontación con la administración y alianza con los usuarios. Por supuesto que lo que nos interesa son nuestros pacientes, que siempre hacemos lo que es mejor para ellos. Sin embargo, todavía nos encontramos inmersos en un modelo de relación, con la administración y con los pacientes, en el que nos crea mucha incertidumbre que se evalúe nuestro propio trabajo. Esto puede representar una paradoja si tenemos en cuenta la afirmación mantenida, ya

■
La Administración sanitaria tiene un doble discurso, lo que provoca especial desconcierto y preocupación entre los profesionales
■

Las sociedades científicas

- La carencia de respuestas con suficiente evidencia científica
- La carencia de alternativas y de prioridades en la indicación terapéutica
- La defensa de los intereses colectivos
- La escasa participación en estudios e investigaciones independientes
- La desconfianza ante las administraciones públicas

modelos de gestión unidireccionales y una inversión crónica deficiente, han provocado el distanciamiento progresivo con los ideales de los administradores. De ello se deriva una mayor dificultad a la hora de compartir y aceptar iniciativas de regulación como los visados, que además son planteadas de manera confusa por la administración. Aparentando objetivos en salud cuando realmente se trata de herramientas para el control del gasto.

Otro de los actores son las sociedades científicas. Existe una verdadera carencia de respuestas a los problemas de salud que dispongan de suficiente evidencia científica. Es decir, tenemos muy pocas investigaciones independientes que estén evaluando lo que pasa con nuestra calidad de intervención. Y esto supone un menoscabo gravísimo a la hora de dar recomendaciones. A esta situación debemos añadir que muchas de las actividades de evaluación e investigación que se realizan han de realizarse con la contribución de la industria farmacéutica, auténtico protagonista en la inversión en investigación en salud. El resultado es que no resulta fácil diseñar y realizar estudios de capaces de evaluar las alternativas terapéuticas a las ya existentes. Por consiguiente, las sociedades científicas tenemos pocas oportunidades de participar en estudios e investigaciones independientes, lo que genera dificultades a la

Otro aspecto importante que influye en la actitud de los profesionales ante las medidas de regulación del gasto en farmacia es la falta de compromiso con los patronos

que si en mi labor como profesional hago lo mejor posible, no me tendría que preocupar tanto una evaluación de mi trabajo.

nimiento. Sin embargo, la ausencia de iniciativas de compromiso con los recursos humanos, la imposición de

Hay que añadir otro aspecto importante que influye en la actitud de los profesionales ante las medidas de regulación, siempre parciales, del gasto en farmacia, la ausencia cada vez mayor de compromiso con los "patronos". Esta situación se está experimentando especialmente en Atención Primaria como consecuencia del deterioro progresivo en la motivación que sucede en los profesionales. La Atención Primaria nace hace 20 años con una implicación muy intensa con el sistema sanitario de un importante número de médicos de familia. En ellos cala la idea de compartir un modelo sanitario integral y público, y adquieren un compromiso para su desarrollo y mante-

Los profesionales

- La independencia de criterio
- El interés por mejorar la salud de los pacientes
- El incertidumbre ante la evaluación de resultados
- La ausencia de compromiso con los "patronos"
- La presión de la "información" científica

Las sociedades científicas tenemos pocas oportunidades de participar en estudios independientes, lo que dificulta aportar alternativas con evidencia científica

hora de aportar alternativas con evidencia científica a las ya conocidas. Alternativas tanto en efectividad de las intervenciones como en su eficiencia y coste resultados. Es por ello que las sociedades científicas interpretan que los visados están carentes de ninguna fundamentación científica y que se trata de simples medidas de ahorro, sin valorar las posibles consecuencias en salud para la población. En definitiva, son herramientas que despiertan desconfianza en

nales de la salud. En la búsqueda del mejor estado de salud, el usuario del sistema empieza a ser cada vez más exigente en demandar los derechos que le amparan: calidad científico-técnica, trato humano y organización eficiente, según sus necesidades. Ante la ausencia de las respuestas adecuadas, comienza a mostrar su insatisfacción, siendo las barreras burocráticas una de las cuestiones que más le incomodan.

comienza a generalizarse entre una parte de la población: nos encontramos ante la "fantasía social" de la receta sin esfuerzo, la receta capaz de resolver todos los problemas de salud. Este modelo de entender la salud y la enfermedad, ha sido potenciado y fomentado por nuestro modelo social y del que los profesionales no nos hemos ocupado en cambiar. Es muy reciente la actitud de los profesionales de promover entre la población estilos de vida alternativos basados en la autorresponsabilidad en su salud y en la aceptación de que no tenemos respuestas para todos los problemas de salud. En este contexto, los visados generan entre los ciudadanos molestias e insatisfacciones no bien entendidas.

En cuanto a la industria, y esto creo que es un reconocimiento general, está llevando la iniciativa en el mercado de la innovación, haciendo grandes aportaciones en salud. Pero nos encontramos ante un problema porque son los que disponen del poder para generar los resultados en investigación. Y las variables de investigación suelen ser elegidas por sus intereses. Las investigaciones están hechas desde la perspectiva positiva, pero muy poco desde los efectos secundarios, o la parte negativa que pueda genera cada uno de sus productos.

A esto hay que añadir que el objetivo principal de la industria son los profesionales. Una vez que está aprobado un producto, la herramienta de seducción y la información son una constante. Aunque por todos es ya reconocido el cambio de orientación de los últimos años, prestando mucha más atención a los pacientes, identificándolos como potenciales consumidores de los bienes en salud. Para alcanzar estos objetivos despliegan permanentes alianzas con las asociaciones de los usuarios y consumidores.

Es fácil concluir que la industria es la que tiene un verdadero poder y no duda en utilizarlo en su beneficio, que no siempre tiene por qué coincidir con el beneficio de la colectividad, que es distinto a los beneficios de cada uno de los individuos. La in-

Los pacientes / usuarios / consumidores

- La necesidad de recuperar sus capacidades vitales
- La insatisfacción ante las barreras e incomodidades del sistema sanitario
- La falta de comunicación con los profesionales
- El "glamour" de los bienes de consumo
- La "fantasía social" de las recetas sin esfuerzo

cuanto a su consistencia y rigor y malestar porque cercenan y ponen trabas al desarrollo profesional de los profesionales, en especial de los médicos familia.

El siguiente protagonista es el paciente, usuario o consumidor que, por supuesto, lo que quiere es recuperar su capacidad vital, encontrarse lo mejor posible. Y esta es la gran responsabilidad que debe tener con él el sistema sanitario y los profesio-

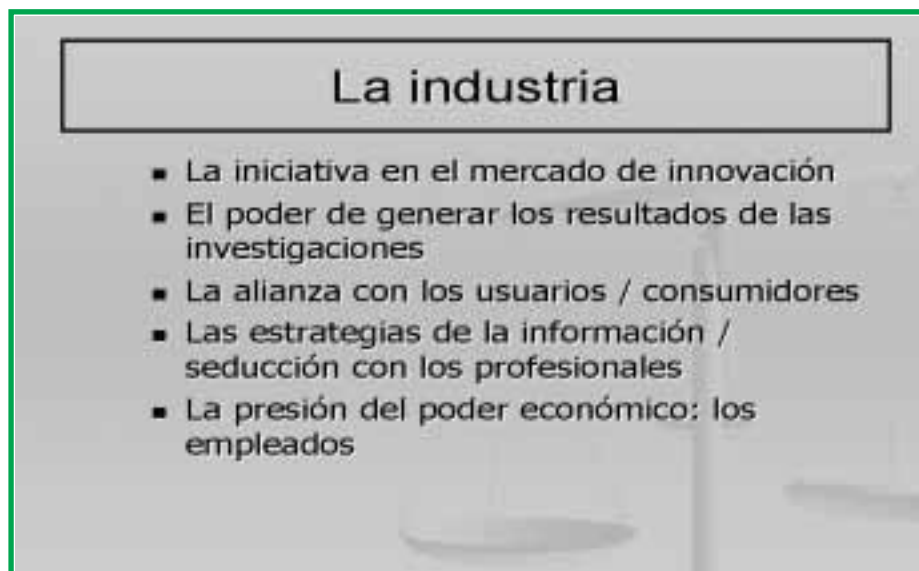
Pero en este escenario hay que añadir otra variable, propia de nuestro tiempo, y que se entiende como el "glamour de los bienes de consumo": Hay un mensaje que los usuarios comienzan a recibir: "tú puedes elegir, elige lo mejor"; como si la capacidad de prescripción médica, de prescripción de un fármaco, de resolución de un problema está en lo que el consumidor decide cuando compra un paquete de detergente. Además, hay que incorporar una constante que

dustria utiliza todos sus recursos para conseguir que la organización de la sociedad no le genere perjuicios, esencialmente económicos. Siempre le interesará un modelo sanitario que facilite los mayores beneficios, y por ello pugnará en el marco lícito que

Nos encontramos en un marco con demasiadas incertidumbres, demasiadas amenazas, demasiados intereses.

¿En todo esto, qué papel hacen los visados? Pues algo más dentro de esa imperfección que tenemos en lo que

- La toma de decisiones debe basarse en evidencias científicas independientes,
- Debemos tener estudios en contextos comunitarios reales, como en pacientes, polimedificados,
- Hay que incorporar criterios de coste eficiencia, coste utilidad y coste efectividad,
- Se requieren estudios de evaluación de las nuevas tecnologías, incluidos los fármacos, porque generan un coste económico, pero, sobre todo, porque tienen un riesgo de presentar efectos secundarios,
- Hay que orientar a los profesionales mediante Guía clínicas independientes



Además, una visión global de la prescripción debe tener en cuenta también otros aspectos como la existencia de un compromiso real de los profesionales con el sistema público, incorporar el factor humano basado en el liderazgo y la motivación, desarrollar políticas coherentes, garantizar un crecimiento racional del sistema, crear un escenario de previsibilidad para la industria y hacer participar a los ciudadanos en las decisiones sobre su salud.

le marquen las leyes de cada estado. Por tanto, cualquier regulación le producirá desajustes pues irá contra su objetivo de máxima expansión. En consecuencia, es de esperar que mantenga una postura de oposición a los visados, porque va a limitar su capacidad de obtener beneficios. Y para conseguir sus objetivos utilizará todo su discurso de poder, sea o no sea lícito, sea o no sea verdad.

sería la política de farmacia. Es un matiz más, que en este momento, por una situación de conflicto económico, fundamentalmente, y también de conflicto del profesional en la toma de decisiones, ha empezado a plantearse de forma más contundente.

En este contexto global, lo que parece claro es que regular la comercialización de fármacos es imprescindible, porque el sistema, si no se hace, tiene un gasto exponencial que es imposible de controlar. Porque la calidad de la prescripción no siempre está asegurada y garantizada. Porque el médico, como profesional hace lo que mejor le parece, que no siempre quiere decir que sea lo que mejor que puede o debe hacer, pues en demasiadas ocasiones nos falta información.

El planteamiento de semFYC es que tenemos que abordar el problema globalmente, no vale simplemente centrarnos en los visados. Defendemos la tesis de que el visado tendrá que desaparecer. Tendrá que quedar integrado en un modelo global de prescripción, en el que se contemplan la calidad, los resultados en salud, la evaluación permanente, la incorporación equilibrada de los resultados en innovación y la eficiencia para el sistema.

Desde nuestra perspectiva deben contemplar una serie de conceptos:

- La prescripción de fármaco es una parte de la indicación terapéutica,

Y ahora, ¿qué hacemos con los visados? Creo que las Administraciones deben ser honestas y clarificar para lo que se utilizan. ¿Es por dinero? Pues es por dinero. ¿Es por calidad? Pues demuéstreme por qué es por calidad. Pero esto debe ser claro, de cara al profesional y para el resto del sistema. Los pacientes también deben saber a qué atenerse y hay que procurar no generar insatisfacción entre ellos. Si tenemos que resolver el visado, hagámoslo en seis horas, pero no en tres días. Tomemos las medidas al principio de la comercialización del producto, evitando soliviantar a los profesionales con medidas irracionales y justificaciones clínicas absurdas. ■

LOS PACIENTES, PROTAGONISTAS TAMBIÉN EN LAS DECISIONES SOBRE AHORRO

Desde la perspectiva de la inmensa mayoría de los enfermos reumáticos el tema de los visados para fármacos muy habituales en el tratamiento de sus procesos es, cuanto menos, sorprendente.

A los enfermos en general les llegan noticias que envían el mensaje inequívoco de que el aumento del gasto farmacéutico es la piedra filosofal sobre la que gravita la problemática del mantenimiento de la sanidad pública que, como un tesoro, con un valor incalculable, tenemos en España.

Parece que en relación con el gasto farmacéutico hay dos responsables principales: los enfermos que sólo quieren recetas y los médicos que no cumplen sus responsabilidades

Sin llegar a utilizar el término de "culpables", parece que hay dos responsables principales en todo este tema: los enfermos en sus demandas, sólo quieren recetas; y los médicos que no cumplen sus responsabilidades. Desde luego, los enfermos, como los médicos, saben que esto no es así, y que el coste de sanidad tiene múltiples

apartados. Uno de ellos es, sin duda, el coste farmacéutico pero no es el único ni, quizás, el más trascendente.

Por ejemplo, ¿Qué significan las enfermedades reumáticas en España? Afectan del 25% al 30% de la población general. Ocasionan entre el 10% y el 15% de las consultas de Atención Primaria. Ocasionan un 10% de las urgencias atendidas en hospitales. Producen el 15,5% de las incapacidades temporales y, desde luego, son las que tienen mayor duración. Son la primera causa de incapacidad permanente, parcial, total o absoluta. Y patologías que no se consideran muy graves, como la artrosis, la lumbalgia y el reumatismo de partes blandas son las causas más frecuentes de esta alta morbilidad. La prominencia de la artrosis, que es la más elevada, en la población de más de 65 años alcanza desde un 60% a un 80%, a medida que va avanzando la edad. Otro dato, el 30% de las mujeres en España que son menopáusicas padecen osteoporosis y cada año se producen 30.000 fracturas de cadera, 60.000



Javier Paulino
Presidente de CONFEPAR*

fracturas vertebrales, y 25.000 de muñecas, con las consecuencias correspondientes.

La edad y el sexo son factores importantes en estas patologías y en sus consecuencias. ¿Qué significa en España tener más de 60 años y ser mujer? Pues, que la pirámide demográfica, como todos sabemos, nos sitúa dentro de muy pocos años a la cabeza del ranking de los países más envejecidos y, por tanto, con mayor incidencia de este tipo de patologías. De forma que el 43% de los ciudadanos tendrán más de 60 años, y se calcula que en los próximos 25 años, 25 años que no es nada, el número de mujeres doblará el de varones en

DATOS SOBRE ENF REUMATICAS EN ESPAÑA

- 1. Afectan del 25 - 30% de la población general.
- 2. Ocasionan entre el 10 - 15 % de las consultas de Atención Primaria.
- 3. Ocasionan el 10% de las Urgencias atendidas en Hospitales.
- 4. Producen el 15.5% de las Incapacidades temporales.
- 5. Son la primera causa de incapacidad permanente, el 26% del total.
- 6. Artrosis, lumbalgia y reumatismo de partes blandas, son las causas más frecuentes de esta alta morbilidad.
- 7. La prevalencia de la artrosis es la más elevada y en la población de más de 65 años, alcanza del 60-80% cuando la edad va avanzando.
- 8. Unos 3 millones de personas padecen osteoporosis, el 30% de las mujeres son menopausicas y cada año se producen 30.000 fracturas de cadera, 60.000 fracturas vertebrales y 25.000 de muñeca-consecuencias.

IMPACTO DEL CONSUMO DE AINES EN LA POBLACIÓN GENERAL ESPAÑOLA: RESULTADOS DEL ESTUDIO EPISER 2000 (SER)

- 1. Prevalencia de consumo de AINES al menos un mes en el año precedente fue del 20,6% (6 millones de personas).
- 2. Prevalencia de efectos secundarios gastrointestinales 23,7% (1.5 millones de personas).
- 3. Exceso de consultas por los efectos secundarios, medio millón.
- 4. Prescripción de terapia gastroprotectora, medio millón.
- 5. Los AINE son responsables del 40% de ingresos hospitalarios por sangrado gastro-duodenal.

estos segmentos de edad. Todo ello conllevará unas consecuencias económicas y sociales de primer orden,

los AINES eran responsables del 40% de los ingresos hospitalarios por sangrado gastroduodenal.

El coste de la sanidad tiene múltiples apartados y el farmacéutico no es el único ni, quizás, el más trascendente

habrá, por ejemplo, dos trabajadores activos por cada jubilado.

Los medicamentos antiinflamatorios no esteroideos, conocidos como AINES, son los fármacos que se utilizan mayoritariamente para mejorar los síntomas, especialmente el dolor, de las enfermedades reumáticas. Un estudio epidemiológico de la Sociedad Española de Reumatología, el EPISER 2000, recoge datos de utilización de estos medicamentos; Según este estudio, la prevalencia de consumo de ellos al menos un mes en el año precedente fue del 20,6%, que significa unos seis millones de personas. La prevalencia de efectos secundarios gastrointestinales era del 23,7%; es decir, 1,5 millones de personas. El exceso de consultas por los efectos secundarios era de medio millón; la prescripción de la terapia gastroprotectora, que también se hace con poco criterio, era de medio millón; y

En un momento determinado, aparecen en el mercado unos nuevos antiinflamatorios que tienen un efecto similar a los anteriores (en ningún momento te llega la información de que son más eficaces) pero que son mejor tolerados y, desde ese punto de vista, en una patología tan ausente de novedades como es la reumatología, esto se acoge como una auténtica innovación.

Además, en un acto propio de una sociedad de mercado, se le da una

publicidad tremenda y crea una expectativa enorme en los pacientes. No obstante, para definir las normas de correcta utilización de los Coxibs, se reúnen un grupo de expertos, de la Sociedad Española de Reumatología, la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, el Instituto de Salud Carlos III, y la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios.

Las indicaciones de estos expertos sugieren el tratamiento con los Coxibs para personas mayores de 60 o 65 años, y con algún factor de riesgo. Claro, eso en nuestro país, son muchas miles de personas y, en un momento determinado, se percibe por la Administración que se está produciendo un gasto mayor de lo previsto con ese tipo de fármacos. Pero en lugar de analizar la situación y buscar una solución, imponen una normativa que, puede ser que busque algo relacionado con la calidad, pero, desde luego, lo que predomina en ella el punto de vista económico.

Entre las peticiones de los pacientes que más se puntuaron, en el último congreso de la Liga Reumatológica Española celebrado en Madrid, no aparecía ninguna relacionada con los medicamentos. Es decir, a veces se lanzan mensajes que no se ajustan a la realidad. Sus principales peticiones fueron: tratamiento con rehabilitación inmediata, continua y próxima, incluyendo los balnearios; atención especializada sin dilaciones; mayor protagonismo de los enfermos en el control de la calidad asistencial; y equipos multidisciplinares

Las enfermedades reumáticas ocasionan entre el 10% y el 15% de las consultas de Atención primaria y el 10% de las urgencias atendidas en los hospitales



para atención integral de sus problemas. Insisto, en ningún lado aparece petición de medicamentos.

Es muy importante tener en cuenta que este tipo de movimientos no sólo quiere una acción reivindicativa sino que, tan importante como esa o más, es la de querer actuar como colaboradores. La idea pues, es que pacientes, Administración y profesionales sanitarios tienen que ocupar el mismo lugar en la toma de decisiones.

Y en esta misma línea también podemos hablar de que los pacientes deben participar en unos cambios asistenciales que, sin duda, van a ser necesarios. ¿Qué va a pasar con las personas mayores? Cada vez son más, son las que seguramente consumen más recursos sanitarios. Quizás habrá que inventar otra forma de

La idea es que pacientes, Administración y profesionales sanitarios tienen que ocupar el mismo lugar en la toma de decisiones

atenderlos, que no tengan que ir al hospital, que hagan más ejercicio. Claro que habrá que buscar alternativas. Pero de eso saben mucho los interesados, de qué es lo que quieren y lo que más les hace falta. Y por ello, deben de participar en decisiones que tengan que ver con el ahorro. Por cierto, alguien se ha parado a pensar cuánto ahorran las asociaciones a la Administración, qué papel real tienen esas asociaciones que atienden, que informan, que edu-

can, que ayudan, que van, que vienen, que los traen, que los llevan. ¿Cuánto cuesta eso, que lo hacen gratuitamente? ¿Por qué no se les ayuda más? ¿Por qué tenemos que estar siempre mendigando, mendigando una ayuda económica?

En resumen, creo que aumentar la información y participación del paciente es la mejor fórmula de farmacoeconomía, de mejorar la calidad de vida. ■

* Confederación Española de Pacientes Reumáticos.

Jesús Honorato:

Creo que tras estas exposiciones estamos en condiciones de comenzar el debate en el que espero que entremos en profundidad en todos los aspectos de lo que aquí se ha hablado. Como ya comenté al inicio de la reunión, en este debate vamos a contar con la participación de Santos Yuste, nuevo presidente de la Liga Reumatológica Española (LIRE).

Fernando García Alonso:

En primer lugar, quiero señalar que, desde mi punto de vista, aquí se han planteado algunas cuestiones de una forma demasiado simplista. A menudo, desde el Ministerio hemos tenido que hacer frente a noticias, basadas en estudios, que plantean cosas como que el 50% de los ingresos hospitalarios se deben a efectos adversos de los medicamentos; que la aspirina mata en España a 36 pacientes o, como el que se ha planteado aquí, que el visado a los COX-2 en España causa 900 muertes. Creo que se entra en una línea de simplificación que produce una situación de alarma innecesaria.

Estoy seguro de que las cosas son mucho más complicadas y que los diferentes estudios que se utilizan para sacar esas conclusiones deben verse en su totalidad y analizar sus resultados de forma global. Ya he comentado que el visado quizás deba sustituirse por otro tipo de medidas y que puede ser un problema, pero desde luego no de esa magnitud. El visado no ha causado ningún muerto.

Gonzalo Hernández:

Yo no he dicho en ningún momento que debido al visado haya habido muertes. Lo que ocurre es que desde que a los COX-2 se les somete al visado, hemos intentado demostrar cuál es su verdadero valor terapéutico.



Lo primero que hacemos es analizar todos los estudios y bases de datos que hay sobre estos temas. Como por ejemplo, cuál es la situación en España respecto a las hemorragias gastrointestinales. Muchísima de ellas son debidas y están relacionadas con el consumo de antiinflamatorios no esteroideos, y eso está publicado en montones de estudios. Por ejemplo, Joan Ramón Laporte hizo un estudio antes de la época de los COX-2, valorando cuál es la incidencia de las hemorragias gastrointestinales, la muerte por hemorragias gastrointestinales debido a los antiinflamatorios no esteroideos.

Lo que nosotros hemos estudiado es cuál es la situación gastrolesiva que tienen los COX-2, algo lícito y lógico si queremos ver cuál es el valor del medicamento respecto a otros que

son más gastrolesivos. Además, sólo demostrando el valor terapéutico de un producto puedes valorar luego su valor farmacoeconómico.

Javier Paulino:

La percepción que se tiene desde las asociaciones de pacientes, y también desde los médicos, es que el problema de algo tan importante como es el mantenimiento de nuestro sistema sanitario, se está centrando de una manera excesiva en el coste de la farmacia. Creo que no es un planteamiento acertado porque hay un montón de factores más que influyen, que son determinantes en ese coste y sobre todo en la calidad. Lo que ocurre es que el coste de los medicamentos es muy fácilmente medible. Sin embargo, yo estoy con-

Sólo demostrando el valor terapéutico de un producto puedes valorar luego el farmacoeconómico

vencido de que una buena asistencia lleva un coste menor.

Emili Esteve:

Mi impresión personal es que en el mundo del medicamento todo está muy aquilatado, todo está muy definido. Se sabe como funciona la investigación, los ensayos clínicos, las normas de correcta fabricación, como funciona el registro, los precios y la financiación. De manera que en casi todos los países hay importantes garantías, tanto por parte de la Administración, como por parte de los administrados. Pero llega el visado y llega

■

¿Se ha valorado suficientemente la disminución del gasto farmacéutico que provocará el visado con el incremento del gasto sanitario y la disminución de la calidad asistencial?

■

de repente, sin predictibilidad, sin demasiada potencia en la evaluación.

Por lo tanto, el visado, desde mi punto de vista, es una medida demasiado incisiva para lo poco predecible y reglamentada que está. Porque, ¿se ha valorado suficientemente la disminución del gasto farmacéutico que provocará el visado con el incremento del gasto sanitario y la disminución de la calidad asistencial? ¿Cuál es la forma de hacerlo? ¿Quién lo hace y por qué lo hace?

F. G. Alonso:

Es importante recordar que el 90% de los visados son de diagnóstico hospitalario. Eso es muy importante

entenderlo para ver el origen del problema. Yo creo, sinceramente, que si no hubiera habido visado para los COX-2, ni hubiera habido visado para los antipsicóticos atípicos en Andalucía, ni la propuesta en el País Vasco para los inhibidores de la bomba de protones, me parece que no estaríamos aquí ahora. Son los tres temas que han causado conflicto, porque hasta ese momento, no se vivía como tal.

J. Honorato:

Me parece que los dos aspectos más conflictivos del visado son, por un lado el carácter impositivo, y creo que esto es determinante, y por otro la diferente actuación de las comunidades autónomas. Entonces mi pregunta es ¿hasta qué punto la Ley de Calidad y Cohesión del Sistema Sanitario puede evitar esa discrepancia entre las comunidades autónomas? y ¿por qué son esas discrepancias? Sinceramente, no creo que haya posibilidad de sostener que sean de carácter técnico; es decir, me parece que son únicamente de carácter político.

F. G. Alonso:

Creo que la solución es que nos pongamos de acuerdo en la forma de hacerlo. Yo al visado le veo un gran problema, es un problema casi psicológico. Es decir, el visado lo que está es quitándole la responsabilidad al médico prescriptor, y poniéndosela a una segunda persona. Y eso es malo, porque no contribuye a que la gente reme toda en al misma dirección, ya que el médico puede tener una actitud reactiva. Pero, por otro lado, quién hace esta medida impositiva no lo hace porque sea perverso, lo hace, digámoslo con claridad, porque por una parte el prescriptor y por otra parte las compañías farmacéuticas, tienen comportamientos o conductas que no son perfectas.

Si se produce una desviación, el responsable de la gestión tiene que hacer algo. Si a ti te dan un presupuesto y se te acaba, ¿qué haces? Tú tienes un conflicto y has de resolverlo.

José Ramón Vizoso:

Efectivamente las comunidades son las responsables de la gestión de la prestación farmacéutica. Cada comunidad asigna un presupuesto para dicha prestación dentro de su presupuesto global, y si este no se cumple redundará en una disminución de los recursos disponibles para otras actividades. Con esto lo que quiero decir es que cualquier desviación sobre la partida presupuestaria asignada a prestación farmacéutica, tiene un coste de oportunidad para el resto de servicios públicos de la comunidad.

En otro orden de cosas y en relación con la pregunta del Dr. Paulino sobre si estaba evaluada la calidad en relación con el visado y, concretamente, a los COX-2, quería decir que, en el momento en el que se pone visado a un medicamento, lo que se hace es aplicar unos criterios que están perfectamente estructurados, siguiendo las recomendaciones de utilización dadas por la propia sociedad científica. La calidad está garantizada por el simple motivo de que no se hace nada que no esté perfectamente estudiado.

Por otra parte, y esto creo que es indiscutible, es que hay que ponerse de acuerdo con todas las comunidades para evitar diferencias. Está claro, no se puede potenciar la desigualdad, pero para eso hay muchos mecanismos, para eso está el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Aunque creo, que cada administración debe tener una cierta capacidad de gestión.

■

El visado está quitándole la responsabilidad al médico prescriptor y poniéndosela a una segunda persona

■



Asensio López:

Me gustaría plantear algunas cuestiones: ¿cuántos profesionales médicos españoles están, estamos, comprometidos con la calidad eficiente de la prescripción? ¿Cuánta gente está dispuesta a hacerlo mejor, pero ahorrando para el sistema? No muchos. Pero ¿por qué? Da la sensación que nuestra Administración nos dice que tenemos que hacer un compromiso con la calidad, pero, realmente, el que genera el gasto no tiene el compromiso. Quizás algo más en Atención Primaria, pero bastante menos en los otros niveles asistenciales. Sin duda tenemos que velar para que sea sostenible el sistema y, sin duda, el prescriptor es el que tiene el compromiso mayor con lo que le diga su organización; pero como no haya un nivel de sintonía, nunca se conseguirá.

Otra cuestión es ¿cuántos profesionales estamos dispuestos a que se nos evalúe nuestra calidad asistencial, puramente asistencial? ¿Cuáles son los indicadores de calidad que tenemos? No tenemos indicadores de calidad. Entonces, ¿estamos dispuestos a buscarlos? A veces sí, pero a veces no tanto; es decir, estamos en un mundo de bastante incertidumbre. Y en este escenario, es importante que en cada momento quede claro qué objetivo tiene el visado y para qué se utiliza. Porque si

Es importante que en cada momento quede claro qué objetivo tiene el visado y para qué se utiliza, porque si no, el que tiene que prescribir se desviará sencillamente porque le molesta

no, el que tiene que prescribir se desviará sencillamente porque le está molestando.

F. G. Alonso:

En este punto a mí me gustaría hacer una reflexión. La prestación farmacéutica de nuestro Sistema Nacional de Salud probablemente es la mejor del mundo. Y en qué me baso para hacer esta afirmación. En España, todos los medicamentos autorizados se incorporan sistemática y automáticamente a la prestación farmacéutica y el copago global no llega al 8%. No hay ningún país del mundo que tenga un copago global de esas características.

Es posible que las medidas que estamos promoviendo desde diversas administraciones para mantener esto estén equivocadas, sean erráticas; hay muchas críticas posibles. Pero el hecho objetivo es que entre todos

nos hemos dado este sistema, en el que, por cierto, es rarísimo que exista un problema de calidad con los medicamentos.

Quería hacer esta reflexión porque, a veces, si centramos la atención en unos problemas concretos, puede parecer que estamos en situación precatastrófica. Y, realmente, pienso que no es así.

A. López:

Creo que nadie cuestiona la bondad del sistema que tenemos y su capacidad terapéutica.

Los problemas que tiene son fundamentalmente económicos y, por tanto, las respuestas deben ser integrales, no lineales. Y creo que nos haríamos un flaco favor si nos quedáramos en la autosatisfacción.

E. Esteve:

Coincido en que tenemos un sistema muy bueno, pero por eso mismo tenemos que tratar de mejorarlo. Me gustaría hacer un comentario a la exposición que ha hecho el Doctor Giner. Los antipsicóticos atípicos son, con diferencia, mucho mejores que los clásicos. Por lo tanto, la reacción del sistema de ponerle un visado no parece que vaya a una línea de mejorar la calidad.

Si queremos tener innovaciones en el mercado y tener mejores productos, tendríamos que plantear probablemente tres líneas de actuación. La primera es tener más dinero para la salud. La segunda, más formación para los médicos. Y la tercera, menos despilfarro. Pero creo que los visados tienen un gran defecto: son un "cerrojazo" a este tipo de medicamentos innovadores.



José Giner:

Hablando de innovación, voy a poner un ejemplo que creo resultará muy gráfico. Para mí, el haloperidol es como aquellos zapatos Segarra de mis tiempos; uno se los ponía, y eran efectivos. Es decir, normalizaban el pie; aquello no había quien los rompiera. Realmente, los antipsicóticos atípicos son tan eficaces como el haloperidol; no han mostrado nunca ser más eficaces. Eso sí, todos ellos muestran muchísimo menos efectos secundarios, se han mostrado más efectivos. Digamos que la cuestión es que ya no hay quien se ponga unos zapatos Segarra. Eran mucho más baratos, y eran para toda la vida, pero ¿quién se los pone ahora? Eran magníficos, irrompibles, pero deformantes de los pies. Ahora mismo, utilizar haloperidol es utilizar zapatos Segarra. Actualmente, en cualquier país que se pueda, el antipsicótico atípico es la primera opción. Ahora, busquemos lo más barato dentro de lo posible, de la comodidad, de los mínimos efectos secundarios, la eficiencia. Esa mentalidad, no lo tiene suficientemente arraigada el médico, todavía no tiene ese compromiso con la Administración. Es verdad que es una asignatura pendiente, que de alguna forma hay que ir cursándola

F. G. Alonso:

Yo no voy a defender a las autoridades andaluzas, porque no me corresponde. Pero creo que cuando alguien toma una medida no es por maldad o por absoluta ignorancia. Creo que en caso de los antipsicóticos atípicos el problema en Andalucía es la utilización de ese producto fuera de sus indicaciones.

Si nos ponemos en la perspectiva de la Junta de Andalucía, creo que ellos temen que sea un agujero en la bañera por el cual se les vaya el agua. Es decir, un medicamento prácticamente gratuito para la mayoría de los pacientes y que tiene una panoplia tremenda de indicaciones potenciales, pues hay que reconocer que potencialmente es una fuente de despilfarro. De ahí, creo, el temor de las autoridades andaluzas.



Santos Yuste
Presidente LIRE*

J. Honorato:

Me ha llamado mucho la atención lo que ha comentado el Dr. Giner sobre la posibilidad de que pacientes con una esquizofrenia, es decir, pacientes para los que está verdaderamente indicado el tratamiento tengan un lapso de tiempo durante el cual no pueden empezar.

Y mi pregunta es si este retraso en los tratamientos se da en otro tipo de enfermedades o no.

J. Paulino:

Desde luego en el ámbito de las enfermedades reumáticas, hay mucha disparidad. Pero lo habitual es que se tarde, entre que se pide el informe al especialista y te dan cita para el acto administrativo...

De todas formas, me gustaría que Santos Yuste nos dé su opinión sobre la imposibilidad de acceder a un tratamiento con un fármaco que tiene mejor tolerancia, hablo de los COX-2, porque padece una espondilitis anquilosante y, aunque se muestra eficaz, esa indicación no figura entre las aprobadas por Sanidad.

Santos Yuste:

Sí efectivamente, creo que es muy importante el hecho de que por el visado, por un mecanismo que finalmente es de control del gasto, se

obliga al profesional a mentir sobre la patología que padece su paciente y, además, a incluir en la historia clínica algo que no es verdad. Realmente es un tema que a los pacientes no nos gusta nada y, en muchos casos, nos da miedo.

Es difícil entender por qué en la historia clínica de un paciente que tiene espondilitis tiene que poner que su patología es artritis para poder acceder a un tratamiento que es eficaz, que tolera mejor, que solamente tienen que tomar una pastilla en lugar de tres o cuatro, y que, sobre todo, su médico considera el adecuado. Sinceramente, pienso que es una situación grave y que, además, está ocurriendo con bastante asiduidad.

A. López:

El problema de las enfermedades reumáticas es que a veces tardamos mucho tiempo en conseguir un diagnóstico. Pero en otro orden de cosas, en lo que creo que hay que ser categórico es que un médico que crea que un paciente necesita la indicación de un fármaco con visado y no se lo haga, es un irresponsable. No cuentan burocracias, 60 pacientes en consulta; eso no se puede admitir.

■
Los visados tienen un gran defecto: son un cerrojazo a los medicamentos innovadores
■

A mí me parece interesante el argumento de Fernando García Alonso, pero también podemos utilizarlo a la inversa. No son unos malvados en la Junta de Andalucía por perseguir a los psiquiatras o los prescriptores de antipsicóticos de nuevas generaciones, no. Pero muchos de los psiquiatras y muchos de los médicos de fa-

milia que seguro que lo están utilizando, tampoco tienen en su ánimo la búsqueda de otros intereses que no sean los de ofrecer la mejor asistencia posible a su paciente.

J. Giner:

Coincido en que hay problema de desviaciones. Pero también es verdad que hay una desproporción en el precio y que no todos los antipsicóticos atípicos tienen un precio similar. Hay alguno que el precio se dispara por los motivos que fuese. También es verdad que hay unos laboratorios que son más agresivos que otros. Pero claro, uno no está dentro de las políticas sanitarias para saber qué es lo que ha pasado y al final, quien sale perdiendo no son los psiquiatras, sale perdiendo siempre el mismo: el enfermo y los familiares.

S. Yuste:

Para resolver el problema parece que el camino no son las medidas de tipo impositivo, sino que hay que conseguir la complicidad entre las partes: la Administración, los médicos y los pacientes. Hablando de complicidad y de participación, es curioso que una ley como la de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, en el órgano creado para potenciar la participación de los ciudadanos haya ocho representantes de los sindicatos, ocho de la patronal, otros tantos entre administración central y autonómica y no haya representantes de los pacientes. Quizás estemos hablando de una utopía cuando planteamos la incorporación de los ciudadanos a la responsabilidad y participación en todo lo que concierne a la sanidad.

F. G. Alonso:

Creo que ya nadie duda que los pacientes se irán incorporando progresivamente a la toma de decisiones y a la participación en los temas sanitarios.

En cuanto a los cambios de diagnóstico para acceder a un determinado fármaco, en un sistema tiene que haber unas reglas del juego y las indicaciones de uso de un medicamento forman parte de estas reglas, de los procedimientos normalizados de trabajo. Pero luego la flexibilidad del clínico y su actitud positiva está en llevarlo eso al perímetro que sea razonable.

Llevo casi 20 años en este asunto, diciendo cuáles son las indicaciones de los medicamentos y nunca me he creído que éstas sean las únicas en las que se pueden utilizar. Pero hay que partir de algo, hay que partir de las reglas del juego. Porque si haciendo esto, tenemos desviaciones; si no lo hiciéramos, tendríamos muchísimas más.

J. Honorato:

Me gustaría introducir otro asunto, que es la revisión de los visados. Es decir, los visados no deben ser una cosa eterna, sino que a la vista de la aparición de nuevas evidencias, quizás se debería revisar la posibilidad de que se amplíe la indicación. ¿Está prevista alguna forma de revisar ese visado, o es algo que queda ahí eterno?

J. R. Vizoso:

Sí, por supuesto. En relación a los indicadores de calidad de prescripción, estos son dinámicos y se modifican en función de las evidencias de utilización disponibles en cada momento.

G. Hernández:

Bien. Pero cuando el visado de diagnóstico hospitalario tiene origen en su eficacia o en su seguridad; seguramente el procedimiento existe y puede ser reevaluado. Pero cuando el criterio es puramente económico, ¿cuál es el camino, cuál es el procedimiento? Porque en el caso de los COX-2 fue fundamentalmente económico y en este momento, tal como he comentado, están a punto de salir bastantes estudios sobre epidemiología, sobre clínica, y sobre fármaco-economía. Sin embargo, actualmente, para visados establecidos por motivos puramente económicos, que yo sepa no hay camino.

F. G. Alonso:

Las cosas no son tan sencillas. Aquí estamos ante una situación en la que, según parece, tenemos unos medicamentos que han sido castigados por motivos económicos, los COX-2, sin ningún problema biológico. Pero es que sí hay problemas biológicos por medio. Es decir, los COX-2 tienen menos efectos gastrolesivos, pero tenemos problemas de la toxicidad cardiovascular, no son inocuos totalmente. Además, en el ámbito de la reumatología, en algunas patologías el efecto de analgésico es menor que el antiinflamatorio clásico. En fin, que la medicina y la farmacología son mucho más complicadas que lo que decimos aquí. Además, no podemos olvidar que junto al aspecto económico, los visados tienen un componente político, de lucha entre los partidos políticos que los usan como arma arrojadiza.

J. Paulino:

Sinceramente lo creo y por ello lo digo con insistencia: polarizar todo el problema de la sanidad en los fármacos es un error. Aunque de forma encubierta, las enfermedades reumáticas generan, desde el punto de vista laboral, un coste enorme por las incapacidades que provocan.

Entonces, qué podemos hacer. Vamos a utilizar los fármacos adecuadamente, lo más correcto en cada caso, y vamos a cumplir las indicaciones,

Los indicadores de calidad de prescripción son dinámicos y se modifican en función de las evidencias de utilización disponibles en cada momento

pero las indicaciones que emanan de las sociedades científicas y, por supuesto, tengamos en cuenta lo que dicen los pacientes. Esa es la clave. No hay que inventarse nada.

E. Esteve:

Creo que todos entendemos que la prescripción de medicamentos haya que limitarla, cuando sea necesario, por razones sanitarias. Lo que pasa es que nos hemos encontrado con unos pocos ejemplos "vestidos" un poco artificialmente de razones sanitarias. Algo que no se sostendría si,

■

Sobre la receta electrónica hay tres elementos clave: uno información, otro autocontrol y el último recompensa

■

por ejemplo, esos medicamentos fueran genéricos. Es decir, aquí tal vez no hemos venido a discutir el visado en sí, sino que hemos venido a discutir determinadas acciones, que por su imprevisibilidad, y por su injustificación sanitaria, nos han conducido a donde estamos ahora, Y

eso no es beneficioso para nadie, ni siquiera para las propias administraciones sanitarias.

J. Honorato:

Por último y mirando al futuro, ¿cómo pensáis que puede influir la receta electrónica en cuanto a disminuir esa impresión de impositividad que tiene el visado y que, posiblemente, está en el núcleo de los problemas?

E. Esteve:

Desde el punto de vista del sector industrial, evidentemente las innovaciones seguirán entrando en el mercado y las ayudas tecnológicas probablemente harán que haya menos consumo pero, claro, a cambio, medidas como el visado tendrán que desaparecer. Es decir, las ayudas a la prescripción tienen que buscar al prescriptor como aliado de las administraciones sanitarias, porque si no, no hay causa.

A. López:

Sobre la receta electrónica creo que hay tres elementos clave: uno información, otro autocontrol y el último recompensa. Delante de un ordenador, si está bien organizado el sistema, el médico puede tener información de alternativas simplemente con mirar la pantalla. Y esto es muy importante. Segundo, es él el que tiene que tomar las decisiones. Tu servicio de salud te ha puesto ahí cuales son

las orientaciones, pero tú tienes que adquirir el compromiso. La clave es cómo se gestiona; pero bien gestionado, puede lograr una gran implicación. Y, tercero, el profesional debe ver recompensado su compromiso.

E. Esteve:

El único elemento de preocupación de la receta electrónica es la "lealtad del sistema". Es decir, el sistema tiene que tener todas las opciones, todo el arsenal terapéutico que un médico legalmente pueda prescribir. Y que luego el médico decida. Pero ¿qué está pasando? Pues que cuando hay un sistema abierto, y el actual lo es (es todavía manual y abierto), ésta lealtad, es decir, "haga usted lo que en conciencia le parezca oportuno", vemos que, lamentablemente, en algunas ocasiones, no se cumple y aparecen medidas que lo alteran, como el visado.

J. Honorato:

Bien, creo que hemos tratado todos, o casi todos los temas relativos al visado y, como hemos podido ver a lo largo del debate, es una cuestión que despierta gran interés entre todos los agentes de la sanidad, desde las administraciones públicas hasta los pacientes, pasando por la industria y, por supuesto, por los profesionales.

Por último, quiero agradecer a todos su participación en este Foro que espero haya satisfecho sus expectativas. ■

* Liga Reumatológica Española.



