

¿Cómo mejorar nuestro ejercicio profesional? Reflexiones de un grupo de médicos de familia de España sobre la prescripción en Atención Primaria

How to improve our professional practice? Reflections of a Group of Family Physicians in Spain on Prescription in Primary Care

Saura-Llamas J, * Puebla-Manzanos L, ** Herrera-Gallego AM ** Torres-Rojas G, ** Sánchez-Moreno P. ***

* Tutor de Medicina de Familia. Servicio Murciano de Salud. Centro de Salud "Barrio del Carmen" Murcia, España.

** Médicos de Familia. Servicio Murciano de Salud. Centro de Salud "Barrio del Carmen" Murcia, España. *** Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Servicio Murciano de Salud. Centro de Salud "Barrio del Carmen" Murcia, España.

Recibido: 10-10-06 Aceptado: 18-01-07
Correspondencia: Dr. José Saura Llamas.

RESUMEN

La reflexión sobre la práctica profesional y el trabajo habitual es de gran interés para mejorar la formación de los residentes de medicina familiar. Es importante que el colectivo de médicos de familia asuma que una parte fundamental de nuestra práctica diaria nos lleva a manejar unos recursos cualitativamente y cuantitativamente muy importantes, y que debemos aprender su uso racional, sobre todo de la prescripción farmacológica. Además de ser especialistas en el enfoque integral de las personas a nuestro cuidado, somos los especialistas en el manejo correcto de los recursos del sistema de salud, ya que somos los agentes de la salud de nuestros pacientes. Es fundamental que en medicina familiar se debata y se reflexione sobre este problema, se establezcan criterios de buena práctica para poder luego aplicarlos en la consulta, aprender lo máximo posible y enseñarlo a los nuevos médicos de familia.

Palabras Clave: Medicina Familiar, Educación Médica, Prescripción.

ABSTRACT

The Family Physician should receive training in the technical aspects associated with pharmacologic treatment, prescriptions, and the management of same. In this regard, for example, it is necessary to receive training concerning the adequate indication of each prescription for a concrete health problem, adequate indication of the active substance, manner of administration, and duration of administration. It is important that the Family Physicians collective assumes that one fundamental part of our daily medical practice involves managing certain very important resources both qualitatively and quantitatively, and that we should learn about their rational use, above all with respect to pharmacologic prescription. In addition to being specialists in the integral focus of persons under our care, we are specialists in the correct management of the healthcare system's resources, because in being their most important internal clients we are also the healthcare agents of our patients. Therefore, it is fundamental that within the Family Medicine environment, there exists debate and reflection on this problem, establishing good medical practice criteria so as to later apply these in the consultory, learning the maximum possible, and teaching it all to new Family Physicians.

Key Words: Family Medicine, Medical Education, Prescription.

Introducción

La reflexión sobre la práctica profesional y el trabajo habitual es de gran interés para mejorar la formación de los residentes, por ejemplo para que afloren las dificultades que normalmente no se expresan, y así poder sugerir soluciones útiles para aprovechar mejor el período de formativo. Por ello, siguiendo la línea de nuestro Centro de Salud preocupada por la formación de los médicos de familia se ha organizado una actividad basada en la metodología de la investigación en la acción, que es una metodología surgida de la pedagogía, que en nuestro caso hemos tratado de centrar en la relación tutor – residente – paciente. Este proceso se ha iniciado con la identificación de problemas de nuestro ejercicio profesional y ha continuado con la búsqueda de soluciones a cada una de las dificultades encontradas. Como es lógico uno de los primeros problemas identificados ha sido el manejo de la prescripción por el médico de familia.

Se trata de una actividad basada en el debate, en la observación, y en la metodología de la investigación-acción¹⁻⁶ que presenta las siguientes características: 1.-Integra el conocimiento y la acción. 2.-Cuestiona la visión instrumental de la práctica (entiende que la práctica no es un conjunto de acciones dirigidas a unos resultados previstos). 3.-Es realizada por los implicados en la práctica que se investiga. 4.-Tiene por objeto mejorar la práctica. 5.-Supone una visión sobre el cambio social. 6.-Nunca puede ser una tarea individual, sino un trabajo cooperativo. Para ello se ha llevado a cabo un taller con cuatro sesiones partiendo de tres cuestiones fundamentales: ¿Qué sensaciones te produce el manejo de todo el proceso de la prescripción farmacológica –el acto de recetar- en la consulta? ¿Qué problemas te crea? ¿Qué posibles soluciones tendrían esos problemas?

A continuación se exponen las reflexiones, ya ordenadas, surgidas dentro de esta actividad de formación postgraduada y continuada de los médicos de familia en el Centro de Salud.

La situación actual

Como ya es conocido la Atención Primaria de Salud (APS) como práctica profesional y primer nivel asistencial, da lugar a unos 246 millones de consultas (o actos médicos) al año, con una frecuentación de más de 6 consultas por persona y año, y una presión asistencial media de cerca de 40 consultas por médico y día; y que maneja la mayor parte de los cientos de millones de Euros en prestaciones económicas por la prescripción farmacológica.

Por lo tanto la práctica de nuestro colectivo se debe centrar en atender adecuadamente esas consultas, dando la mejor atención posible a los pacientes. Esto se traduce en que en el desarrollo de su papel como técnico, el Médico de Familia (MF) -dentro de la consulta- da lugar a una serie de procesos que por su frecuencia constituyen el núcleo fundamental de esa actividad. Estos procesos, que nunca deberemos entender exclusivamente como actos administrativos son: la prescripción de fármacos, la solicitud de exámenes complementarios, la remisión o derivación, la incapacidad laboral transitoria (ILT) o "la baja", y otros de menor importancia.

Es tan cierto que constituyen una parte esencial de la práctica habitual del M.F. que es muy difícil que a lo largo de una jornada laboral normal cada uno de los médicos de A. P. no prescriba y cumplimente al menos unas decenas de recetas. Pero facilitar a un enfermo una receta es mucho más que llenar un "papel" o un documento, ya que traduce la toma de decisiones por parte del médico para cada uno de los problemas de salud en esta parte del acto médico.

No hace falta insistir mucho en su importancia económica, porque aparte de su importancia cuantitativa absoluta, probablemente representan una de las mayores partes del gasto sanitario al que damos lugar los médicos de A.P.S. Es curioso sin embargo que a pesar de su importancia en la práctica, hasta ahora han tenido tan poca relevancia desde el punto de vista formativo, y así no suelen ser objeto de atención en el pregrado ni en la formación continuada de los médicos de familia que luego van a ejercer en APS, aunque recientemente se ha incluido de forma específica en el nuevo programa docente de la especialidad de Medicina de Familia. Una posible explicación es que se considera evidente que cualquier médico puede realizar este proceso sin aprenderlo (practicándolo) previamente. Grave error y que pone en evidencia la contradicción entre responsabilidad que supone tomar decisiones y, sin embargo, no recibir la adecuada formación sobre él.

Es importante que el colectivo de médicos de familia asuma que una parte fundamental de nuestra práctica diaria nos lleva a manejar unos recursos cualitativamente y cuantitativamente muy importantes, y que debemos aprender a su uso racional, sobre todo de la prescripción farmacológica. Además de ser especialistas en el enfoque integral de las personas a nuestro cuidado, somos los especialistas en el manejo correcto de los recursos del sistema de salud, ya que siendo sus clientes internos más importantes también somos los agentes de la salud de nuestros pacientes.

Al realizar estos actos de una manera tan continuada y frecuente, y en un número tan importante a lo largo de un año, mejorar la calidad de cada uno de ellos daría lugar a un aumento muy importante de la calidad global de los servicios que prestamos. Estas consideraciones en su vertiente economicista están centrando un gran interés por parte de los Gerentes de Atención Primaria y de los Servicios de Salud, con el riesgo de que profesionales que no se dedican a la atención directa a la población y en base a sus deseos y expectativas (generalmente centradas en el ahorro económico o en la reducción del gasto), fijen unos supuestos criterios de uso racional de los recursos exclusivamente desde su visión. Indudablemente los médicos de APS no debemos quedarnos fuera, ya que no podemos dejar que otros definan cual debe ser el contenido y la práctica de nuestro trabajo ("el que más sabe de un trabajo es el que lo viene desempeñando habitualmente"). Existen ya una serie de textos clásicos de Medicina de Familia que abordan con suficiente rigor el proceso técnico de la prescripción farmacológica (y la cumplimentación de las recetas) desde la A. P.^{5,15-22}.

Por lo tanto es fundamental que en AP se debata y se reflexione sobre este problema, se establezcan criterios de buena práctica en relación con este proceso, para poder luego aplicarlos en la consulta, aprendiendo lo máximo posible y enseñándolo a los nuevos médicos de familia.

La prescripción y la receta

La prescripción farmacológica forma parte de la gestión clínica de la consulta y de los recursos que habitualmente utilizamos los médicos de familia en nuestro trabajo cotidiano, de las cosas que hacemos en la consulta. Forma parte del proceso de toma de decisiones, siendo una parte de la misma; hay que tener en cuenta que la receta – la prescripción es una parte fundamental del tratamiento médico en la mayoría de los problemas de salud.

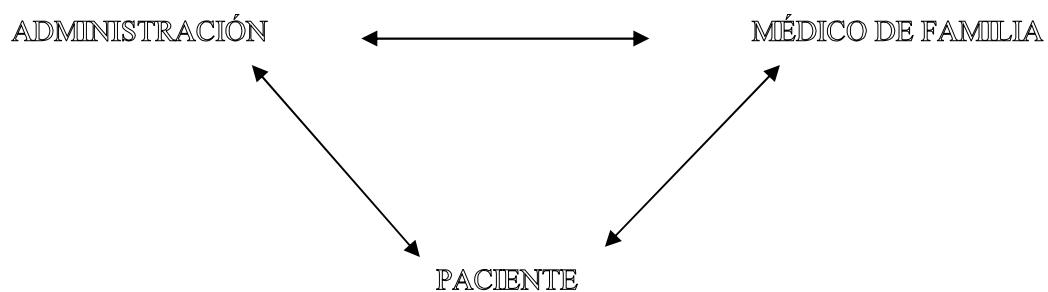
Prescribir y cumplimentar las recetas además de todo lo anterior es una tarea administrativa y rutinaria que ocupa una parte muy importante del trabajo del médico de familia, que puede ser desagradable, y posible origen de confusiones y conflictos.

Es una actividad que requiere la implicación de diferentes actores, fundamentalmente: el paciente, el médico de familia, la oficina de farmacia, y la estructura administrativa (administración) del correspondiente servicio de salud. Aunque intervienen otros muchos actores e instituciones.

La interacción entre cuatro elementos o grupos de actores:

- . La población demanda según sus necesidades (piden recetas).
- . Los profesionales proporcionan los servicios (prescriben y cumplimentan las recetas).
- . La oficina de farmacia y la industria farmacéutica venden los fármacos (distribuyen).
- . La entidad aseguradora administra los recursos (paga).

Figura 1



Los objetivos de cada colectivo

Cada uno de los actores tienen unos objetivos, intereses y expectativas en relación a la prescripción, objetivos muchos de ellos legítimos, pero que son muy diferentes entre sí, destacando entre los objetivos de los tres actores fundamentales:

Algunos posibles objetivos del paciente:

- Curarse o mejorar de su enfermedad (según lo permita su patología) lo más rápida y de la forma más completa posible.
- Obtener fácilmente recursos de todo tipo que se ofertan para su problema de salud.
- Obtener los fármacos que precise de una forma fácil y barata. Incluidos los que precise según su criterio personal. Incluso obtener muchos fármacos a ser posible de forma gratuita.
- Obtener la bonificación económica correspondiente al utilizar la receta oficial en las oficinas de farmacia para todos los fármacos que se consuman en la unidad familiar.
- Utilizar la automedicación a conveniencia.
- Rapidez en la prescripción.

Algunos posibles objetivos del médico de familia:

- Uso de los fármacos como una parte del arsenal terapéutico, para la curación o mejoría de las enfermedades de sus pacientes.
- Utilizar criterios objetivos obtenidos mediante el acto clínico para determinar que pacientes son subsidiarios de tratamiento farmacológico y por lo tanto a los que se les debe prescribir, y en ese caso qué prescribir para cada problema de salud específico.

- Cumplimentar adecuadamente toda la documentación de la prescripción –la receta-, ya que forma parte de su trabajo burocrático habitual.
- Hacer un seguimiento adecuado del proceso de su enfermedad y su relación con la medicación.
- Evitar dentro de lo posible la iatrogenia y los efectos secundarios.

Possibles objetivos de la administración:

- Disminuir el gasto que produce la prescripción
- Evitar las prescripciones inadecuadas.
- Evitar que los tratamientos farmacológicos se prolonguen en el tiempo de forma inadecuada.
- Evaluar y revisar aquellos casos de sospecha de que los médicos de familia no han realizado una correcta prescripción.

La imagen que cada colectivo tiene de los otros

La interrelación entre estos actores se complica por las imágenes y la representación (muchas veces falseada) y por los prejuicios, que cada colectivo tiene acerca de los otros dos. La administración y los gestores piensan que hay mucho fraude y que tanto pacientes como médicos le engañan.

Los pacientes piensan que la administración solo quiere ahorrar y que los médicos obedecen esas indicaciones, incluso de que pueden ganar dinero si ahorran con sus prescripciones.

Los médicos piensan que hay muchos pacientes que consumen demasiados fármacos, y que la administración solo se mueve por criterios economicistas, intentando limitar su libertad de prescripción.

En este tema y en otros que se relacionan con el médico de familia, y que hacen que este se encuentre siempre en medio, se produce el llamado “efecto sumidero”, es decir cuando surge cualquier problema y sobre todo cuando son importantes, acaba siendo de su responsabilidad o acaba implicado.

Las actitudes de los diferentes colectivos implicados

La actitud del paciente:

En muchas ocasiones el paciente demanda una receta como un derecho absoluto y no como parte de un tratamiento. Suelen tener mucho desconocimiento e incluso desinformación sobre sus derechos y obligaciones con respecto a la prescripción, y en cuanto a sus normas legales y de funcionamiento.

La actitud del médico de familia:

La actitud del médico de familia frente al sistema administrativo y normativo de la receta y la prescripción responde generalmente a una actitud personal e individual, que se obtiene tras un cierto tiempo de ejercicio profesional, y dependiendo de toda la información y de los estímulos de todo tipo que haya recibido. Cada médico de familia es responsable a nivel individual de cómo gestiona las prescripciones de sus pacientes, dando lugar a distintos comportamientos:

- Médicos que prescriben mucho y con mucha facilidad (dan muchas recetas).
- Médicos que son muy estrictos y restrictivos, que recetan poco y con muchas limitaciones.
- Otro gran grupo intermedio.

La actitud de la administración:

La actitud de la administración, la gerencia correspondiente y la inspección de farmacia se basa fundamentalmente en la búsqueda y detección de irregularidades, y en el control del gasto económico. Además del control estricto de la prescripción de determinados fármacos por medio del visado de las recetas. Teóricamente al menos deberían apoyar al MF en sus decisiones sobre las prescripciones; y defender al paciente frente a otros intereses.

Habitualmente, cuando se identifican posibles problemas, se intenta buscar un culpable a quien responsabilizar, aunque la situación sea confusa. Como el que pone la firma en las recetas es el médico de familia, con lo que se supone que es el que decide cuando empieza y cuando termina la administración de una medicación, es por lo que habitualmente será identificado como el responsable del mal funcionamiento del sistema o de la insatisfacción de alguno de los otros actores.

Algunos aspectos de la prescripción

La prescripción farmacológica incluye aspectos como:

- La prescripción inducida o derivada.
- El uso de genéricos.
- Los fármacos de U. T. B. (Utilidad Terapéutica Baja)
- Las fórmulas magistrales.
- La medicación que precisa visado de inspección.
- La receta de estupefacientes.

El problema o los problemas que crea la prescripción

Es probable llegar a una aproximación haciendo a los médicos de familia que tienen actividad asistencial, la pregunta ¿Qué problemas os crea la prescripción y la receta?

Se maneja dentro de un entorno socio – laboral, lo que implica problemas de todo tipo: sociales, económicos, etc.

Entre las contestaciones más frecuentes pueden figurar que desde el punto de vista de las sensaciones y de las emociones, es que crea malestar, que es una obligación administrativa y que cuesta mucho dinero, que es un tema desagradable, rutinario, problemático, con muchos implicados, origen de conflictos, confuso, sobre el que gravitan muchas presiones, embrutecedor, con mucha burocracia, complejo, complicado, siempre presente, del que siempre se suele culpabilizar al médico de familia, etc.

Las múltiples contradicciones

La prescripción es un proceso que se mueve dentro de una gran cantidad de contradicciones, que dificultan y en ocasiones hacen imposible su manejo racional. Entre estas contradicciones, o situaciones en las que se nos pide que hagamos habitualmente cosas que van en contra de la lógica o que son contrarias a lo que se dice públicamente, podemos destacar las siguientes:

- La sociedad teóricamente asume que a todas las personas enfermas deben tener derecho a que se les faciliten los fármacos, medicinas, pero en realidad quiere que signifiquen el menor gasto posible.

- ¿Para quién trabajamos? ¿Quién nos paga?: Independientemente de quien firme la nómina, nos pagan los ciudadanos a través de los impuestos, pero debemos atender antes las indicaciones de la administración y ¿de las empresas farmacéuticas?, aún en contra de los intereses de los pacientes.
- El médico de familia debe creer lo que le dice el paciente en lo que se refiere a su enfermedad, pero debe desconfiar de él en lo que se refiere a la solicitud de fármacos. Se nos pide que pasemos en el mismo acto de médicos a vigilantes.
- El médico de familia lo hace muy mal pero es imprescindible seguir contando con él para que funcione el sistema de prestación farmacológica.
- La receta forma parte del tratamiento médico pero también es una prestación económica, que se rige por unas normas muy diferentes a las clínicas. En realidad es una consecuencia.
- Hay que controlar mejor el gasto y el proceso de la prescripción pero el sistema está montado de tal manera que intervienen multitud de instancias y profesionales, lo que como es lógico aumenta la complicación, la confusión y la posibilidad de que sea ineficiente. Para tratar de ahorrar (*lo*) en vez de simplificar se complica el proceso.
- Se supone que cuando intervienen instituciones externas el proceso se hace más eficiente, se ahorra, pero muchas veces se oculta el gasto que supone la organización y funcionamiento de esta otra instancia o nivel de intervención. En muchos casos los gastos de funcionamiento y mantenimiento puede superar al ahorro.
- El médico de familia necesita apoyo para hacerlo bien, pero cuando lo solicitamos no solemos tenerlo.
- La prescripción, la receta significa manejar mucho dinero, supuestamente eso da mucho poder, sin embargo el colectivo de médicos de familia no tiene ningún poder en absoluto sobre el funcionamiento global del sistema. Todo lo deciden otros (incluso a veces que es lo que debemos prescribir).
- En algunos casos si siguiéramos las normas que se preconizan desde la administración para el uso racional de los medicamentos aumentaríamos el gasto (por ejemplo utilizando algunos medicamentos genéricos que son más caros que los equivalentes de marca comercial).
- Si obligamos a todos los pacientes que están tratamientos crónicos a pasar por la consulta cada vez que necesitan renovar su medicación producimos un aumento de la demanda, con la aparición de nuevos motivos de consulta, con mayor saturación de la consulta a demanda, y un muy probable incremento del gasto.

La prescripción como proceso de toma de decisiones

Este problema se debe enfocar contemplando dos componentes, uno técnico de decisión clínica y otro de relación médico – paciente.

La decisión clínica – las indicaciones correctas de la prescripción y del medicamento

El médico de familia debe estar bien formado en los aspectos técnico clínicos relacionados con el tratamiento farmacológico, con la prescripción y con el manejo de las recetas, por ejemplo la indicación adecuada de cada prescripción para un problema de salud concreto, la indicación adecuada de la sustancia activa, la dosis, la vía de administración la duración¹⁰.

Los días de tratamiento que va a necesitar el paciente no se puede prefijar teniendo solo en cuenta el diagnóstico, aunque esa sea la pretensión de casi todas las instituciones administrativas implicadas. Esos días de duración del tratamiento que establecen algunos documentos, no pueden tener más que un carácter orientativo; dependiendo la duración real de la evolución de la enfermedad y de su proceso, cosa que sólo puede controlar y establecer su médico de familia, que además tiene la potestad de modificarlo como crea conveniente, en beneficio del paciente.

La entrevista clínica y el contexto

El médico de familia debe estar bien formado en entrevista clínica, comunicación y relación médico paciente, para poder gestionar adecuadamente este proceso. Contextualizarlo, teniendo en cuenta los numerosos factores que pueden intervenir para llegar a tomar las decisiones adecuadas. Ser conscientes que los profesionales tomamos diferentes decisiones respecto a las recetas que hacemos si trabajamos en sitios diferentes, si pasamos distintas consultas. El cupo, la población, y el paciente concreto influyen.

Para reflexionar y mejorar debemos utilizar y revisar un caso, o los casos, reales que presenten los problemas habituales de la asistencia. Debemos integrar la prescripción farmacológica con el resto del tratamiento (o tratamientos), procurando no medicalizar el proceso en exceso.

Si algo le ha ido bien antes en las mismas condiciones con ese paciente, repetirlo. Si algo va bien no cambiarlo. Si algo no va bien intentar mejorarlo.

La importancia de la relación medico-paciente:

El abordaje de este problema se debe hacer siempre contemplando sus dos componentes, uno el técnico de decisión clínica y otro el de relación médico – paciente.

Tener en cuenta nuestro efecto sobre los pacientes: “el médico medicina”. Es conocido que existen médicos ansiolíticos, y frente a ellos otros que son médicos ansiógenos, y que probablemente produzcan efectos negativos también en este aspecto.

Axiomas absolutos

En esta relación se aceptan como axiomas absolutos una serie de convencionalismos que no siempre son ciertos y que hay que tener en cuenta y cuestionarse: *Todos los pacientes dicen siempre la verdad*: existen multitud de motivos para decir sólo parte de la verdad, para mentir, para exagerar o minusvalorar lo que decimos. *Cuando una persona va al médico es porque está enferma. Todos los pacientes lo único que quieren es curarse. A nadie le gusta estar enfermo. Los pacientes están siempre dispuestos a hacer lo que le dice el médico. El médico dice siempre la verdad. Al médico lo que más le preocupa es la salud de sus pacientes. Debe existir siempre una buena relación médico - paciente. El que manda en la consulta es el médico. El médico siempre tiene la razón. El paciente siempre tiene razón.*

Abordaje por el médico de familia

Este proceso y todo lo que lleva aparejado se debe abordar con carácter constructivo y con mucha serenidad. Desdramatizarlo. El médico de familia es, o debe ser el médico del equilibrio, que mantiene un nivel alto de sentido común.

Tener presente que la receta no es el eje de la prescripción ni el fin del proceso de atención, ni siquiera del tratamiento, que debe ser más completo. Un cierto grado de escepticismo en relación a este tema puede ser útil, cuestionando muchos aspectos, sin llegar al nihilismo, pensando que no tiene arreglo, ya que esta sería una actitud inútil.

Debemos hacer una crítica y autocrítica meditada de nuestra intervención como médicos de familia (técnica y humana) en este proceso. Por ejemplo valorar si deben predominar los criterios profesionales (¿objetivos?), buscando siempre contextualizarlo adecuadamente.

El aspecto cuantitativo de la mala calidad de la prestación o del uso inadecuado de este recurso se debe relacionar con el más, dar proporcionalmente más recetas o tratamientos farmacológicos de más larga duración que los médicos de mi entorno; pero también con el menos, dar menos recetas de las necesarias o tratamientos más cortos de los adecuados según la patología de los pacientes. No ser ni el que más ni el que menos recetas da. No ser ni el primero ni el último en dar un nuevo medicamento para un problema de salud determinado. Hago lo que les va bien a los compañeros a los que respeto.

También puede ser útil la crítica rigurosa y razonada de los modelos de actuación de los otros actores participantes en el proceso. Por ejemplo tratando de rebatir afirmaciones como: “no hay nada más peligroso que un médico con un bolígrafo”; proponiendo como alternativa: “no hay nada más peligroso que un gestor ignorante”.

Debemos reflexionar sobre la relación de este proceso con la libertad clínica y de prescripción, por ejemplo sobre la pregunta ¿Se está tratando, o están tratando de limitárnosla?

¿Por qué la mayor presión se hace siempre sobre el médico de familia? Es inevitable que notemos un cierto grado de presión y atención: “bajo el foco y el interés público”, “el médico de familia figura habitualmente en el centro de todas las soluciones” Reconocer y ser consciente del auténtico motivo de mi indicación de una determinada receta. Preguntarnos ¿Hago recetas a demanda?

Es necesario tener en cuenta aspectos conocidos como “el médico medicina”, y el efecto sobre los pacientes: médicos ansiolíticos frente a médicos ansiógenos.

¿Cuándo hay que dar una receta?

Aunque en general se habla del gran problema que significa la prescripción farmacológica en nuestro país, en realidad son múltiples y más específicos los problemas que habitualmente se presentan. Por ejemplo en relación a su correcta indicación podemos decir que en el proceso que relaciona la prescripción con el problema de salud que presenta el paciente hay tres grandes grupos de casos:

- Pacientes que de forma clara y evidente precisan un tratamiento farmacológico, receta o recetas, dentro del tratamiento en sentido amplio y correcto de su enfermedad. Estos casos no suelen presentar problemas.
- Pacientes que tras un proceso de enfermedad se curan o mejoran, lo que les permite prescindir de los fármacos. Estos casos tampoco suelen presentar problemas. Estos grandes grupos suponen una inmensa mayoría de los casos.
- Y un tercer grupo de pacientes que se encuentran en una “zona gris” o de difícil valoración que son los que suelen dar lugar a problemas y conflictos. Que suponen un relativamente pequeño grupo de casos pero que son los que centran y dan lugar a la imagen de mal control y despilfarro en este proceso.

Una manera constructiva de enfocar el problema sería el tratar de identificar cuantitativamente y cualitativamente este grupo de pacientes y diseñar estrategias de intervención específicas para ellos.

Cuadro I

PRESCRIPCIÓN CLARA Y EVIDENTE	SITUACIONES POCO CLARAS, INTERMEDIAS, CONFUSAS O INDEFINIDAS	SUSPENCIÓN DEL TTO. FARMACOLÓGICO EVIDENTE
	CONFLICTOS	

¡Cuantas recetas doy!

En cuanto a los criterios de calidad asistencial, y a pesar de los criterios economicistas imperantes, lo correcto es dar el número adecuado de recetas, no más pero tampoco menos de las bien indicadas o de las necesarias.

Se debe recordar, que con múltiples limitaciones o mejor intentos de limitarla, el médico dispone de la libertad clínica y de prescripción para indicar e iniciar un tratamiento farmacológico cuando lo considere oportuno para el beneficio del paciente. Y que esta es una salvaguarda legal muy importante y un criterio válido ante los tribunales.

Cuidado con la prescripción realizada de manera hiperactiva. Controlar la reactividad.

El pacto con el paciente

Para el buen funcionamiento y control de cualquier tratamiento es muy útil pactar con el paciente, en el momento de instaurarlo, la duración total del mismo, las revisiones previstas y las posibles causas de su prolongación, anotando estos extremos en la historia clínica; sobre todo en los casos en los que se prevé un tratamiento limitado. La mayoría de los tratamientos farmacológicos corresponden a este tipo de procesos de corta duración.

Es conveniente trasmitir siempre al paciente que lo que nos preocupa y justifica su tratamiento y la receta correspondiente es el problema de salud, y que lo importante es que mejore para poder suspender ese tratamiento, y no que no le queremos dar más recetas (esto para muchos enfermos no es tan obvio como parece). Lo que además legitima nuestra actuación.

En los procesos en los que no se cumpla dicho pacto, se dejará inmediatamente de emitir las recetas, y cuando el paciente acuda a la consulta se procederá a realizar una revisión y exploración clínica cuidadosa y documentada, y si fuese necesario se realizarán aquellas pruebas complementarias para evaluar el proceso clínico y la conveniencia de que siga con el tomando el fármaco. Esto puede traer asociado el problema de la lista de espera para la realización de dichas pruebas, o la imposibilidad de solicitud de las mismas; ante estas situaciones gran parte de la responsabilidad recaería en el sistema sanitario o los gestores correspondientes.

¡La prescripción se está alargando!

En algunos casos, favorecido por la gran presión asistencial, se puede dar un mal control de algún proceso de prescripción por una práctica profesional inadecuada o descuidada del médico de familia, por lo que para evitarlos es necesario recoger una adecuada y cuidadosa información en la historia clínica, y hacer un buen seguimiento de estos pacientes.

Ante una duda clínica razonable otra posibilidad para valorar la idoneidad o adecuación del tratamiento es recurrir a la derivación a otros especialistas de zona, solicitando valoración de su situación clínica, por lo que la decisión de que el paciente siguiera con ese u otro tratamiento sería compartida, al ser valorada desde distintos puntos de vista. Esta opción se ve en muchos casos dificultada de nuevo por las listas de espera, por las dificultades de comunicación existentes con el segundo nivel, y porque los especialistas de segundo nivel difícilmente asumen este papel (“no se mojan”), no respondiendo habitualmente y de forma documentada para tener mas criterio de decisión. Se valorará remitir a la inspección médica los procesos que planten graves dudas o problemas administrativos o normativos, a aquellos pacientes en los que la prescripción lo precise (por ejemplo visados de inspección).

Las prescripciones que verdaderamente crean problemas son las crónicas y las de muy larga duración por el gran gasto que producen, que además son las que centran la atención del sistema nacional de salud, de la inspección médica y otras instituciones. Esto las hace de más difícil manejo, más confusas y complejas en relación con un solo paciente. Aunque la intervención de tanto experto también puede diluir la responsabilidad del médico de familia sobre la prescripción y su coste.

El gran problema: los carnes de largo tratamiento o de crónicos y las prescripciones de muy larga duración

Los grandes grupos de enfermedades que dan lugar a las prescripciones y recetas de larga y muy larga duración son las enfermedades de determinados grupos:

Enfermedades del aparato locomotor (por ejemplo: Poliartrosis) y las enfermedades mentales (por ejemplo: Síndromes adaptativos depresivos). Quizás algunos de los condicionantes sean la subjetividad de la evolución de los síntomas y el malestar general (los síntomas psicosomáticos, "no me encuentro bien" y el dolor), que en la mayoría de los casos no se curan sino que presentan una gran tendencia a la cronicidad, que suelen cursar con recaídas, que habitualmente precisan un tratamiento y seguimiento prolongado por atención especializada, que luego suelen precisar tratamientos rehabilitadores de larga duración, y que casi todas las personas mayores de 50 años pueden tener alguno de estos problemas de salud. El problema central es que después de un tiempo es muy difícil quitar alguna medicación a estos pacientes. Quizás a estos grupos de patologías se les podría dedicar un enfoque específico, facilitando recursos para mejorar antes a los pacientes y para acortar sus períodos de tratamiento.

Pacientes con riesgo de tendencia a tomar muchos fármacos de forma prolongada

- Con problemas psiquiátricos.
- Profesionales de la educación

Pacientes con bajo riesgo de tomar muchos fármacos de forma prolongada

- Alto nivel socioeconómico.

Los tratamientos incontrolables

Aunque no se suele hablar de esto una mayoría de los médicos de atención primaria tenemos al cabo de un tiempo de ejercicio profesional un número limitado de casos de tratamientos crónicos, que se refieren siempre a los mismos pacientes, en los que es imposible mantener el control de la prescripción en nuestras manos, siendo el paciente el que en realidad controla todo el proceso a su conveniencia. Normalmente esto se debe a las dificultades en esa relación médico – paciente. Y que curiosamente cuando pasan a otros niveles de control, normalmente siguen siendo procesos incontrolables.

La confidencialidad y otras instituciones implicadas

Hay que ser muy cuidadoso con la confidencialidad referida al paciente y su enfermedad, por lo que no hay que facilitar información por teléfono, y sin que haya una solicitud por escrito y bien identificada de las personas o instituciones habilitadas legalmente para ello. Cuando el médico de familia tenga conocimiento de que otras instituciones han solicitado información clínica sobre el paciente que incluya aspectos del tratamiento farmacológico, y estando estas legalmente habilitadas, debe informarle pues tiene derecho a conocer esa situación.

La formación: tutor y residente

Como elementos importantes y que deben ser objeto de atención en la formación de los médicos de familia en este tema, se proponen los siguientes:

- La formación debe ser proporcionada por los propios médicos de familia para los médicos de familia.
- Los médicos de familia deben elaborar su modelo de manejo de la prescripción y de la receta propio frente a modelos externos predominantes.
- Se deben trasmitir valores, y provocar el interés del residente cuestionando sus actuaciones.
- La formación debe incluir aspectos específicos (únicos, propios, desconocidos) que hasta ahora no se han enseñado, como muchos de los aquí mencionados. Por ejemplo trasmitiendo actitudes además de conocimientos.
- El tutor debe tratar de proteger a los residentes, tratando de mantenerlos, al menos en parte, alejados de las múltiples interferencias e influencias indeseables externas.
- Valorando si su influencia, como docente, sobre el residente es la más adecuada. Tener en cuenta la imitación y la repetición como claves del aprendizaje en este tema.
- La labor fundamental del tutor es el de inducir al residente (“encender la mecha”) para que sea este el que trabaje y estude.
- Se deben comparar y debatir las indicaciones y los tratamientos del tutor y del residente, cuando pasen consulta juntos. Comparar registros escritos. Y fotocopiar las hojas e informes de alta hechos por el residente cuando hace guardias, y debatirlos.
- Es importante tener en cuenta las contradicciones entre un modelo de prescripción hospitalocentrista frente al de atención primaria. ¿Cómo podemos cambiar un modelo de prescripción hospitalocentrista? Provocando “un choque” del residente con la dura realidad de la A. P. – “Los grandes pacientes clásicos”.
- Por otro lado el llamado “cuaderno del residente”, que suele recoger de forma manuscrita un embrión de vademécum personal, formado por la suma de las prescripciones de los tutores que ha tenido en su formación, sobre todo en el hospital, y por ser resultado de acumulación normalmente es una referencia de baja calidad.

El abordaje de este problema se debe hacer contemplando dos componentes, uno técnico de decisión clínica y otro de relación médico-paciente.

Acabas prescribiendo lo que quiere tu población.

Eres distinto prescriptor trabajando en sitios diferentes.

El vademécum personal y cómo se adquiere (el vademécum en el OMI).

Reconocer el auténtico motivo de mi prescripción.

Integrar los tratamientos.

Utilizar y revisar un caso, o los casos.

Procurar no medicalizar en exceso.

¿Podemos quitar fármacos a los pacientes?

¿Revisamos las posibles interacciones en los poli medicados?

Prescribo fármacos a demanda.

Si algo va bien no cambiarlo.

Si algo le ha ido bien antes en las mismas condiciones volvérsele a mandar.

Agradecimientos

A todos los residentes y tutores de medicina de familia, por lo que nos han enseñado.