

DESARROLLO DE LA DISPOSICIÓN ADICIONAL DUODÉCIMA DE LA LEY 29/2006, DE 26 DE JULIO, DE GARANTÍAS Y USO RACIONAL DE LOS MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS SANITARIOS

VALORACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL

Los intereses económicos en torno al medicamento son muy grandes y condicionan tanto el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud como la calidad de sus servicios. Por tanto no debe extrañar que con frecuencia surjan movimientos profesionales y sociopolíticos que, deseando intervenir en el control del mismo, lo presenten como un bien de consumo más, obviando que cualquier medicamento, utilizado inadecuadamente puede matar. Sin embargo, otras tareas reclamadas por los pacientes y sanitariamente necesarias no encuentren el efecto de atracción suficiente para ser reclamadas, por ejemplo las encaminadas a mejorar efectivamente el tiempo de consulta por paciente.

La prescripción forma parte indivisible del acto médico, porque para pautar un tratamiento a cualquier paciente, financiado o no por el SNS, de adquisición libre o con receta y sobre todo para resolver un problema de salud, es necesario conocer la indicación específica del mismo, hacerlo sobre un diagnóstico lo mas preciso posible, en un paciente concreto, del que tras conocer su historia clínica con su anamnesis, exploración y en su caso la petición de las pruebas necesarias, puede curarse o aliviarse si todo es correcto y ocurre según lo previsto o puede tener graves complicaciones, muerte incluida, si no se ha realizado con suficientes conocimientos.

La prescripción forma parte indivisible del acto médico es un acto reflexivo que se alcanza como resultado de un complejo proceso denominado diagnóstico, cuyo aprendizaje solo se adquiere en la licenciatura de medicina, durante la actividad formativa postgraduada y la actividad asistencial tutelada. Por tanto la prescripción es competencia del médico y abarca, dentro del campo del medicamento, a los medicamentos éticos solo dispensables bajo prescripción, sean financiables o no y a los medicamentos de libre dispensación.

Pero prescribir un medicamento no implica solamente la primera administración sino el seguimiento a lo largo de toda la duración del tratamiento de todos los efectos que pueda producir. Es decir valorar el cuadro clínico que en cualquier caso pueda derivarse como consecuencia de la utilización del medicamento prescrito o de la interacción con otros. Para poder valorar bien un cuadro clínico es preciso no solo tener una sólida formación clínica sino estar realizando una actividad clínica continuamente. El hábito clínico no solo se adquiere sino que es preciso mantenerlo mediante su ejercicio continuado. El seguimiento de cualquier tratamiento busca obtener la máxima efectividad del mismo y en el caso del fármaco, minimizar los riesgos causados por su uso, mejorar la seguridad farmacológica, contribuir a su uso racional y mejorar la calidad de vida del paciente. Todo ello forma parte de la prescripción, todo ello son objetivos que debe realizar el médico o persona explícitamente delegada e informada por él.

Para realizar ese seguimiento y cumplir estos objetivos, se necesitan unas condiciones previas de información sobre la enfermedad que originó la prescripción y de conocimiento del paciente en un sentido global e integral que solo el médico posee y que por motivos obvios, éticos, legales y profesionales, no puede ni debe compartir, porque cualquier objetivo asistencial independiente y ajenos a la tutela y supervisión del médico, asienta sobre unas bases falsas, es social y sanitariamente regresivo, crea incertidumbre y desconfianza y puede poner en peligro el éxito del cumplimiento terapéutico al desintegrar la atención del paciente.

Como consecuencia de oportunidad, necesidad política o coyuntura sanitaria o por defectos de planificación estratégica de la demanda asistencial no se puede olvidar que el medicamento sacado fuera del contexto de la historia clínica del paciente, pierde todo su sentido y llega a ser peligroso. Por tanto la actuación de cualquier agente sanitario debe basarse en su capacidad contrastada, en su competencia, en aquellos aspectos para los que están formados que, salvo en el médico, son insuficientes para hacer un diagnóstico clínico preciso y para prescribir un tratamiento que en la mayoría de ocasiones abarca otros aspectos además de los farmacológicos.

No se puede banalizar la prescripción o confundirla con otras prácticas profesionales pues sabemos que el aumento del consumo y disponibilidad de medicamentos publicitarios y no aumenta día a día, mediante continuas campañas de estímulo al consumo fuera del control médico, que convierten al medicamento, en un producto de uso habitual y ordinario, lo que provoca a su vez la vulgarización de su utilización y la creación de nuevos grupos profesionales de prescriptores que consideran que la intervención en este sentido les otorgará más poder como grupo y cierta autonomía en relación a la medicina como profesión. Lo que si es bien seguro aumentara el consumo de medicamentos por supuesto del gasto pero también aumentarían los riesgos por abuso y consumo inadecuado. Todos los medicamentos son peligrosos si no se manejan con los debidos conocimientos, pero algunos son especialmente peligrosos por su margen terapéutico estrecho y por las consecuencias graves que puede tener su mala utilización. No hay ningún medicamento inocuo cuando la respuesta tiene un componente individual ligado a cada paciente.

Entendemos que la Disposición adicional duodécima, si se interpretara en el sentido de que otros profesionales sanitarios pueden prescribir, pues no otro sentido tienen las expresiones utilizadas en la misma de “medicamentos que pueden ser usados, o en su caso, autorizados” por aquellos profesionales que no son médicos u odontólogos, decimos que entendemos que sería entonces una norma inconstitucional por varias razones, pero sobre todo porque se desnaturalizaría, en aparente desviación y arbitrariedad, no ya propio contenido de la Ley del Medicamento, sino el de la legislación que regula el ejercicio de las profesiones sanitarias (LOPS). El principio de la naturaleza de las cosas, unido al de la correspondencia entre el título oficial y el ejercicio profesional, asentado por el Tribunal Supremo fue promulgado a nivel normativo en la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS), en la que con claridad se especifica que la actividad de diagnóstico, en correlación con el título universitario, sólo corresponde a los médicos y a los odontólogos. “Corresponde a los Licenciados en Medicina la indicación y realización de las actividades dirigidas a la promoción y mantenimiento de la salud, a la prevención de las enfermedades

y al diagnóstico, tratamiento, terapéutica y rehabilitación de los pacientes, así como al enjuiciamiento y pronóstico de los procesos objeto de atención”.

Por lo tanto, ningún otro profesional sanitario, salvo médicos u odontólogos, puede diagnosticar, tratar y seguir tanto a una enfermedad como al paciente que la sufre, por lo que tampoco ningún otro profesional puede prescribir medicamentos sujetos a prescripción o a receta. Y en este sentido ha de interpretarse la norma contenida en la Disposición adicional duodécima, de lo contrario se incurriría en desviación de poder. Y si así hay que interpretarla y no cabe otro desarrollo reglamentario es decir no es posible otra aplicación de la norma, en sentido contrario o distinto; cualquier norma reglamentaria que se pretende promulgar, cualquier acto administrativo que se dictara, deberá respetar aquellos criterios de interpretación. Desde luego esto ha de ser así respecto de los medicamentos sujetos a prescripción. De lo contrario se desnaturalizaría la regulación contenida en la propia Ley del Medicamento y en la LOPS y se incurriría en la referida desviación del poder legislativo, dada la inseguridad jurídica que aquella aplicación de la norma conllevaría y la desnaturalización del sistema normativo fijado por el propio poder legislativo en esta concreta materia: el ejercicio profesional.

Pero hay algunas cosas más: El desarrollo propuesto ni mejora ni responde a las necesidades y demandas de los ciudadanos Pero, ¿de dónde surge esa necesidad? ¿Dónde están los ciudadanos y pacientes reclamando esas prácticas? Si nadie la pide ni la ha solicitado, ¿a qué responde? Desconocemos los beneficios que se suponen en una estrategia de la que se desconoce todo salvo las pretensiones y oportunidad política de la misma. La ampliación del espectro y condiciones de los prescriptores aumentaría las alternativas farmacológicas ofrecidas a los pacientes incrementaría el gasto directo en medicamentos y los riesgos derivados de su incorrecta utilización, interacciones y efectos secundarios con los consiguiente costes en salud y recursos. Los ciudadanos no necesitan que nadie prescriba por el médico ni este tampoco precisa ayudas.

Para conseguir eficacia y calidad son necesarias unas condiciones de trabajo con un entorno y tiempo mínimo para atender al paciente ciertamente alejadas de la situación actual. La detección de carencias de información del paciente para poder asimilar y en consecuencia, para asumir el cumplimiento terapéutico, es un problema grave fruto de la masificación de buena parte de las consultas de atención primaria. Con el fin de trasladar al paciente las explicaciones oportunas, contestar las dudas de cada caso, confirmar que las instrucciones y explicaciones han sido comprendidas, el acto de prescribir precisa de un tiempo suficiente para la toma de decisiones al que hay que añadir el de comunicación con cada paciente. Todo con el fin de asegurar el cumplimiento, adherencia al tratamiento, en suma el éxito terapéutico. Cuando ese tiempo no solamente no existe sino que como consecuencia del cual se crean tensiones entre el médico y el paciente, se establece la duda, la desconfianza, el equivoco, el abandono, el fracaso no solo terapéutico sino de la relación médico-paciente, verdaderas causas de los problemas relacionados con el medicamento. Pero también aumento de los circuitos asistenciales, pruebas, costes innecesarios y peligrosos...

No cabe duda que la información sobre su dolencia así como su plan terapéutico es una labor propia del médico, y como todos sabemos, se precisa una visita médica tranquila y sosegada, para que el paciente salga de la consulta con las ideas claras. Sin embargo son otras actividades dentro de la consulta que

precisando ayuda y constituyendo mas del 50% del tiempo asistencial tiene que ser realizada por el médico al no tener disponible de ayuda de otros profesionales. Es necesario un nuevo perfil profesional para el que seria suficiente una cualificación sanitaria básica y que cada médico ajustaría con su supervisión a las características específicas de su actividad. Me refiero a todas las tareas burocráticas, de limpieza y esterilización de instrumental, ayuda y acompañamientos en la movilización de niños, ancianos y discapacitados especialmente desvestir, vestir, descalzar y calzar colocación de dispositivos para la exploración en todos sus variantes camilla, mesa ginecológica, ECG, ecografía, espirometría, tensión arterial, peso, talla temperatura corporal También en la recogida y reparto de información, de muestras incluso realización de feedback comprensivo de indicaciones simples realizadas por el médico. Todo son actividades diarias en las consultas que tiene que realizar el médico de atención primaria, que detrae de su actividad asistencial y que permitirían duplicar su tiempo con los pacientes tanto en casos nuevos como en revisiones y para lo cual no hay solución ni nadie decidido a ofrecerla. Seria paradójico que el médico no tenga auxilio en las consultas y el enfermero prescriba por él.

CONCLUSIONES

1. La ocupación del tiempo médico en tareas auxiliares, que sin tener carácter profesional sanitario, facilitan las funciones del médico en su ejercicio diario tanto preventivo, como asistencial y formativo son una causa fundamental y definitiva de la sobrecarga asistencial y escaso tiempo de consulta en atención primaria. Por lo cual es preciso “definir un perfil profesional denominado auxiliar técnico sanitario de consulta medica” que incida de forma beneficiosa en duplicar el tiempo médico de dedicación a los pacientes.
2. Independientemente del gasto que provoque, cualquier estrategia que aumente de forma indiscriminada el consumo de medicamentos entre la población constituye un riesgo para la salud publica.
3. Seria aceptable que el Ministerio de Sanidad y Consumo articulara los procedimientos que normalicen e impliquen obligatoriamente, dentro de los servicios sanitarios a otros profesionales no médicos u odontólogos, en la administración ajustes posológicos de medicamentos dentro de los márgenes previstos en los protocolos oportunos o por indicación expresa del médico responsable. Igualmente sería necesario que la administración sanitaria oportuna module apropiadamente la indicación y uso de los productos sanitarios financiado por el SNS y que podrán realizar otros profesionales sanitarios bajo su estricta responsabilidad profesional.
4. En ningún caso un profesional no médico u odontólogo podrá diagnosticar, prescribir o realizar prácticas similares con ningún medicamento que requiera discriminación diagnostica y seguimientos terapéuticos sin la supervisión de un médico.
5. Cualquier cambio administrativo que otorgue aptitudes a profesionales, hasta ahora considerados por formación y competencia, no capacitados para ello, precisaría de la regulación específica y modificación oportuna de la Ley de Ordenación de la Profesiones Sanitarias, tras el consiguiente debate social y político, pero también la delimitación de los actos y responsabilidades oportunas que pudieran derivarse y exigirse, de actuar sobre el paciente simultáneamente con el médico.
6. La Organización Médica Colegial, dada la situación creada por el Ministerio de Sanidad y Consumo, se declara beligerante, manifestando que realizará cuantas acciones jurídicas, de presión y todas aquellas que considere necesarias, para defender la seguridad y los derechos del paciente y de la profesión médica.

Madrid, a 15 de diciembre de 2007