

CIRCULAR INFORMATIVA OCTUBRE 19 /2008

RESOLUCIÓN 417/08 DE LA VICECONSEJERÍA DE ASISTENCIA SANITARIA POR LA QUE SE DICTAN INSTRUCCIONES PARA MEJORAR LA CONTINUIDAD DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA Y HOSPITALARIA.

ANTECEDENTES:

Con motivo de reivindicaciones, fundamentalmente salariales de los médicos de atención primaria, y como medida de presión, surge un movimiento entre los médicos de familia de a Comunidad de Madrid denominado "**plataforma antiburocracia**" que plantea no hacerse cargo de la continuación de los tratamientos y no realizar prescripciones procedentes de otros médicos.

La Viceconsejería de Asistencia Sanitaria como respuesta dicta esta Resolución que, en principio, parece no oponerse a la pretensión de los médicos de familia cuyas consecuencias trataremos de valorar en esta circular.

La realidad es que, en zonas urbanas -sobre todo en la Capital y en las zonas más ricas de su área metropolitana-, ha sido una práctica frecuente que acudan pacientes a los centros de Atención Primaria para obtener exclusivamente recetas los enfermos atendidos en aseguradoras sanitarias privadas pero con perfecto derecho a la asistencia sanitaria pública.

Esta práctica ha sido consentida sin ningún impedimento en nuestra Comunidad, y en el resto del Estado, fundamentalmente por dos razones: porque no ha habido comunicación reglada entre los distintos niveles de asistencia, y porque los médicos de atención primaria valoraban el indudable derecho a obtener medicamentos de las personas que cotizan en alguno de los regímenes de la Seguridad Social con derecho a asistencia sanitaria, o de los pensionistas y asimilados en esos mismos regímenes.

En algunos Centros de Atención Primaria el porcentaje de pacientes que acudían exclusivamente para obtener recetas se puede evaluar en más del 25%, y los medicamentos demandados han sido por regla general de alto coste y de uso continuado. En término medio, en toda la Comunidad de Madrid se podría estimar que el porcentaje de recetas que son continuación de tratamientos de médicos privados puede superar el 15% y su coste más del 20% de toda la medicación prescrita.

ELEMENTOS QUE CONFORMAN LA RESOLUCIÓN:

La Resolución consta de cuatro puntos:

1.- Homogeneidad de criterios en la selección de medicamentos: Esta homogeneidad se conseguirá mediante una "Guía de Actuación en Urgencias" a compartir entre los distintos niveles de asistencia y otra "Guía Farmacoterapéutica de Atención Compartida" entre atención primaria y hospitalaria. Para impulsar la utilización de estas guías se incluirán indicadores comunes relacionados con la utilización de medicamentos.

2.- Continuidad del tratamiento farmacológico en Consultas Externas: En tanto no se haya implementado la historia clínica informatizada y la receta electrónica el médico de atención primaria incluirá en el parte interconsulta el tratamiento farmacológico completo que está recibiendo el enfermo. De igual forma el especialista hospitalario debe hacer llegar al médico de atención primaria un informe clínico que incluya la "recomendación farmacoterapéutica". **Como novedad estos médicos harán la primera prescripción.**

3.- Continuidad del tratamiento farmacológico al alta: Instituye la obligación de incluir en el informe de alta la "recomendación" farmacoterapéutica y **como novedad se hará entrega de la primera prescripción en receta médica oficial.** El médico de atención primaria debe conciliar la medicación recomendada en el informe de alta con la que previamente estaba tomando el paciente. **En los casos de pacientes atendidos en urgencias se hará de igual forma pero proporcionando al paciente la medicación suficiente hasta que pueda contactar con el médico de familia.**

En cuanto a lo establecido en este punto hay que apreciar que el médico de familia difícilmente va a variar la medicación impuesta en el informe de alta o la prescrita en urgencias -durante el periodo en que sea necesaria- algo que también hace ahora. Solo es criticable en esta medida que, por fin, no se haya resuelto que los médicos de urgencias no cuenten con recetas, ya que en ocasiones no es posible obtener de forma inmediata la consulta con el médico de familia tras haber acudido el enfermo a urgencias, lo que ocasiona problemas en las farmacias. **Por otra parte la entrega de medicamentos a los enfermos para su utilización fuera de las Instituciones Sanitarias es contraria a lo establecido en la Ley 29/2006 de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios por lo que Adefarma estudia recurrirla.**

4. Garantías de seguridad en la utilización de medicamentos: En este punto se da la razón a las reivindicaciones de los médicos de Atención Primaria impidiéndoles la prescripción a pacientes atendidos en consultas externas de hospitales, o al alta, que no hayan sido documentadas en informes clínicos. También se le confieren facultades al médico de Atención Primaria para decidir según su criterio profesional, el tratamiento de continuación.

CONCLUSIÓN

La Resolución que dicta instrucciones para mejorar la continuación de los tratamientos no se opone frontalmente a la reivindicación de los médicos de la "plataforma antiburocracia" ya que les permite no prescribir tratamientos de los que no hayan recibido información; y les permite también reevaluar y hacer suyos los tratamientos documentados por los especialistas, las consultas externas y las urgencias de los hospitales. **Pero, sobre todo,**

les permite no continuar tratamientos prescritos por médicos privados lo que puede tener consecuencias en el gasto público.

Hay que valorar también que el coste de algunos tratamientos necesarios (antipsicóticos atípicos, hormonas específicas, Citostáticos y otros...) forzará a muchos pacientes a acudir a los especialistas del sistema público para conseguir la medicación que necesiten, lo que amortiguará el ahorro estimado y aumentará la presión asistencial. No obstante es previsible, si esta medida se cumple con suficiente amplitud, una reducción en el crecimiento del gasto financiado entre el 3 y el 5%. Y si esta medida tuviera éxito sería también motivo de estudio por otras Comunidades Autónomas.

En cuanto al gasto final (publico+privado) estas medidas no deberían influir en las ventas de las farmacias e incluso mejorar la rentabilidad por menores deducciones en la facturación de recetas, sin embargo, como se introducen dificultades para la prescripción de recetas procedentes del sector privado es posible que haya alguna contención en las ventas que se pueden estimar entre el 1 y 2%, fundamentalmente en medicamentos de bajo coste y considerados menos imprescindibles.