

LA INTERVENCIÓN DE FARMACEUTICOS Y ENFERMEROS EN LA PRESCRIPCIÓN: UNA APROXIMACIÓN ÉTICO-LEGAL (*)

José López Guzmán
Doctor en Farmacia
Angela Aparisi Miralles
Doctora en Derecho

ÍNDICE. INTRODUCCIÓN. II. MODELOS DE PRESCRIPCIÓN. II. 1. La prescripción independiente. II.1.1. La negación a facilitar una prescripción. II.1.2. La prescripción independiente "ilegal". II.2. La prescripción dependiente. II.2.1. Prescripción facultada individualizada. II.2.2. Prescripción facultada por repetición. II.2.3. La prescripción por protocolos. II.2.4. La prescripción suplementaria. a) Características de la prescripción suplementaria en Gran Bretaña. b) Mecanismos de aplicación. II.2.5. Prescripción por formulario. II.3. La prescripción compartida. II.3.1. La sustitución de especialidades farmacéuticas. a) La sustitución genérica. b) La sustitución terapéutica. c) El intercambio terapéutico. III. DISCUSIÓN. III.1. El contexto social y sanitario. III.2. El contexto legal. III.3. La integración del equipo sanitario. III.3.1. La evolución de las profesiones. III.3.2. La importancia de la formación para la integración del equipo sanitario. III.4. Beneficios de la prescripción dependiente y compartida. III.4.1. Facilitar el acceso a los medicamentos. III.4.2. Disminuir la presión sobre el médico. III.4.3. Rentabilizar las competencias y habilidades de otros Profesionales. III.5. Problemática de la prescripción dependiente y compartida. III.5.1. La crítica a la falta de capacidad para prescribir de enfermeros y farmacéuticos. III.5.2. Mecanismos de acreditación de los nuevos prescriptores. III.5.3. El incremento de la presión asistencial sobre farmacéuticos y enfermeros. III.5.4. El debilitamiento de la relación médico-paciente. III.5.5. Los conflictos de intereses en la dispensación. III.5.6. La retribución económica por las nuevas atribuciones. III.5.7. El intrusismo profesional. IV. CONCLUSIÓN.

I. INTRODUCCIÓN

Tradicionalmente, se ha denominado prescripción a las instrucciones escritas para la preparación y la administración de un remedio¹. Se trata de un documento en el que se indica cual es la especialidad farmacéutica, fórmula magistral, etc., adecuada para un determinado paciente. No obstante, cabe advertir que en esta definición falta un elemento importante: *quien* es sujeto capacitado para llevar a cabo tal actuación. Así, resulta llamativo que en muchas enciclopedias de términos médicos se omite este dato. La razón de ello puede encontrarse en el hecho de

que se trata de un aspecto obvio, al presuponerse que el encargado de la prescripción es el médico².

Ciertamente, la prescripción ha sido siempre una función desempeñada por este profesional. No obstante, cabría preguntarse si tal competencia exclusiva se basa en una costumbre históricamente arraigada en las distintas culturas, o es una consecuencia derivada de ser el mejor -o incluso único- profesional capacitado para ello.

Es claro que la prescripción "es el punto de partida de la terapéutica farmacológica; por ello es absolutamente

* Trabajo ganador del Segundo Premio Derecho y Salud

¹ Diccionario Enciclopédico Ilustrado de Medicina Dorland, Madrid, McGraw-Hill, 1992.

² Por lo tanto, una propuesta de definición de la prescripción, más completa que la anterior, podría ser la siguiente: "nota escrita por un médico en la que se indica el medicamento que debe proporcionarse a un paciente, así como las normas para su correcta administración. También se denomina receta." (Diccionario Espasa Medicina, Madrid, Espasa Calpe, 1999).

necesario que se realice correctamente”³. De ella depende todo el proceso de la asistencia sanitaria. En consecuencia, no parece lógico afirmar que su asignación a los médicos se apoya, exclusivamente, en una tradición consolidada. Por el contrario, se puede entender que la competencia de estos profesionales para prescribir se asienta en una sólida formación que les capacita para ello.

No obstante, la anterior afirmación no evita una ulterior cuestión: ¿es el médico el único profesional competente para prescribir, o sería posible admitir -bien de forma autónoma, o bien en colaboración con él-, la intervención de otros sanitarios en el proceso? No estamos ante una cuestión meramente especulativa, sino que responde a un debate de plena actualidad. De hecho, en los últimos años se han aprobado, en diversos países, normativas encaminadas a atribuir competencias a farmacéuticos y enfermeros en este ámbito. Así, por ejemplo en Gran Bretaña se aprobó, en el año 2005, la denominada *prescripción suplementaria* de enfermeros y farmacéuticos⁴. También en Estados Unidos se ha facultado para prescribir, no sólo a farmacéuticos y enfermeros, sino también a matronas y naturópatas.

España no ha sido ajena a este proceso. En el año 2005, diversas voces e instancias demandaron el reconocimiento de una cierta capacidad de prescripción a los enfermeros⁵. También los farmacéuticos vienen impulsando distintas iniciativas en este ámbito. En esta línea, se ha destacado el hecho de que estos sanitarios son los especialistas en el medicamento. De ahí que, una vez realizado el diagnóstico por parte del médico, no resultaría ilógico que el farmacéutico pudiera intervenir, llegando, incluso, a poder elegir aquella especialidad farmacéutica que,

atendiendo a su biodisponibilidad, farmacocinética, etc., mejor se adaptara a la idiosincrasia del enfermo.

Tales solicitudes se ha ido reiterando a lo largo del presente año 2006⁶, en especial, durante el periodo de tramitación del Proyecto de Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. Las demandas se han apoyado en el hecho de que, en los últimos años, estos profesionales han desarrollado un importante y decisivo proceso de especialización que, junto con su estrecha relación con los pacientes, les puede facultar para intervenir en la prescripción.

En definitiva, lo que se plantea es la posibilidad de que enfermeros y farmacéuticos puedan llegar a colaborar en otros procesos distintos a los que habitualmente tienen asignados como, por ejemplo, en la prescripción de algunas especialidades farmacéuticas. Tales demandas presuponen un fomento, e impulso, de la cooperación en el seno de equipos sanitarios interdisciplinares. En palabras de Gastelurrutia, “en la actualidad la atención al paciente se va consolidando como un trabajo en equipo, multidisciplinar, en el que participan y colaboran distintos profesionales de la salud: la prescripción de los medicamentos se puede considerar uno de los subprocesos que componen el proceso general de atención al paciente”⁷. De cualquier manera, es importante insistir en que se trata de una colaboración y no de una suplantación de funciones.

Hasta ahora se ha hecho referencia a las posturas favorables a la intervención de farmacéuticos y enfermeros en el proceso de la prescripción. No obstante, también

³ Ronda, J., y Oliver, M.J. “Manual para la correcta redacción de la prescripción médica”, *Pharmaceutical Care España*, 1: 202, 1999.

⁴ Algunos sectores han manifestado su preocupación porque esta medida se haya adoptado antes de tener pruebas concluyentes sobre su conveniencia. En concreto, se ha señalado que se podía haber esperado a tener los resultados y conclusiones de algunos estudios que, en ese momento, estaban en marcha. Avery, A.J., y Pringle, M. “Extended prescribing by UK nurses and pharmacists”, *British Medical Journal*, 331: 1155, 2005.

⁵ Así se manifestó el Presidente del Colegio de Enfermeros de Valencia. Tal demanda fue contestada por el Sindicato de Médicos de Asistencia Pública, a través de cartas dirigidas al Consejo Autonómico de Colegios de Médicos de la Comunidad Valenciana y a la Organización Médica Colegial. Las alegaciones del representante sindical apelaban a que la prescripción es una función propia de la medicina, -para lo que se requieren once años de estudios-; a que todos los medicamentos tienen contraindicaciones, lo cual determina que el proceso sea muy complejo; y que tal práctica podría suponer un incremento en los errores de prescripción.

⁶ Por ejemplo, en febrero de 2006, el sindicato de enfermería SATSE volvió a solicitar al Ministerio de Sanidad que los enfermeros pudieran participar en la prescripción. Así, manifestó que “después de 16 años, es hora de avanzar en el desarrollo competencial y de capacitación de los enfermeros para adaptarse a la realidad del Sistema sanitario”. Para ello, reclamó la participación en la negociación del texto de la recién aprobada Ley de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos y Productos sanitarios y afirmó que, en principio, esta es “una normativa restrictiva, ya que cierra la posibilidad a que los profesionales enfermeros puedan prescribir fármacos en un catálogo cerrado”, algo que ha sido solicitado reiteradamente por la organización sindical. Dicho Sindicato considera que el uso racional de los medicamentos, y la reducción de la automedicación por parte de los usuarios, sólo se logran con la intervención de los profesionales sanitarios, especialmente de los enfermeros, dado su trato directo con el paciente cuando éste acude a un centro de salud. En este sentido, el SATSE recordaba que “regularmente, los propios usuarios acuden a los profesionales enfermeros demandando la prescripción de fármacos”. Desde este enfoque, la organización sindical abogaba por incrementar la formación de los enfermeros para la prescripción de fármacos contenidos en un catálogo cerrado. <http://www.enfermeriadeltrabajo.com/modulos.php?name=News&file=article&sid=79> (Accedido el 06.06.2006).

⁷ Gastelurrutia, M.A. Elementos facilitadores y dificultades para la diseminación e implantación de servicios cognitivos del farmacéutico en la farmacia comunitaria española, Madrid, Ergon, 2005, pág. 15.

existen posiciones contrarias a ello. Estas se apoyan, fundamentalmente, en la defensa del principio de separación de las dos funciones básicas de prescribir y dispensar. En este sentido, por ejemplo, la Declaración elaborada por la Comisión Central de Deontología, Derecho Médico y Visado, del Consejo General de Colegios de Médicos, el 27 de marzo de 2000, sobre “Límites de las funciones profesionales de médicos y farmacéuticos”, se muestra contraria a la participación de otros profesionales en el proceso de prescripción. Y ello, por las siguientes razones:

“Una es de orden profesional: la profesionalidad necesaria e insustituible, la competencia debida en campos profesionales que están claramente diferenciados. Ni el médico es un farmacéutico aficionado, ni el farmacéutico es diletante de la Medicina.

La otra es de orden ético: la eliminación de todo riesgo de conflicto de intereses. La decisión de recomendar un tratamiento no puede estar viciada por el beneficio económico que de ella puede derivar quien la hace. No pueden los médicos en ejercicio ser propietarios de farmacias, ni pueden prescribir influidos por consideraciones financieras, ni pueden vender a sus pacientes medicamentos o productos sanitarios. Ni pueden los farmacéuticos, fuera del caso de los productos de libre dispensación, vender por propia iniciativa a sus clientes medicinas que exigen la presentación de una receta médica. La exigencia de la receta médica es la prueba, ética y legal, de que el farmacéutico es un profesional cuyo interés primario es servir los intereses del paciente, no obtener de su trabajo el máximo de beneficios económicos.”

La mencionada Declaración acierta cuando afirma que es conveniente evitar que los conflictos de intereses puedan llegar a influir perniciosamente en la actuación de los profesionales. Sin embargo, quizás no esté tan justificada su defensa, a ultranza - y en aras de la “profesionalidad”-, de la separación de funciones entre las distintas profesiones sanitarias. Se trata de un aspecto complejo, que se abordará con detenimiento en el presente trabajo.

Cuestión distinta es si existe una verdadera necesidad de introducir cambios en los modelos actuales de asistencia sanitaria. Ciertamente, la sociedad contemporánea ha sufrido grandes transformaciones en el ámbito de la salud. El tema que ahora se plantea es si tales modificaciones aconsejan la introducción de innovaciones en el mismo. La propuesta, en concreto, giraría en torno a la conveniencia de promover una renovación del sistema de atención sanitaria, a través de la potenciación de la interacción, y la

complementariedad, entre los miembros de los equipos de salud⁸. De cualquier manera, no podemos perder de vista que cualquier impulso de la acción concertada de los profesionales sanitarios debe perseguir una mejora en el objetivo común a todas estas profesiones: la buena atención al paciente⁹. Se trata, en este sentido, de potenciar un sistema asentado en el concepto de “*centred patient attention*”, contemplado éste en toda su dimensión, y no relegado, exclusivamente, a sus aspectos externos. Tal asistencia deberá estar apoyada en procesos de máxima calidad, desarrollarse con seguridad, y respetando siempre la dignidad del paciente.

Son variadas las razones que parecen justificar una revisión del actual sistema de asistencia sanitaria. Una de ellas es el elevado porcentaje de ingresos debidos a un incorrecto uso de los medicamentos. En concreto, sabemos que el 12% de los ingresos agudos¹⁰ en emergencias hospitalarias son causados directamente por la prescripción de medicinas¹¹. En este sentido, por ejemplo, se estima que más de un cuarto de millón de los pacientes que son admitidos en hospitales del Reino Unido ingresan a causa de efectos perjudiciales de los medicamentos. Ello genera un gasto de 680 millones de euros. Asimismo, cabe destacar que el 50% de los tratamientos prescritos no se comienzan y que el 20% no se finalizan¹². También son motivo de preocupación ciertos sectores de la población como, por ejemplo, los ancianos que están polimedificados¹³. Estos necesitan, no sólo una mayor atención, sino también una acción integrada de todos aquellos que tienen que velar por su salud.

⁸ Esta perspectiva ha dado lugar a una nueva disciplina, la “Farmacología social” o “Sociofarmacología”. La Sociofarmacología implica “una nueva proyección de servicio a la sociedad, en donde el equipo de trabajo es interdisciplinar, y se concentra en la adquisición del conocimiento de todo cuanto puede acontecer al medicamento comercializado”. Alloza, J.L. *Farmacología social: la disciplina que estudia el medicamento comercializado y su entorno*. http://www.elmedicointeractivo.com/analisis_ext.php?idreg=197.

⁹ Azzopardi, L.M. “The need for interdisciplinary cooperation and teamwork”, *European Society of Clinical Pharmacy News*, 127: 1, 2005.

¹⁰ Hepler y Segal. Cfr. McGavock. “Thoughts on independent prescribing”, *Prescribing & Medicines Management*, 2005, pág. 17, september: PM3.

¹¹ Hitchen, L. “Adverse drug reactions result in 250 000 UK admissions a year”. *British Medical Journal*, 332: 1109, 2006.

¹² Parry, V. *Why don't people take medicine? (12 de Julio de 2005)* <http://news.bbc.co.uk/1/hi/health/4675071.stm>

¹³ Huang, B.; Bachmann, K.A.; He, X.; Chen, R.; McAllister, J.S., y Wang, T. “Inappropriate prescriptions for the aging population of the United States: an analysis of the National Ambulatory Medical Care Survey, 1997”, *Pharmacoepidemiology and drug safety*, 11: 127-34, 2002.

Por otro lado, en nuestro entorno sanitario se advierte, en relación a la prescripción, la persistencia de un cierto reduccionismo, al entenderla sólo desde sus aspectos más materiales. Por el contrario, parece conveniente fomentar una visión más amplia, que integre el hecho particular de la observancia de lo indicado en la receta en el marco de un proceso asistencial más completo: el paciente presenta unos síntomas que el médico reconoce. A través de éstos, diagnostica la enfermedad que los ocasiona. Con ese diagnóstico, se prescribe el medicamento u otra alternativa¹⁴ - como puede ser una medida higiénica, una terapia física, un alimento... -. En el caso de que se trate de un medicamento, éste deberá ser consumido adecuadamente por el paciente, tras su adquisición en la Oficina de Farmacia. En el supuesto de encontrarnos ante otro tipo de terapias, éstas deberán ser aplicadas por el correspondiente profesional. De cualquier manera, una visión amplia e interdisciplinar del proceso, pone de relieve que las terapias a adoptar no serán siempre, ni predominantemente, las medicamentosas. Además, el sistema debe tener su punto de partida en el diagnóstico y la prescripción, pero éstos deberán ser completados con un seguimiento personal del paciente. El presupuesto de toda actuación será, así, el ser humano, en su integridad y dignidad, y no una aisladamente considerada.

Asimismo, hay que tener en cuenta que, en la actualidad, el concepto tradicional de enfermedad, entendido como presupuesto de la asistencia sanitaria, ha quedado desfasado, al menos en los países desarrollados. La práctica asistencial ya no tiene como objeto y finalidad la noción de salud. Ésta ha sido sustituida por un concepto más amplio, el de calidad de vida. De ahí, que la prescripción ya no se contemple, sólo, como una indicación que se dirige a solventar una enfermedad sino que, de forma más completa, se oriente también a proporcionar al sujeto un mayor nivel de calidad de vida¹⁵

¹⁴ Lowenthal, D.T., y Caranasos, G.J. "Issues in prescribing". En: Reich WT (Editor). *Encyclopedia of Bioethics*, New Cork, Macmillan, 1995, pág. 1945.

¹⁵ El concepto de "calidad de vida" ha adquirido una gran importancia en las últimas décadas. No obstante, se trata de una noción difusa, imprecisa y difícil de delimitar (vid. Horan, M. "Treating and feeding the debilitated elderly", en Gormally, L., *The dependent elderly. Autonomy, justice and quality of care*, Cambridge, Cambridge University Press, 1992, pág. 16-17). Desde un punto de vista biomédico, Hepler la ha calificado como "borrosa" (Hepler, C.D., "Philosophical Issues Raised by Pharmaceutical Care", en Haddad, A.M., y Buerki, R.D., (ed.), *Ethical Dimensions of Pharmaceutical Care*, New York, Pharmaceutical Products Press, 1996, pág. 39). Para Sánchez González, "el problema radica en que la idea de la calidad de vida no es primariamente un concepto intelectual. Es más bien una aspiración ideal que sólo puede llenarse de contenido en un determinado contexto histórico, social y

Consideramos que todos los factores reseñados aportan, al menos, argumentos suficientes para reflexionar acerca del modelo actual de prescripción, así como sobre la necesidad de incrementar la interrelación entre los distintos profesionales sanitarios.

La admisión de nuevas modalidades de prescripción requeriría un marco legal favorable a ello. En España, la Exposición de Motivos de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias¹⁶ establece que:

"existe la necesidad de resolver, con pactos interprofesionales previos a cualquier normativa reguladora, la cuestión de los ámbitos competenciales de las profesiones sanitarias manteniendo la voluntad de reconocer simultáneamente los crecientes espacios competenciales compartidos interprofesionalmente y los muy relevantes espacios específicos de cada profesión. Por ello en esta ley no se ha pretendido determinar las competencias de unas y otras profesiones de una forma cerrada y concreta sino que establece las bases para que se produzcan estos pactos entre profesionales, y que las *praxis* cotidianas de los profesionales en organizaciones crecientemente multidisciplinarias evolucionen de forma no conflictiva, sino cooperativa y transparente".

personal" (Sánchez, M. "Calidad de vida en enfermos terminales y eutanasia", En: Urraca S (Ed.) *Eutanasia hoy: un debate abierto*, Madrid, Noesis, 1996, pág. 356).

En la actualidad, para algunos la calidad de vida es un parámetro totalmente cuantificable y objetivo. Para otros, conlleva una valoración subjetiva. Desde los años cuarenta hasta nuestros días se ha pasado de una etapa presidida por un alejamiento de los aspectos subjetivos, a otra en la que éstos han adquirido una gran relevancia (Vid. Häyry, M. "Measuring the quality of life: Why, How and What?", *Theoretical Medicine*, 12: 97-116, 1991). Por otro lado, la calidad de vida no se determina sólo a partir de la realidad o percepción del sujeto ante, por ejemplo, un tratamiento farmacológico, quirúrgico o asistencial. Actualmente es, también, uno de los parámetros a tener en cuenta en el diseño de las políticas científicas y tecnológicas. En este sentido, Muñoz afirma que "el concepto de calidad de vida supone una revolución respecto a las ideas tradicionales de la política científica y tecnológica, y contradice, hasta cierto punto, los planteamientos liberales que dominan en el mundo desarrollado" (Vid. Muñoz, E. "Calidad de vida, un nuevo elemento y un desafío para la política científica y tecnológica", *Quark*, 3: 74, 1996).

Por otro lado, es importante tener en cuenta que la noción de calidad de vida admite distintas perspectivas de estudio: a) Descriptiva: cuando se estudian o detallan aquellas propiedades que determinan que la vida de un sujeto sea considerada mejor que la de otro. En este sentido, se puede entender que la posesión de riqueza, cultura, belleza o salud, son signos de una buena calidad de vida; b) Evaluativa: se introducen aspectos cuantificables, normalmente de tipo estadístico. Tiene su origen en el control de calidad introducido en los procesos industriales; c) Normativa: cuando la noción de calidad de vida se adopta como presupuesto de decisiones morales (Gracia, D. *Ética de la calidad de vida*, Madrid, Fundación Santa María, 1984, pág. 7-19).

¹⁶ BOE, de 22 de noviembre de 2003.

Del citado texto se desprende una concepción abierta en relación al establecimiento de las competencias de los distintos agentes sanitarios. Asimismo, manifiesta una visión no estática o cerrada del concepto de profesión, rechazando la idea de que ésta es una realidad ya definida y predeterminada, llamada a desempeñar el mismo cometido a lo largo de los años. Por el contrario, se trata de ámbitos no ajenos a transformaciones, determinadas, en última instancia, por las necesidades y la evolución de la sociedad.

El 29 de junio de 2006, el Pleno del Congreso de los Diputados aprobó en nuestro país la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios¹⁷. En esta disposición no se ha dado respuesta a las demandas anteriormente mencionadas, ya que la misma no contempla la posibilidad de que enfermeros o farmacéuticos puedan colaborar con el médico en el proceso de prescripción. No obstante, consideramos que en un contexto sanitario global, de interrelación y cooperación profesional, no podemos ser ajenos a los procesos que se están desarrollando en diversos países de nuestro entorno cultural. Estamos convencidos de que nuestra legislación sanitaria no debe quedar totalmente al margen del desarrollo que se está llevando a cabo actualmente en este campo. Este es el marco del que partimos en el presente trabajo y en el que, en última instancia, se encuadran todas las reflexiones que en él se contienen.

II. MODELOS DE PRESCRIPCIÓN

Cuando se aborda el tema relativo a las alternativas a la prescripción médica, se acostumbra a plantearlo en su forma más radical: se presupone que se trata de que otro profesional sanitario realice esa función, con independencia del médico e, incluso, dejando a este profesional excluido del proceso. Este planteamiento es simplista y reductivo, ya que olvida una variada gama de opciones. Sobre todo, se obvia la posibilidad de plantear un modelo de prescripción basado, no en la sustitución, sino en la *colaboración* de distintos profesionales. Estos modelos “cooperativos”¹⁸, no sólo están más posibilitados para

convertirse en una realidad, sino que, además, conllevan muchas ventajas, fundamentalmente, para los pacientes. Por un lado, es claro que cualquier cambio drástico en un modelo de atención sanitaria, no sólo suele ser difícil de implantar, sino que, además, podría tener consecuencias radicales y nefastas para sus principales destinatarios: los pacientes¹⁹. En este sentido, habría que estar muy seguro de los objetivos, necesidad y consecuencias de la sustitución de un modelo sanitario, antes de intentar aplicarlo. Por otro lado, parece que, en principio, una iniciativa que implique colaboración interprofesional entre los distintos agentes sanitarios puede reportar beneficios para los pacientes, especialmente en una fase tan crucial de la atención sanitaria como es la prescripción.

En definitiva, ante las propuestas, no de sustitución del médico en la prescripción, sino de *integración* del resto del equipo sanitario en la misma, consideramos que la respuesta no debe ser un rechazo frontal, sino una reflexión y estudio riguroso, ponderado y objetivo del tema. Así, habrá que considerar los distintos tipos de prescripción, estudiar cuál es el más conveniente para las circunstancias específicas de cada sistema sanitario, dilucidar si existen posibilidades legales de implantación... Esta investigación permitirá, o bien concluir que el actual modelo sanitario es el más adecuado, plantear la introducción de modificaciones más beneficiosas o, incluso, proponer otro modelo de prescripción. El horizonte de este trabajo debe ser siempre, como es lógico, el mayor beneficio del paciente. De acuerdo con este planteamiento, en las páginas siguientes se expondrán, en primer lugar, algunos modelos de prescripción, Pasamos a comentar algunas de esas opciones en la prescripción²⁰.

R. “¿Cómo medir la prescripción delegada?: un método fácil”, *Pharmaceutical Care España*, 1: 289-93, 1999.

¹⁹ Paura y Tarodo, realizan el siguiente comentario -que se podría aplicar a cualquier nuevo modelo sanitario que se quisiera instituir-, sobre la forma de implantar la Atención farmacéutica: “De lo que se trata es de reconocer los obstáculos para comenzar a pensar en cómo superarlos. Siempre debemos tener presente nuestro objetivo, considerando que en todo momento se está ante situaciones particulares en las que hay que decidir el modo de hacer viable lo que nos proponemos. Quizás por el afán de poner en práctica el objetivo ideal, perdamos de vista la viabilidad y nos lleve a cometer grandes errores. Siempre debemos preguntarnos qué espacio de trabajo encontramos con el paciente y con el médico. Poco a poco iremos ganando el lugar que nos proponemos, sin pretender protagonismos, sino cumpliendo los objetivos propuestos”. Paura, A.C., y Tarodo, P. “El rol del farmacéutico en la Atención farmacéutica: el paciente y el equipo de salud”, *Pharmaceutical Care España*, 5:176, 2003.

²⁰ En este tema seguimos, básicamente, la clasificación elaborada por Emmerton y colaboradores. Emmerton, L.; Marriott, J.; Bessell, T.; Nissen, L., y Dean, L. “Pharmacists and prescribing rights: review of international developments”, *Journal of Pharmacy and Pharmaceutical Sciences*, 8: 218-221, 2005.

¹⁷ Boletín Oficial de las Cortes Generales. Congreso de los Diputados. 14 de julio de 2006, núm. 66-15. En la fecha de la finalización del presente trabajo la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios se encuentra pendiente de publicación en el Boletín Oficial del Estado.

¹⁸ En este sentido, es preciso tener presente que hay distintos tipos de prescripción que no suponen una ruptura con el concepto clásico de prescripción, como por ejemplo la “prescripción delegada” entre Atención Especializada y Atención Primaria. Plaza, A.; Segura, M., y Catalá,

II.1. La prescripción independiente.

El modelo tradicional de prescripción ha sido el independiente. De acuerdo con el mismo, un profesional -en nuestro caso, el médico-, debe realizar la prescripción de manera autónoma y exclusiva. Tal prescripción no estaría sólo referida a la indicación sobre medicamentos, sino también sobre hábitos físicos, fisiológicos...

Este sistema se apoya sobre una estructura muy clara: el paciente deposita toda la confianza en el profesional²¹ y, en consecuencia, sobre éste recae una especial responsabilidad²². En un modelo de autonomía radical, tal responsabilidad reposaría exclusivamente en el facultativo, no relegando ningún resquicio de ésta en otros profesionales²³.

En la actualidad, y por diversas circunstancias, este modelo está llamado a la extinción. El progresivo reconocimiento de los derechos de los pacientes, así como su mayor implicación en el modelo sanitario, presiona en este sentido. En consecuencia, la responsabilidad del profesional pasa a ser compartida con la del propio paciente, que se incorpora al proceso de decisiones que competen a su salud. Incluso, en algunos casos, el enfermo se independiza del criterio médico llegando, a demandar un derecho a la "automedicación responsable"²⁴.

No obstante, el médico no es el único profesional que podría llevar a cabo una prescripción independiente. Al tratarse de un concepto amplio de prescripción -que incluiría también hábitos de vida, físicos, etc-, cabría que la realizara otro agente sanitario, como por ejemplo un enfermero, farmacéutico..., de forma totalmente autónoma con respecto al médico.

La prescripción independiente realizada por el farmacéutico está ampliamente aceptada en los países desarrollados, aunque sólo para determinadas especialidades farmacéuticas. El profesional tiene así facultades para determinar qué medicamento se adapta mejor a la afección del paciente; incluso, puede llegar a redactar la nota escrita (receta) en la que se indica la especialidad farmacéutica recomendada, su forma de utilización y ciertas observaciones complementarias. No obstante, conviene señalar que a esta práctica no se le suele denominar prescripción.

Con respecto a la prescripción autónoma del farmacéutico, podríamos hacer un inciso. Siguiendo a Alfonso²⁵, cabría distinguir entre aquellas situaciones en las que el usuario solicita al farmacéutico que le suministre un producto -a determinar por el profesional- para una concreta sintomatología, y aquellas en las que le pide un medicamento concreto. En el primer caso hay una participación directa del farmacéutico en el proceso. Por ello, el término automedicación no sería adecuado, siendo más ajustado el de "medicación indicada", "indicación farmacéutica"²⁶, "prescripción farmacéutica", "automedicación tutelada" o "consulta farmacéutica"²⁷.

Conviene matizar que la capacidad del farmacéutico no suele ser absoluta. Tampoco es homogénea en los di-

²¹ En este sentido, se entiende por "paternalismo" un modo de articular la relación del médico con su paciente en que todo el peso de las decisiones lo lleva el médico.

²² "Responsum", responsable, significa "el obligado a responder de algo o de alguien". Dobler, I. La responsabilidad en el ejercicio médico, México, El Manual Moderno, 2002; XV.

²³ Esta afirmación debe ser entendida teniendo en cuenta que la responsabilidad puede ser de tipo moral o legal. La primera remite a la obligación de todo agente libre de responder de sus acciones ante su propia conciencia o ciertos principios éticos. Por su parte, la responsabilidad legal deriva de la obligación de atenerse al Derecho vigente. Puede ser de tipo civil (Cerdá Olmedo, M. Derecho civil y Farmacia, Madrid, La Ley, 1993), penal (Ruiz Vadillo, E. "La responsabilidad civil y penal de los médicos", Derecho y Salud, 3 (1): 72-76, 1995) o administrativa (López Menudo, F. "Responsabilidad administrativa y exclusión de los riesgos del progreso", Derecho y Salud, 8 (2): 1-17, 2000.)

²⁴ Tal demanda se apoyaría en el principio de autonomía del sujeto, postulando un respeto absoluto a las decisiones del paciente, de las que el médico pasaría a ser un mero servidor.

²⁵ Alfonso, T. "El rol del farmacéutico en automedicación. Uso de medicamentos: análisis desde la experiencia en España", *Pharmaceutical Care*, 1: 157, 1999.

²⁶ Machuca, M. "Del seguimiento farmacoterapéutico a la dispensación activa", *Pharm Care Esp*, 6: 80, 2004. Gastelurrutia alerta sobre el hecho de que distintos autores afirmen que la prescripción independiente es la que se realiza en el caso de la indicación. "El acto de prescribir es la consecuencia de una cadena de acontecimientos que comienza en la anamnesis y exploración del paciente, para terminar con un diagnóstico diferencial o sospecha diagnóstica, matizado con criterios de pronóstico. En la indicación farmacéutica, el farmacéutico, sin realizar ninguna exploración ni anamnesis, descarta causas de remisión al médico (que deberían estar previamente pactadas e incluidas en guías o protocolos). Cuando existen causas de remisión, el farmacéutico no debería indicar ningún tratamiento" (...) "Por tanto, pensamos que el farmacéutico no prescribe, sino que indica un medicamento, en su caso, acto clínico de gran importancia para la salud y para el Sistema Sanitario, por otra parte". Gastelurrutia, M.A., op. cit., pág. 15. También se puede consultar: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. *Indicación Farmacéutica I. AuladelaFarmacia*, 2 (17): 41-48, 2005.

²⁷ La "consulta farmacéutica" se considera una parte de la "dispensación activa sin receta". En ella, el paciente describe un síntoma y solicita consejo para aliviarlo. "El farmacéutico seleccionará el medicamento más adecuado para ese síntoma y paciente y lo dispensará con toda la información necesaria para su correcta utilización, así como la indicación de visitar al Médico si no desaparecen los síntomas. Remitirá el paciente al médico con una 'hoja de consulta farmacéutica', si considera que es un síntoma que requiere un diagnóstico preciso o si cree estar ante un PRM de otro medicamento o es un paciente con un riesgo de salud importante (ancianos, embarazadas, lactantes)". Tellache, Y. "Dispensación activa. Implantación en la oficina de farmacia", *Seguimiento farmacoterapéutico*, (suple 1): 11, 2004.

versos Estados en los que se reconoce. Por el contrario, viene determinada por la legislación de cada país, en la que se establecen aquellas patologías que pueden ser tratadas -a las que se les suele denominar “síntomas o síndromes menores”- así como los medicamentos que pueden ser dispensados sin la intervención del médico²⁸. A tales medicamentos se les denomina OTC (*over the counter*). En el caso español, tales productos se clasifican en:

1. Medicamentos sin receta no publicitarios.

Estos, a su vez, se dividen en²⁹: a) reembolsados. Son los que tienen precio controlado, están financiados por la Seguridad Social y su publicidad sólo puede estar dirigida a médicos y farmacéuticos; b) no reembolsados: tienen precio libre, no son financiados por la Seguridad Social y su publicidad únicamente puede estar dirigida a médicos y farmacéuticos

2. Especialidades farmacéuticas publicitarias.

Según lo previsto en el artículo 1 del Real Decreto 2730/1981, de 19 de octubre, sobre Registro de las Especialidades Farmacéuticas Publicitarias, se consideran especialidades farmacéuticas publicitarias (EFP) a aquellas de libre uso y dispensación sin receta, empleadas para el alivio, tratamiento o prevención de síndromes o síntomas menores, que no requieren atención médica. Estos productos deben ser autorizadas como tales, teniendo en cuenta los siguientes criterios:

"a) En su composición deben llevar, únicamente, principios activos o asociaciones justificadas de los mismos que estén autorizadas por Orden ministerial, la cual podrá imponer limitaciones respecto de dosis, usos y formas farmacéuticas. Asimismo, tales constituyentes podrán ser modificados por la correspondiente Orden ministerial a propuesta de la Dirección General de Farmacia y Medicamentos, o del Sector, previo informe del Centro Nacional de Farmacobiología, y oído el parecer de la Asociación Nacional de Especialidades Farmacéuticas Publicitarias.

b) Las dosis y su posología deberán ser las adecuadas para su correcto uso.

²⁸ En el artículo 19.4 de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios se indica que en este grupo se integran los medicamentos que “vayan destinados a procesos o condiciones que no necesitan un diagnóstico preciso y cuyos datos de evaluación toxicológica, clínica o de su utilización y vía de administración no exijan prescripción médica”.

²⁹ García, R. “Especialidades farmacéuticas publicitarias”. En: AA.VV. *Curso básico de Derecho Farmacéutico*, Madrid, Recoletos Grupo de Comunicaciones, 2005, pág. 66.

c) En su aplicación no podrá hacerse uso de la vía parenteral o cualquier otra vía inyectable.

d) Sus indicaciones se limitarán al alivio de manifestaciones sintomáticas o trastornos leves, susceptibles de ser tratados con esta clase de medicamentos.

e) La dispensación se realizará en la Oficina de Farmacia, sin necesidad de receta médica.

f) El material de acondicionamiento se ajustará a la normativa existente para las especialidades farmacéuticas, pudiendo permitirse en el envase externo la indicación terapéutica fundamental y recomendaciones para beneficio del consumidor. Asimismo el prospecto se dirigirá al usuario, y deberá contener la información adecuada para la correcta utilización de la especialidad, con la específica recomendación de que en el caso de agravación o persistencia de los síntomas se deberá consultar al médico³⁰.

Como ya se ha indicado anteriormente, el grupo de medicamentos que el farmacéutico puede facilitar sin prescripción médica varía en cada país. En la Comunidad Europea está previsto en las Directivas 2001/83 y la Directiva 2004/27. Tales medicamentos están integrados en listas abiertas que son revisadas continuamente, de tal modo que se puedan incluir o excluir especialidades, según lo estime oportuno la autoridad sanitaria competente³¹.

La prescripción independiente requerirá de distinta capacidad profesional de diagnóstico, según se aplique a unas u otras patologías. Es importante tener en cuenta este aspecto, ya que la acreditación, que deberán obtener los profesionales, será distinta según los grupos terapéuticos en los que se admita la prescripción. Sin duda, prescribir, con seguridad, medicamentos de todos los grupos terapéuticos requiere unos amplios conocimientos y habilidades, que deben ser adquiridos a través de una rigurosa

³⁰ BOE de 25 de noviembre de 1981. Este Real Decreto fue desarrollado en la Orden de 17 de septiembre de 1982. Posteriormente, el Real Decreto 2236/1993, de 17 de diciembre, derogó su artículo 3.1, en el que se regulaba el etiquetado y prospecto de uso humano. También el anexo sobre principios activos de especialidades publicitarias del Real Decreto de 1982, ha sido modificado por distintas Ordenes.

³¹ En el artículo 31.4 de la Ley del Medicamento de 1990 (Ley 25/1990, BOE 22 de diciembre) se indica que “Podrán autorizarse especialidades farmacéuticas que no requieran prescripción facultativa para poder ser dispensadas y utilizadas, siempre que: vayan destinadas a patologías que no necesitan un diagnóstico preciso; de los datos de su evaluación toxicológica, clínica o de su utilización y vía de administración no se desprenda la necesidad de prescripción con receta para evitar los riesgos directos o indirectos de la salud de las personas”.

formación y entrenamiento³². Por ello, resulta importante reflexionar acerca de si, por ejemplo, ese esfuerzo añadido en la formación de las profesiones de Farmacia y Enfermería está justificado; o si, por el contrario, existe el riesgo real de que tal suplemento revierta en una reducción de la atención a otras áreas que, hasta este momento, han tenido relevancia en la formación de estos profesionales. Sobre este tema existen diversas posiciones. Así, para ciertos sectores, ese riesgo no existe y, por el contrario, la prescripción independiente es una meta a alcanzar, ya que redundará en beneficio, tanto del paciente, como de los profesionales implicados³³.

En la actualidad, el debate sobre la prescripción independiente del médico se encuentra abierto. Uno de los argumentos al que se suele recurrir en detrimento de la misma es el siguiente: si hay motivos suficientes para cuestionar la prescripción independiente realizada por farmacéuticos y enfermeros, también los hay para considerar que tal prescripción deba ser realizada, exclusivamente, por el médico, sin la cooperación de otros sanitarios³⁴. En realidad, si se tiene en cuenta el bien y la seguridad del paciente, lo deseable sería la mayor colaboración e integración de los equipos sanitarios. Ello implicaría, entre otras cosas, que en la prescripción siempre estuvieran implicados varios profesionales o, al menos, dos de ellos³⁵.

Según McGavock³⁶ la anterior propuesta se apoyaría en el hecho de que la seguridad y eficacia de la terapia con medicamentos se basa en tres aspectos: a) el correcto diagnóstico; b) el suficiente conocimiento de las bases farmacológicas; y c) el adecuado cumplimiento por parte del paciente. El médico posee una correcta formación encaminada a poder realizar un buen diagnóstico. No obstante, no posee el suficiente conocimiento de Farma-

cología³⁷. Por su parte, el farmacéutico carece de las bases suficientes para poder diagnosticar³⁸. Como es bien conocido, para realizar esta práctica no son suficientes las pruebas bioquímicas. Además del conocimiento de las patologías, es necesario dominar la técnica de la diferenciación de síntomas, la auscultación, etc.³⁹. No obstante, el farmacéutico sí posee un profundo conocimiento de los aspectos farmacológicos, siendo, además, experto en biodisponibilidad, bioequivalencia, etc.. Son éstos aspectos menos conocidos por el médico. Incluso algunos de ellos están completamente ausentes en la mayoría de los programas de grado de las licenciaturas en medicina. De ahí, que la colaboración estrecha y efectiva entre ambos profesionales sería muy eficaz para evitar problemas relacionados con los medicamentos. Dicha cooperación también redundaría en un mejor cumplimiento por parte del paciente. En este sentido, se ha llegado a afirmar que el 30% de la morbilidad derivada de la utilización de medicamentos es debida a problemas relacionados con el cumplimiento⁴⁰.

En este debate resulta interesante tener en cuenta la situación de otros países. En concreto, el Reino Unido está actualmente liderando importantes cambios en lo que respecta a la prescripción independiente. Tras el "éxito" que ha tenido en este país la prescripción suplementaria, por parte de enfermeros y farmacéuticos, en mayo de 2006 se anunció la ampliación de las posibilidades de prescripción de los farmacéuticos, otorgándoles la capacidad de recetar fármacos de forma independiente. El presidente de la Real Sociedad Farmacéutica de Gran Bretaña consideró este hecho como el desencadenante de "una nueva era

³² Avery, A.J., y Pringle, M., *op. cit.*, pág. 1154.

³³ Azzopardi, L.M. "Pharmacy education and Clinical Pharmacy", *European Society of Clinical Pharmacy News*, 123: 1, 2005.

³⁴ Actualmente, la noción de "libertad de prescripción" hace referencia a "la capacidad o la posibilidad de dar al enfermo lo que necesita, es decir, lo que mejor le va para él en cuanto a pronóstico y calidad de vida. Esta última definición implica tener un conocimiento preciso de qué es lo que ese enfermo necesita y qué efectos tienen los medicamentos, desde el punto de vista de los beneficios, los riesgos y los costes, tanto para ese enfermo concreto como para una comunidad" Rodríguez, C. "Medidas de racionalización; libertad de prescripción", *Derecho y Salud*, 5 (2): 227, 1997. Consideramos que este concepto se adecua más a la prescripción conjunta que a la independiente.

³⁵ Hepler y Segal señalan que "Relatively safe and effective drugs are released into a very unsafe prescribing, dispensing and consumption environment". Cfr. McGavock, *op. cit.*, pág. 17.

³⁶ *Ibid*

176

³⁷ En esta línea, para Rodríguez "el médico, excepto en algunas facultades de medicina que, afortunadamente, han contemplado esto, tiene una asignatura de farmacología en tercer curso que para nada prepara al médico para enfrentarse a las complejidades del mercado y de la prescripción. Por tanto, lo que haría falta es una reforma de los planes de estudio y que estos estudiantes, estos futuros médicos, en sexto de medicina tengan una asignatura que les imbuya de todos los conocimientos y de toda la filosofía necesaria para enfrentarse a una prescripción racional: evaluación de los medicamentos, criterios de selección de medicamentos, lectura crítica de la literatura, etc". Rodríguez, C., *op. cit.*, pág. 229.

³⁸ "No es función del farmacéutico establecer un diagnóstico médico, no es razonable tratar todo tipo de problemas de salud, sino sólo aquellos que no requieren el diagnóstico del médico". Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, *Indicación Farmacéutica (I)*, Aula de la farmacia, 2 (17): 45, 2005.

³⁹ Wilson, P. "The development of a curriculum for supplementary prescribing", *The Pharmaceutical Journal*, 270: 21, 2003.

⁴⁰ Todo ello le lleva a McGavock a afirmar: "I think there is good evidence that independent pharmacist prescribing cannot be clinically justified, just as the present solo prescribing by GPs is not clinically justifiable". McGavock, *op. cit.*, pág. 17.

para la profesión”⁴¹. Por su importancia para el tema, se transcriben a continuación los apartados 7 y 8 del documento elaborado, en abril de 2006, por el Departamento de Salud de este país, titulado *Improving patients’ access to medicines: A guide to implementing Nurse and Pharmacist independent prescribing within the NHS in England*⁴², en los que se aborda la definición de la “prescripción independiente”:

“7. The Department of Health’s working definition of independent prescribing is prescribing by a practitioner (e.g. doctor, dentist, nurse, pharmacist) responsible and accountable for the assessment of patients with undiagnosed or diagnosed conditions and for decisions about the clinical management required, including prescribing. Within medicines legislation the term used is ‘appropriate practitioner’.

8. In partnership with the patient, independent prescribing is one element of the clinical management of a patient. It requires an initial patient assessment, interpretation of that assessment, a decision on safe and appropriate therapy, and a process for ongoing monitoring. The independent prescriber is responsible and accountable for at least this element of a patient’s care. Normally prescribing would be carried out in the context of practice within a multidisciplinary healthcare team, either in a hospital or in a community setting, and within a single, accessible healthcare record”.

Para finalizar este apartado, consideramos importante exponer una cuestión preocupante -que, por otro lado, excede los márgenes de la reflexión sobre los tipos de prescripción-. Se trata de la relativa a la “venta” de las especialidades farmacéuticas que no requieren prescripción médica en las grandes superficies comerciales. Es esta una posibilidad que ya se presenta en distintos países, y que tiene unas claras consecuencias: entre otras, “trivializa” la utilización de estos productos⁴³ y aleja al paciente de la conveniente información o seguimiento en su utilización.

⁴¹ Vid: <http://www.elglobal.net/articulo.asp?idcat=504&idart=196843>. Accedido el 11 de mayo de 2006.

⁴² Department of Health, April 2006.

⁴³ “Se dispensa en grandes superficies: en Irlanda, algunos medicamentos sin receta, los productos GSL; en Dinamarca, los productos homeopáticos, las plantas medicinales y las vitaminas; en Holanda, los medicamentos sin receta; en Alemania, los medicamentos OTC no reembolsados”. Vidal Casero, M.C. “El desarrollo legislativo de la Ley General de Sanidad y la Ley del Medicamento y el Uso Racional del Medicamento. Su problemática”, *Derecho y Salud*, 9 (2): 155, 2001.

Esta situación contradice los principios que se encuentran en la base de todo lo reseñado hasta el momento. Sabemos que el debate acerca de la conveniencia de una mayor participación de los profesionales sanitarios se apoya en la consecución de una mejor atención al paciente, búsqueda de la reducción de los efectos negativos de la medicación, fomento de su uso racional, etc. Estos aspectos quedan relegados cuando se autoriza a las grandes superficies a comercializar estos productos sin la intervención de profesionales. Especialmente, se amplía la posibilidad de consumo de medicamentos sin ningún control. El paciente puede adquirir tales productos careciendo de consejo profesional y sometido a la presión de una publicidad orientada al consumo. Si nos preguntamos a quien beneficia este nuevo enfoque, la contestación más inmediata sería que, en principio, supone un provecho para la industria farmacéutica. Esta, contando con sus equipos de marketing, podrá adquirir una mayor cuota de mercado. Por otro lado, las grandes superficies obtendrán la gran ventaja de acceder a un sector que les estaba tradicionalmente vedado. No obstante, es seguro que esta situación no beneficiará, en absoluto al paciente, ya que éste quedará inerme ante el empuje economicista de fuertes grupos de presión.

II.1.1. La negación a facilitar una prescripción.

Un supuesto en el que se advierten los beneficios prácticos derivados de la cooperación de los distintos profesionales -especialmente del médico y el farmacéutico-, es el relativo al rechazo de la prescripción. Se trata de una situación no extraña en la práctica habitual farmacéutica. Por ejemplo, un supuesto, que se presenta con relativa frecuencia, es el del paciente que es atendido por varios médicos sin relación entre ellos (un facultativo dependiente de una mutua y otro de tipo privado...) y que, por esa causa, puede estar sometido a una *polifarmacia* perjudicial por repetición, interacción, etc.

El farmacéutico comunitario se encuentra en una situación inmejorable en la detención de estos problemas y en la clarificación de las ordenes médicas en un proceso coherente. Su intervención, que generalmente se limitará a rechazar o a armonizar alguna prescripción, se convierte en una forma de actuar activamente en la farmacoterapia del paciente. En estos casos, y partiendo del hecho de que la no acción es también una forma de acción, se puede considerar que la negación a facilitar una prescripción -la no dispensación- es también una forma de prescripción.

Esta posibilidad tiene ya amparo en las legislaciones sanitarias de distintos países. Así, se pueden encontrar cláusulas en las que se alude a la expresión “causas justificadas” para avalar la omisión⁴⁴ de un fármaco a una determinada prescripción.

II.1.2. La prescripción independiente “ilegal”.

Podemos denominar prescripción independiente “ilegal” a aquella que realizan los farmacéuticos sin estar autorizados para ello. En España, el incumplimiento, por parte de estos profesionales, de la legislación vigente en cuanto a dispensación de especialidades farmacéuticas que requieren receta es un auténtico problema. En este sentido, en el Informe del Defensor del Pueblo⁴⁵ correspondiente a la gestión realizada durante el año 2003, se reseñaba, como uno de sus puntos más significativos, el que se ocupaba del “grave problema que puede representar para la salud de los ciudadanos la dispensación sin receta de medicamentos sometidos a esta modalidad de prescripción, práctica frecuente en un representativo número de oficinas de farmacia ubicadas en las diferentes comunidades autónomas”. Por ello, la Institución apeló a la Administración, “expresando que esta práctica vulnera el uso racional de los medicamentos en el Sistema Nacional de Salud”, de tal modo que “parecía oportuno someter la misma al Consejo Interterritorial, en orden a intensificar los programas específicos de inspección y, en su caso, establecer medidas que promuevan una adecuada dispensación de los medicamentos”. Por su parte, la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios establece como infracción grave (artículo 101 b) 16ª) “dispensar medicamentos o productos sanitarios sin receta, cuando ésta resulte obligada”.

La exigencia de la receta médica en la dispensación de ciertos medicamentos no es, desde luego, una arbitrariedad de los legisladores. Se trata de una medida que racionaliza el uso del medicamento, estando orientada al cuidado de la salud de la población. Así se refleja, por ejemplo, en la Exposición de Motivos

de la Directiva 2001/83/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 6 de noviembre de 2001, en la que se indica que “toda regulación en materia de producción, distribución o utilización de los medicamentos debe tener por objetivo esencial la salvaguarda de la salud pública”.

No obstante, también cabe indicar que una de las exigencias que debe respetar el legislador es la de la coherencia. Esta nota facilita que los ciudadanos respeten las normas sin cuestionarlas. En el caso de la regulación de la prescripción -con o sin receta- se presentan, ciertamente, algunas incoherencias. A uno de estos casos se refiere Eguileor⁴⁶: “nos encontramos con situaciones ‘especiales’ como son el hecho de que en algunos medicamentos con igual composición se da la paradoja de que uno requiere receta médica y el otro no (Ej.: Paracetamol Mundogen 650® y Gelocatil®)”. Tales incoherencias que son aprovechadas, por algunos profesionales, para justificar comportamientos contrarios a lo establecido en la legislación.

Otro factor que influye en lo que se ha denominado “prescripción independiente ilegal” es, en algunas ocasiones, la carencia de racionalidad en la prescripción realizada por los médicos. Esta situación conduce a algunos farmacéuticos a justificar su *mal-praxis*. De ahí se deriva, a su vez, una espiral de actuaciones inapropiadas, con una clara repercusión en la salud de la población. Tal sería el caso, por ejemplo, de la utilización de antibióticos en España. Nuestro país es, entre las naciones desarrolladas, uno de los que más índice que consumo tiene de ellos. La consecuencia es que se ha producido un notable incremento de las resistencias; así, en 1992, el porcentaje de neumococos resistentes a la penicilina en España era de 44%, mientras que en Bélgica, Italia o Finlandia se encontraba en el 2%.

Si indagamos sobre las causas de esta situación, comprobamos que el problema no se encuentra en el ámbito hospitalario. En éste, el médico realiza la prescripción conociendo los datos sobre las resistencias bacterianas del centro en el que trabaja, y hay un control posterior del consumo. Por el contrario, el núcleo de la cuestión se sitúa en la Atención Primaria, donde hay una oferta superior a las 1000 espe-

⁴⁴ Este tipo de omisión, denominado “objeción de ciencia” habría que diferenciarlo de la clásica “objeción de conciencia”, determinada por cuestiones de índole ética.

⁴⁵ BOE de 25 de junio de 2004. Sobre las causas que alegan los farmacéuticos para avalar ese tipo de “prescripción” se puede consultar: Caamaño, F.; Tomé-Otero, M.; Takkouche, B., y Gestal-Otero, J.J. “Influence of pharmacists’ opinions on their dispensing medicines without requirement of a doctor’s prescription”, *Gaceta Sanitaria*, 19 (1): 9-14, 2005

⁴⁶ Eguileor, A. “Dispensación de medicamentos de prescripción sin receta”. En: AA.VV. *Con receta. Información para el farmacéutico*, Pamplona, Colegio Oficial de Farmacéuticos de Navarra, 2004, pág. 10.

cialidades farmacéuticas y una cierta falta de control. Es conocido que, en algunos casos, el médico prescribe con cierta arbitrariedad el antibiótico. Ello es detectado por los pacientes y también por el farmacéutico. Este sabe que, con relativa probabilidad, se recetará el antibiótico del visitador médico que ha realizado la última visita. De ahí, que el farmacéutico reste importancia a la receta y llegue a dispensar sin ella. La espiral continua con el propio paciente que, consciente de la "arbitraria" actuación de los profesionales sanitarios, puede trivializar el consumo de antibióticos: cuando se siente enfermo no recurre al médico, sino que se dirige directamente a la farmacia para obtener el antibiótico -o, si se quiere ahorrar dinero, lleva el "cartón" del medicamento a la enfermera para que se lo recete el médico...-.

Es evidente que estas prácticas deben ser superadas. De ahí que, en marzo de 2006, la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap), la Red Española de Atención Primaria (REAP), la Sociedad Española de Farmacia comunitaria (SE-FaC), la Sociedad Española de Farmacología Clínica (SEFC) y la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC) elaboraran el "Documento de consenso sobre la utilización de antibióticos en Atención Primaria". La finalidad que impulsó el mismo fue el hecho de que el "consumo exagerado de antibióticos en Atención Primaria está condicionado por un déficit de racionalidad en la prescripción médica, en la dispensación farmacéutica sin receta, el uso indiscriminado que realizan los pacientes y la falta de iniciativas claras de la administración sanitaria para el desarrollo de una política de antibióticos en Atención Primaria que mejore su utilización".

Con respecto al farmacéutico, el modelo de la prescripción independiente es el único que se lleva a cabo sin mediación o colaboración del médico. A continuación se expondrán otras propuestas en las que sí existe una mayor o menor vinculación de los enfermeros o farmacéuticos con los médicos.

II.2. La prescripción dependiente.

Se entiende por prescripción dependiente aquella en la que existe un previo acuerdo entre un médico y otro profesional sanitario para prescribir a un paciente ciertas medicinas que requieren de receta para su dispensación. Por ello, la prescripción dependiente implica una delegación de autoridad del médico a favor del farmacéutico o

enfermero. En este caso, deberá establecerse anteriormente la lista de especialidades que pueden verse afectadas por esta modalidad de prescripción, así como los profesionales capacitados para realizar tal actividad.

De las referidas premisas se pueden extraer algunas de las características de esta modalidad de prescripción:

a) debe existir un acuerdo entre el médico y otro profesional sanitario;

b) se requiere la elaboración de una lista de medicamentos, o de patologías, susceptibles de ser incluidos en tal acuerdo;

c) se precisa establecer mecanismos oportunos de acreditación de aquellos profesionales que accedan a este tipo de prescripción.

En el caso de la Farmacia, la prescripción dependiente se podría entender como su apertura a la dispensación de un nuevo grupo de especialidades farmacéuticas que no requieren la exclusiva prescripción médica, pero que, a su vez, no llegan a estar integradas en el grupo de aquellas medicinas en las que está admitida la "automedicación" del paciente. Por ello, en el caso de aceptarse esta modalidad, sería conveniente, con objeto de conseguir una mayor clarificación del panorama terapéutico, incluir un nuevo tipo de especialidad farmacéutica. A las ya existentes de "con receta médica" y "sin receta médica" se podría incorporar la de "con receta delegada", o "con receta farmacéutica". Sin duda, esta forma de prescripción se puede integrar fácilmente en cualquier sistema sanitario. Al mismo tiempo, puede presentarse como una herramienta para la adecuada, y no traumática, transferencia de especialidades del grupo de prescripción médica al conjunto de las que no la requieren.

Teniendo como referencia las ya mencionadas características, podríamos clasificar la prescripción dependiente en los siguientes tipos: Prescripción facultada individualizada, Prescripción facultada por repetición, Prescripción por protocolos y Prescripción suplementaria.

II.2.1. Prescripción facultada individualizada.

Es la prescripción que un farmacéutico proporciona a un determinado paciente -con nombre y apellidos- remitido por un médico concreto con ese fin. En la Atención Farmacéutica esta modalidad de prescripción se identificaría con el seguimiento farmacoterapéutico, al que se añadiría la capacidad de prescribir aquellos medicamentos que son utilizados por el paciente de forma ordinaria. La implantación de

este modelo es asequible en países con estructuras de mutuas, en las que a los pacientes se les asignan unos determinados médicos y farmacéuticos comunitarios. Por el contrario, es más difícil de aplicar en zonas con un mayor margen de autonomía en la elección de los profesionales que llevarán a cabo la atención sanitaria.

Todos los modelos de prescripción que vamos a contemplar requieren que, antes de su implantación o de cualquier modificación, se diseñe la conveniente estructura legal que permita acoger esa nueva práctica sanitaria. Si ese proceso legal no se realiza adecuadamente, pueden surgir una variada gama de conflictos. Por ejemplo, con respecto a la modalidad que estamos abordando, es posible que, si un médico acuerda el cuidado del paciente con una farmacia específica, se levanten suspicacias acerca de la elección de esa concreta Oficina de Farmacia en detrimento de otras. Por otro lado, también habrá que diseñar campañas para hacer comprender al paciente el beneficio que le supone este modelo, ya que, en el contexto sanitario actual, puede resultarle extraño que el médico le indique que, desde ese momento, le va hacer el seguimiento de su enfermedad un farmacéutico determinado. En caso contrario, el paciente puede entender, por ejemplo, que el médico le relega -factor muy a tener en cuenta en ancianos-, o que se expone a una atención menos cualificada o con más riesgos -percepción más probable en la asistencia a niños-. Por lo tanto, la hipotética implantación de este nuevo modelo deberá prever los mecanismos convenientes y paulatinos para adecuar la "cultura sanitaria" a las nuevas modificaciones legales.

En lo que respecta al farmacéutico, habría que tener en cuenta un problema añadido, el de la remuneración. La prescripción implica un trabajo adicional que, incluso, podría ocasionarle un incremento de gastos, debido, por ejemplo, a la necesidad de contratar a otro profesional. Por lo tanto, no sería extraño que se reclamara una compensación por llevar a cabo esa labor. La solución a esta demanda sería compleja: habría que ponderar si el posible coste de tal actividad debería asumirse por el farmacéutico -teniendo en cuenta que le supone el beneficio de un cliente fijo-, o se debería prever una vía de compensación, acudiendo, bien a una ayuda oficial, o bien a la asunción de un mayor coste por parte del paciente.

II.2.2. Prescripción facultada por repetición.

En la prescripción facultada por repetición el farmacéutico o enfermero sólo tiene la capacidad de prescribir, previo acuerdo con el médico, en aquellos procesos crónicos en los que la medicación ya se ha iniciado y debe continuar durante un periodo de tiempo, siempre que no surja alguna novedad o efecto adverso.

La prescripción inicial la realiza el médico. El farmacéutico o la enfermera podrán ir recetando las unidades que necesite el paciente hasta la próxima visita. En el transcurso de ese periodo se encargarán de evaluar el proceso y comprobar si el paciente debe seguir tomando la especialidad farmacéutica o tiene que ser remitido al médico.

En España, se podría encontrar un tibia precedente de esta modalidad en los denominados "tratamientos de larga duración"⁴⁷, siempre y cuando se considere que, con ellos, el farmacéutico realiza un seguimiento y control de la evolución del paciente. No obstante, la práctica ha demostrado que tales tratamientos han sido el medio para que los pacientes acumularan, en su botiquín, la medicación de varios meses. Este acopio de especialidades farmacéuticas conlleva un riesgo por la falta de control sanitario. A ello se une el gasto superfluo que implica en aquellos casos en que los productos no son utilizados: ya sea por un cambio en el tratamiento -por no ser adecuado el seguido hasta ese momento-, por tener que realizarse algún ajuste en la dosificación, o por surgir una nueva patología.

II.2.3. La prescripción por protocolos.

En este caso, el médico llega a un acuerdo con el farmacéutico o enfermero, por el que delega, en alguno de ellos, la facultad de poder realizar la prescripción. Tal acuerdo es, en realidad, un protocolo escrito en el que se detallan las actividades que un

⁴⁷ El artículo 13 del Real Decreto 1910/1984, de 26 de septiembre, de Receta Médica indica que: "1. En los supuestos y forma que reglamentariamente se determine, una receta médica podrá justificar tratamientos de larga duración y utilizarse para varias dispensaciones. En estos casos, el plazo de validez de la receta de diez días, se computará desde la fecha de la prescripción consignada en la receta, hasta la primera dispensación. El límite máximo de tres meses establecido para cualquier tratamiento en el artículo 10, se observará en todo caso. 2. En estos tratamientos prolongados el farmacéutico en cada dispensación fraccionada, sellará, fechará y firmará la receta, indicando la dispensación parcial efectuada y la devolverá al paciente. Efectuada la última dispensación, el farmacéutico retendrá la receta de acuerdo con lo establecido en el artículo 12".

profesional encarga a otro. Se trata, por lo tanto, de un proceso concreto y acotado.

El protocolo podrá ser más o menos amplio, y deberá incluir las siguientes cuestiones⁴⁸: patologías y medicamentos afectados por el acuerdo; criterios de decisión del profesional que contrae las nuevas responsabilidades; cometidos de cada uno de los profesionales que lo asumen; mecanismos de comunicación entre los profesionales; los controles que, periódicamente, necesita el proceso; el tiempo de duración del acuerdo, etc.

En algunos Estados norteamericanos la prescripción por protocolos ha sido autorizada para los farmacéuticos, con buenos resultados. Este tipo de prescripción también tiene una cierta tradición en Enfermería. En muchos países las enfermeras pueden prescribir, en el ámbito hospitalario, previa existencia de este tipo de protocolos. Uno de los más difundidos es el protocolo para atención a gestantes por parte de las matronas. En ese documento se detalla como debe ser prescrito el ácido fólico. Cuando la embarazada asiste a una consulta para realizar la revisión periódica, la matrona le puede prescribir, si es el momento oportuno y no existe ninguna contrariedad, la receta del ácido fólico. En España, sin embargo, en ese mismo supuesto, las recetas las firma siempre el médico. En muchos centros se dejan ya firmadas y preparadas. En otros, hay que solicitarlas al Ginecólogo en el día, o en el momento, de la citación. Esta situación implica un trastorno para la matrona. En ocasiones, también supone una complicación para la paciente, -que tiene que esperar a que las firme el médico-, sin que, por otra parte, medie un control real del facultativo. A su vez, esta situación también puede implicar una cierta desconsideración por la labor profesional de las matronas. Se presupone que debe quedar patente su trabajo es de tipo intermedio y que, siempre y en todo caso, se encuentra supeditado al criterio del facultativo -aunque éste no intervenga realmente en el proceso-.

Otro ejemplo de la utilización de protocolos en la prescripción lo encontramos en los años noventa del pasado siglo, cuando en Washington, California y Alaska se les reconoció a los farmacéuticos la capacidad de prescribir y dispensar la píldora del día siguiente, siempre y cuando esa actuación estuviera

sometida a unos procedimientos de estandarización, o protocolos, realizados conjuntamente por los farmacéuticos y los médicos prescriptores⁴⁹.

La prescripción con protocolos puede proporcionar beneficios e inconvenientes. Entre las ventajas, cabría destacar: una menor presión asistencial sobre el médico que, en la mayoría de los sistemas sanitarios, es el profesional que se encuentra más saturado; una mayor integración entre los componentes del equipo asistencial sanitario; o el más fácil acceso a algunas especialidades farmacéuticas por parte de los pacientes. Entre los inconvenientes, podría mencionarse el hecho de que la reducción de la presión asistencial sobre los médicos se traduciría en un incremento de la de los farmacéuticos o enfermeros, y ello podría redundar negativamente sobre el paciente; también existe la posibilidad de que se generen conflictos interprofesionales a causa, por ejemplo, de una distinta interpretación del diagnóstico. Por último, podrían plantearse problemas en el supuesto de que enfermeros y farmacéuticos solicitaran un complemento económico y la Administración sanitaria no estuviera dispuesta a satisfacerlo.

Por último, hay que tener en cuenta la posibilidad de que se exija una acreditación específica a aquellos profesionales que vayan a acceder a la prescripción por protocolos. Este requisito se añadiría a la exigencia del acuerdo previo entre el médico y el otro profesional sanitario. Ello podría generar situaciones complejas e, incluso, discriminatorias, ya que no todos los que estén suficientemente acreditados podrán acceder a esa práctica profesional. La situación se complicaría más si los acuerdos entre profesionales se realizaran sin ningún tipo de control e, incluso, arbitrariamente. Tales inconvenientes se podrían evitar con una rigurosa regulación legal que estableciera, por ejemplo, los requisitos de formación y acreditación para el acceso a la prescripción (especialización, cursos de formación continuada, etc.) y las condiciones de los acuerdos interprofesionales.

II.2.4. La prescripción suplementaria.

La prescripción suplementaria es aquella realizada por profesionales sanitarios distintos de los médicos - farmacéuticos o profesionales de la enferme-

⁴⁸ Emmerton, L.; Marriott, J.; Bessell, T.; Nissen, L., y Dean, L., *op. cit.*, pág. 218.

⁴⁹ Herbe, D.W. "The right to refuse: a call for adequate protection of a pharmacist's right to refuse facilitation of abortion and emergency contraception", *Journal of Law and Health*, 17: 81, 2002-2003.

ría- tras una previa habilitación y formación⁵⁰. Esta modalidad debe ser aceptada libremente por el médico y el profesional que va a realizar la prescripción, con conocimiento y aprobación del paciente, siguiendo un plan preestablecido⁵¹.

La prescripción suplementaria ha sufrido un gran desarrollo en el Reino Unido, especialmente a partir del año 2003⁵². Esta modalidad ya había sido puesta en práctica, por distintos motivos, en otras ocasiones⁵³, aunque sin emplear tal denominación, ni llevarse a cabo de forma generalizada. Con este sistema se pretende mejorar la atención de los pacientes y paliar los efectos negativos derivados de la escasez de profesionales habilitados para realizar la prescripción en centros ambulatorios⁵⁴.

Ciertamente, la implantación de la “prescripción suplementaria” en el Reino Unido se ha visto propiciada por el hecho coyuntural de la escasez de médicos. No obstante, para su aprobación también se tuvo en cuenta la existencia de profesionales preparados para acceder a ese nuevo papel. En este sentido, es conveniente señalar que en el Reino Unido ya se habían desarrollado tres niveles de actuación en farmacia comunitaria⁵⁵: “servicios esenciales”, “servicios avanzados” y “servicios mejorados” (*enhanced services*)⁵⁶. En Inglaterra y Gales, la prescripción suple-

mentaria se ha insertado en el marco de los “servicios mejorados”.

La prescripción suplementaria recibió un nuevo impulso cuando, en diciembre de 2005, se anunció, en Gran Bretaña, la decisión de ampliar la capacidad de prescribir por parte de los farmacéuticos y enfermeros (exceptuando aquellas medicinas de control especial, como, por ejemplo, la *diamorphine*). Las críticas del sector médico no se hicieron esperar: estas fueron en la línea de entender que tales profesiones no están suficientemente capacitadas para diagnosticar enfermedades y prescribir el tratamiento más apropiado. Incluso, se llegó a afirmar que se trata de una decisión irresponsable y peligrosa. Por el contrario, los portavoces de la Farmacia y la Enfermería calificaron tales críticas de injustas. Consideraron que el hecho de poseer una titulación, disponer de un bagaje práctico, adquirido durante años, y haberse sometido a una rigurosa enseñanza reglada y específica para ese fin⁵⁷, es suficiente garantía.

a) Características de la prescripción suplementaria en Gran Bretaña.

El modelo de prescripción suplementaria, adoptado recientemente en Gran Bretaña, se apoya sobre un acuerdo estable entre el prescriptor independiente (médico) y el prescriptor suplementario (farmacéutico, enfermero o matrona)⁵⁸. Tal acuerdo requiere, a su vez, un diagnóstico previo⁵⁹, un plan inicial de prescripción, diseñado por un médico u odontólogo -basado en dicho diagnóstico-, así como la determinación de la duración del proceso. Dicha información se contiene en el denominado *Clinical Management Plan*.

Conviene matizar que este modelo no está previsto para todo tipo de prescripciones. Dado que hay que acordar un plan de actuación entre el “prescriptor independiente” y el “prescriptor suplementario”, es lógico que se trate sólo de prescripciones que tengan un carácter reiterativo como, por ejemplo, las relativas a enfermedades crónicas (asma, hipertensión, diabetes, algunas enfermedades neurológicas..)⁶⁰. Periódicamente -como mínimo

⁵⁰ Costa i Font, J. *Prescripción suplementaria: evidencia del Reino Unido. (1 de Julio de 2005)* <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.fulltext?pid=13082025>.

⁵¹ Root, G. “Supplementary prescribing – a groundbreaking opportunity”, *The Pharmaceutical Journal*, 270: 19, 2003.

⁵² El 21 de noviembre de 2002, el Ministro de la Salud anunció que se iban a incrementar las facultades de los farmacéuticos y las enfermeras, permitiéndoles prescribir medicamentos. Tras consulta afirmativa del Consejo de Seguridad Farmacológica, se aprobó el Plan de prescripción suplementaria. *The Pharmaceutical Journal*, 270: 22, 2003.

⁵³ Se puede encontrar un comentario sobre el programa piloto, implantado en el año 2000, en las ciudades escocesas de Arbroath y Patna en Duff, N. “The direct supply of medicines pilot in Scotland – a local view”, *The Pharmaceutical Journal*, 270: 26, 2003.

⁵⁴ La propuesta fue acogida con entusiasmo por farmacéuticos y enfermeros, aunque también surgieron voces discrepantes. Maguire, T. “Is the Government committed to pharmacist prescribing in Northern Ireland?”, *The Pharmaceutical Journal*, 270: 27, 2003.

⁵⁵ Se trata de servicios cognitivos del farmacéutico que, según Gastelurrutia, “son aquellos servicios orientados al paciente y realizados por farmacéuticos que, exigiendo un conocimiento específico, tratan de mejorar, bien el proceso de uso de los medicamentos, bien los resultados de la farmacoterapia”. Gastelurrutia, M.A., *op. cit.*, pág. 12.

⁵⁶ “Los “servicios mejorados” están “comisionados, coordinados y financiados por las Unidades de Atención Primaria locales (Primary Care Trusts) en función de las necesidades específicas de la población atendida y constituyen la oportunidad que se brinda a los farmacéuticos británicos de desarrollar nuevos roles profesionales.” *Ibid.*, pág. 14.

⁵⁷ Day, M. “UK doctors protest at extension to nurses’ prescribing powers”, *British Medical Journal*, 331: 1159, 2005.

⁵⁸ Root, G., *op. cit.*, pág. 19.

⁵⁹ Costa i Font J. *Prescripción suplementaria: evidencia del Reino Unido. (1 de Julio de 2005)* <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.fulltext?pid=13082025>.

⁶⁰ Root, G., *op. cit.*, pág. 19.

cada doce meses-, está previsto realizar una reunión de seguimiento por parte de los prescriptores.

En cuanto a las responsabilidades de médicos y farmacéuticos, se puede indicar, siguiendo a Gastelurrutia⁶¹, que el médico prescriptor inicial es responsable de: realizar la anamnesis y el diagnóstico del paciente, así como de determinar los objetivos de su plan de gestión clínica; alcanzar un acuerdo con el prescriptor suplementario en relación a los límites de la responsabilidad; ofrecer consejo y apoyo al prescriptor suplementario; evaluar el progreso del paciente; y compartir la historia de éste con el prescriptor suplementario. Por otra parte, el farmacéutico, como prescriptor suplementario, es responsable de: realizar las prescripciones correspondientes al paciente de acuerdo con el plan de gestión clínica y, cuando sea preciso, modificar los medicamentos prescritos dentro de los límites predefinidos en dicho plan de gestión; monitorizar los progresos del paciente, de acuerdo con sus problemas de salud y los medicamentos que toma; y aceptar la responsabilidad, tanto profesional como clínica, que conlleva la práctica de la prescripción.

La prescripción suplementaria requiere del consentimiento del paciente⁶². Esta exigencia tiene dos ventajas: a) la primera es que implica un necesario respeto al criterio del destinatario de la atención sanitaria; b) la segunda, que favorece la implantación del nuevo sistema de prescripción, a través de una asunción voluntaria y paulatina de la población.

Un ejemplo del funcionamiento actual de este nuevo modelo puede encontrarse en el trabajo "Prescribing for hypertension and more", publicado por Mohammed Ahmed, farmacéutico que realiza prescripción suplementaria en Doncaster⁶³. Utilizando las pautas establecidas por el *Doncaster West Primare Care Trust* (basadas en los modelos del *National Institute for Health and Clinical Excellence* y el *Scottish Intercollegiate Guidelines Network*), el autor comenzó desarrollando esas funciones sobre pacientes con hipertensión. En la actualidad, se ocupa también de personas con colesterol, hipotiroidismo, epilepsia,

diabetes, etc. En este artículo se recogen interesantes datos en relativos a las nuevas funciones que se asumen, relación con el resto de los facultativos, seguimiento de los pacientes, cambios en la prescripción, derivación al médico, etc.

b) Mecanismos de aplicación.

Para conseguir resultados positivos en la prescripción suplementaria es fundamental atender a los factores interpersonales. En realidad, este sistema es de imposible consecución si no existe una buena sintonía entre los sujetos implicados: los médicos y aquellos profesionales que van a realizar la prescripción suplementaria. Idéntica avenencia deberá presidir la creación, supervisión y desarrollo de los programas de formación dirigidos a los profesionales prescriptores. A ello nos referiremos más adelante.

Además, conviene tener en cuenta que esa óptima relación no debe quedar circunscrita al ámbito subjetivo y personal. Por el contrario, tiene que ser institucionalizada. Para ello, es imprescindible elaborar modelos o protocolos de actuación conjunta del equipo prescriptor. Tales protocolos deberían llegar a ser asumidos, y defendidos, por las asociaciones profesionales e, incluso, por la legislación sanitaria. Tal interconexión será percibida por la población que es la que, en definitiva, deposita su confianza en los profesionales de la salud.

Todo ello conduce a la conclusión de que la posible implantación de la prescripción suplementaria precisaría un sensible cambio en el modelo de servicio asistencial nacional. Este afectaría, entre otros factores, a los profesionales que se ven afectados y a los estamentos educativos⁶⁴.

II.2.5. Prescripción por formulario.

La prescripción por formulario es semejante a la de protocolos. No obstante, ofrece menos posibilidades a la autonomía profesional que los anteriores modelos expuestos. Este tipo de prescripción ha sido también desarrollado en varias ocasiones.

Se apoya en un formulario menos detallado que el protocolo⁶⁵. En él se incluye una lista de medicamentos, así como comentarios sobre sus características y otros aspectos de interés para la prescripción: síntomas de la enfermedad a tratar, limitaciones para la prescripción, etc.

⁶¹ Gastelurrutia, M.A., *op. cit.*, pág. 16-17.

⁶² Sobre el reconocimiento legal, tanto a nivel nacional como internacional, de este requisito se puede consultar: Simón, P. *El consentimiento informado*, Madrid, Triacastela, 2000 y Galán, J.C. *Responsabilidad médica y consentimiento informado*, Madrid, Civitas, 2001. Con respecto a la legislación española, hay que mencionar la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (BOE de 15 de noviembre de 2002).

⁶³ Ahmed, M. "Prescribing for hypertension and more", *Prescribing & Medicines Management*, 2005, pág. 17 september: PM2.

⁶⁴ *The Pharmaceutical Journal*, 270: 22, 2003.

⁶⁵ Emmerton, L.; Marriott, J.; Bessell, T.; Nissen, L., y Dean, L., *op. cit.*, pág. 219.

II.3. La prescripción compartida.

Todos los modelos de prescripción que se han expuesto anteriormente responden a una estructura de tipo vertical. A diferencia de ellos, el que ahora abordamos se apoya en un entramado horizontal. El punto de partida de este sistema es un concepto integral de "equipo sanitario". Se presupone así la existencia de una estrecha colaboración entre todos aquellos profesionales que intervienen en el proceso asistencial. En consecuencia, la prescripción compartida genera una responsabilidad ética y legal compartida y equivalente entre todos los sanitarios que se integran en un determinado proceso.

Esta práctica profesional tiene su principal aplicación en el ámbito hospitalario, siendo difícil encontrarla fuera del mismo. Así, por ejemplo, este fue el modelo que, ya en el año 2001, reclamó la *Canadian Society of Hospital Pharmacists*. La citada entidad basó su solicitud en la consideración de que existe una cierta equiparación profesional entre la capacidad del médico para diagnosticar y la del farmacéutico para actuar en el ámbito de la farmacoterapia. Esta modalidad integrada de trabajo permite que cada profesional actúe en el campo en el que está más preparado: el médico diagnostica y toma las decisiones iniciales de tratamiento para el paciente; el farmacéutico selecciona, monitoriza, modifica, y decide continuar o suspender el tratamiento farmacológico en función de conseguir los mejores resultados en el paciente⁶⁶.

La prescripción compartida ha mostrado sus beneficios en su ámbito más propio, el hospitalario. En la bibliografía existen diversos estudios que demuestran que la integración plena del farmacéutico en el equipo sanitario beneficia la labor asistencial, al disminuir los problemas relacionados con medicamentos derivados de una deficiente o errónea prescripción. No hay que olvidar que un error en la misma puede provocar un efecto en cascada⁶⁷, con consecuencias graves e imprevisibles. La prescripción errónea o deficiente no sólo origina un perjuicio directo al paciente -que sufre, en su propio organismo, las consecuencias negativas de un tratamiento no apropiado o indeseable-, sino que, al mismo tiempo, tiene un efecto indi-

recto negativo sobre la economía del sistema sanitario, debido al aumento de gasto producido⁶⁸.

Por último, dejar constancia de que, con respeto a otros campos, como, por ejemplo, el de Oficina de Farmacia, no existen estudios representativos sobre los posibles beneficios de la prescripción compartida.

II.3.1. La sustitución de especialidades farmacéuticas

La sustitución de especialidades farmacéuticas puede ser considerada como una forma particular, y limitada, de prescripción compartida. En este caso, el médico establece una prescripción inicial; el farmacéutico estará facultado para modificarla, aunque siempre respetando un marco preestablecido de opciones y excepciones. Por ello, esta modalidad puede ser entendida, más que como un tipo de prescripción, como una intervención del farmacéutico en el proceso asistencial⁶⁹.

Una muestra de apoyo institucional a esta modalidad de prescripción compartida puede encontrarse en la Declaración de Principios de la *Fédération internationale pharmaceutique* (FIP), titulada "La autoridad del farmacéutico en la selección del producto: intercambio terapéutico y sustitución genérica"⁷⁰:

"(3) Hasta hace poco, la venta/la distribución de ciertos productos medicinales se basaba en la premisa de que el producto con nombre de marca era diferente de sus competidores en aspectos científica y clínicamente importantes. Sin embargo, hoy día es claro que, con el empleo apropiado de juicios médicos y farmacéuticos, los productos medicinales, dentro de una categoría farmacológica, pueden ser intercambiados de acuerdo con un criterio definido y con las necesidades del paciente, sin que se comprometa significativamente el resultado del paciente.

(4) En mayo de 1994 la Asamblea Mundial de la Salud aprobó una resolución en la cual se considera el papel del farmacéutico. Entre otros puntos urgía por una acción de todos los gobiernos, en colaboración con las asociaciones farmacéuticas nacionales, para hacer un uso pleno del peritazgo de los farma-

⁶⁶ "Task Force on Pharmacist Prescribing", *Canadian Society of Hospital Pharmacists*, 2001.

⁶⁷ Leape, L.; Cullen, D.J.; Dempsey, M.; Burdick, E.; Demonaco, H.J.; Erickson, J.I., y Bates, D.W. "Pharmacist participation on Physician rounds and adverse drug events in the intensive care unit", *The Journal of the American Medical Association*, 281 (3): 269, 1999.

⁶⁸ *Ibid.*, pág. 267-268.

⁶⁹ Ahlgrim, D.E. "Dispensing Doctors and Prescribing Pharmacists, the German situation", *Journal of Social and Administrative Pharmacy*, 3: 113, 1994.

⁷⁰ Dicho texto fue aprobado por el Consejo de la FIP en su reunión de Vancouver, el 5 de septiembre de 1997.

céuticos en todos los niveles del sistema de atención a la salud”

La Asociación Médica Mundial (AMM) apoya un criterio distinto. En la Declaración sobre la sustitución de medicamentos que adoptó la Asamblea General de dicho organismo en 2005⁷¹ se indica que “la prescripción de un medicamento representa la culminación de un cuidadoso proceso deliberativo entre el médico y el paciente, cuyo objetivo es la prevención, mejoramiento o cura de una enfermedad o de un problema. Este proceso deliberativo debe permitir al médico evaluar una variedad de información científica y otra, incluidos los costos, y efectuar una elección individualizada de la terapia para el paciente. Sin embargo, a veces se pide al farmacéutico que sustituya el medicamento prescrito por el médico por un medicamento diferente: La Asociación Médica Mundial tiene serias dudas sobre esta práctica”.

Y la citada declaración de la AMM concluye con unas recomendaciones entre las que se puede destacar las siguientes:

“10. Se debe pedir al farmacéutico que entregue la composición química, dosis y forma de administración exactas, según lo prescribe el médico. Una vez que los medicamentos han sido recetados y se ha comenzado su administración, no se debe hacer ninguna sustitución de medicamentos sin la autorización del médico tratante.

11. Si un producto farmacéutico es sustituido, el médico debe controlar y ajustar cuidadosamente la dosis, para asegurarse de que exista una equivalencia terapéutica de los productos farmacéuticos”.

La sustitución de especialidades farmacéuticas puede ser genérica y/o terapéutica. La problemática que puede suscitar cada una de estas modalidades es muy distinta.

a) La sustitución genérica⁷².

Siguiendo la mencionada Declaración de principios de la FIP, se puede entender por sustitución genérica el

acto de dispensar un medicamento genérico, para el producto medicinal recetado (de marca o genérico), sobre la base de la evidencia disponible, incluyendo literatura profesional, bioequivalencia y/o estudios clínicos, información sobre el fabricante, avisos sobre la medicina, reputación del fabricante y otros factores pertinentes, incluyendo información sobre entidades reguladoras.

La sustitución genérica puede ser de dos tipos: a) cuando el farmacéutico está capacitado para sustituir un genérico por otro producto idéntico con la misma denominación; b) cuando el profesional puede sustituir un producto de marca por su genérico⁷³.

En España, el artículo 90 de la Ley del Medicamento⁷⁴ afirma que “cuando por causa legítima en la oficina de farmacia no se disponga de la especialidad farmacéutica de marca o denominación convencional prescrita, el farmacéutico podrá, con conocimiento y conformidad del interesado, sustituirla por otra con denominación genérica u otra especialidad farmacéutica de marca que tenga igual composición, forma farmacéutica, vía de administración y dosificación. Si el médico prescriptor identifica en la receta una especialidad farmacéutica genérica, sólo podrá sustituirse por otra especialidad farmacéutica genérica”.

El Tribunal Supremo, en su Sentencia de 4 de febrero de 1997⁷⁵, interpretó el concepto de “causa legítima” en el sentido de que en la Oficina de Farmacia no se disponga del medicamento requerido y exista una manifiesta imposibilidad de conseguirlo con la rapidez necesaria. En la citada Sentencia se indica también que si se llegara a la situación de que el farmacéutico tuviera que sustituir un medicamento por otro, “no es lícito desconfiar de la pericia del farmacéutico que, en materia de medicamentos, hay que suponer por su formación universitaria, es el verdadero especialista. Incluso puede sostenerse que si no estuviera capacitado para efectuar esa clase de sustituciones, difícil justificación tendría exigirle la posesión de un título del mismo grado docente que el de los médicos”.

En el artículo 86.2 de la Ley de Garantías y Uso Racional de Medicamentos y Productos Sanitarios, de 2006, se amplía la sustitución a los casos de “desabastecimiento o urgente necesidad”. Por otra parte, en el artículo 101 a)

⁷¹ Declaración de la Asociación Médica Mundial sobre la sustitución de medicamentos. <http://www.wma.net/s/policy/d13.htm> (Accedido el 13 de junio de 2006).

⁷² De acuerdo con lo previsto en la Ley 13/1996, de 30 de diciembre (BOE de 31 de diciembre), un medicamento genérico es una especialidad con la misma forma farmacéutica e igual composición cualitativa y cuantitativa en sustancias medicinales que otra especialidad de referencia, cuyo perfil de eficacia y seguridad esté suficientemente establecido por su continuado uso clínico. Debe demostrar su equivalencia terapéutica con la especialidad de referencia mediante los correspondientes estudios de bioequivalencia.

⁷³ Plaza, F. “Medidas de racionalización; libertad de prescripción”, *Derecho y Salud*, 5 (2): 253, 1997.

⁷⁴ Modificado por la Ley 13/96, de 30 de diciembre.

⁷⁵ Sala 4ª de la Jurisdicción Contencioso-Administrativa del Tribunal Supremo. Cfr. Diez, V. “Medicamentos genéricos”. En: AA.VV. *Curso Básico de Derecho Farmacéutico*, Madrid, Recoletos Grupo de Comunicaciones, 2005, pág. 65.

10ª de la citada ley, se cataloga como infracción leve la sustitución de un medicamento, en los casos que ésta sea posible, incumpliendo los requisitos establecidos en esta ley; y en el artículo 101 b) 25ª se clasifica como infracción grave la sustitución de medicamentos en la dispensación, contraviniendo lo dispuesto en el artículo 86 de esta ley.

Como bien indica Reol Tejada⁷⁶, la sustitución genérica no cuenta con el apoyo de la profesión médica. En sus palabras: “desde el punto de vista médico, éstos han sostenido siempre que la prescripción es un acto de su exclusiva competencia que no puede ni debe ser alterado en ningún caso” y no admiten la posibilidad ni de una intervención entre medicamentos genéricos. Este criterio quedó perfectamente plasmado en la "Declaración sobre la Ética de la prescripción y la sustitución de medicamentos genéricos"⁷⁷ de la Comisión Central de Deontología de la

⁷⁶ Reol Tejada, J.M. Aspectos técnico-económicos de los genéricos. I Congreso Nacional de Derecho Sanitario. <http://www.aeds.org/congreso1/1congre-2.htm> (Accedido el 13 de junio de 2006)

⁷⁷ El apartado tercero de dicha Declaración se ocupa de la sustitución genérica en los siguientes términos:

“7. La precedente recomendación a favor de la prescripción genérica no equivale a un cheque en blanco a favor de la sustitución genérica. En condiciones ordinarias, el médico asume la última responsabilidad en la atención del paciente, por lo que la elección o la selección del medicamento no puede dejar de estar bajo el control del médico.

8. Que el médico haya obtenido el consentimiento informado del paciente para el plan terapéutico significa que ese plan es el que ha sido autorizado por el paciente. Nunca una sustitución medicamentosa, aunque sólo sea genérica, puede introducirse sin el consentimiento del paciente. Y aunque la mayoría de los pacientes tengan como razonable la sustitución genérica justificada por la reducción del gasto farmacéutico, tienen derecho, después de haber recibido del farmacéutico la pertinente información en términos comprensibles sobre las alternativas de tratamiento (Art. 10.5, Ley 14/1986, General de Sanidad) a elegir libremente entre las opciones que se le presenten (Art. 10.6 de la misma Ley), lo que implica también el derecho, antes de tomar su decisión, a que la sustitución sea conocida y autorizada por el médico.

9. Imponer el farmacéutico la sustitución genérica sin autorización del médico podría crear situaciones éticas y jurídicas de alto riesgo, en el caso de que de tal sustitución se derivaran efectos indeseados. En todo caso, tal sustitución no podrá ser llevada a cabo sin la autorización del paciente y del médico, en especial en los casos en que el ajuste del plan terapéutico ha sido muy laborioso, o cuando los medicamentos tienen un margen terapéutico muy pequeño (Este aspecto ha sido recogido, prácticamente de manera textual, en la Resolución sobre la Calidad de la Prescripción, elaborada por el Comité Permanente de Médicos Europeos –asociación internacional de derecho belga que agrupa a las organizaciones médicas de los Estados miembros de la Unión Europea y otros países asociados-). En la normativa legal se reconoce este hecho y se han publicado listas de medicamentos que no pueden ser sustituidos por otros en la dispensación. El Art. 10.6 de la Ley General de Sanidad arriba citado señala que ha de ser el responsable médico de su caso quien ofrezca al paciente las opciones de tratamiento.

10. La sustitución genérica debe ser motivo de cooperación, no de enfrentamiento, entre médico y farmacéutico. No puede el farmacéutico, a pesar de su condición de experto en medicamentos, invadir el área legítima de actuación del médico y cambiar el plan terapéutico que éste ha recomendado a su paciente: ello equivaldría a apropiarse de la potestad de prescribir, exclusiva del médico. Debe, cuando tenga razo-

Organización Médica Colegial, aprobada por la Asamblea General en marzo de 2000.

b) La sustitución terapéutica.

La sustitución terapéutica se lleva a cabo cuando a un paciente se le facilita un medicamento que difiere en su composición, o entidad química, al prescrito por el médico - pero que se considera con actividad farmacológica y terapéutica similar-, sin que el farmacéutico realice una consulta previa a éste.

La Asociación Médica Mundial (AMM), en su Resolución sobre la sustitución terapéutica de octubre de 1990⁷⁸, se oponía a la sustitución terapéutica del siguiente modo:

“SE RESUELVE QUE la Asociación Médica Mundial se opone a:

1. El concepto de sustitución terapéutica porque tiene como resultado la prescripción basada en información incompleta, lo que puede ser dañino para el paciente.
2. Toda ley o reglamentación gubernamental que permita la sustitución terapéutica”.

No obstante, puede entenderse que la AMM ya no sostiene este criterio -al menos con el rigor que manifiesta su tenor literal-, ya que en su Asamblea General de 2005 decidió suprimir la anterior resolución.

c) El intercambio terapéutico.

Puede entenderse por intercambio terapéutico el acto de dispensar una alternativa terapéutica -medicamentos con diferentes ingredientes activos, pero de la misma categoría farmacológica, con efectos terapéuticos análogos y perfiles de reacción adversa similares-, cuando se administran a pacientes en dosis terapéuticamente equi-

nes para ello, comunicar los extremos pertinentes al médico, para que éste los apruebe y los anote en la historia clínica de su paciente. Y el médico está obligado a aceptar y a agradecer las propuestas razonables y justificadas del farmacéutico.

11. La Comisión Central de Deontología está profundamente convencida de que la genuina y fructífera cooperación entre médicos y farmacéuticos, lo mismo en la atención primaria que en los hospitales, ha de estar presidida por dos principios: el principio, tradicional y vigente, desde el Edicto de Salerno, vigente en todas las sociedades avanzadas, de separación de funciones (los médicos prescriben, los farmacéuticos dispensan), y el principio de cooperación interprofesional que permite aprovechar al máximo las destrezas y conocimientos de médicos y farmacéuticos al servicio de los pacientes. Porque si bien los farmacéuticos están obligados por su profesión a ser buenos conocedores de los medicamentos, no pueden olvidar que los médicos son los buenos conocedores de los pacientes y los responsables últimos de la atención de su salud”.

⁷⁸ Resolución adoptada por la 42ª Asamblea Médica Mundial.

valentes. Está diseñado para lograr el máximo beneficio terapéutico para el paciente, y asegurar un uso más seguro, efectivo y económico de los productos medicinales.

Se trata, siempre, de una intervención previamente consensuada entre quien prescribe y el farmacéutico. Tal acuerdo debe estar sujeto a un protocolo establecido y acordado entre el médico y el farmacéutico, o tras una consulta previa individual con quien prescribe.

En el ámbito hospitalario puede encontrarse un ejemplo de admisión del intercambio terapéutico en el "Programa de Equivalentes Terapéuticos", incluido en la Declaración de Principios de la FIP, aprobada por el Consejo de dicha Organización en su reunión de Vancouver de 5 de septiembre de 1997. Bajo el título de "La autoridad del farmacéutico en la selección del producto: intercambio terapéutico y sustitución genérica" se afirma que: se trata de un "documento consensuado para la dispensación de fármacos considerados equivalentes terapéuticos según la información científica disponible y basado en un procedimiento previamente establecido"⁷⁹.

En dicha Declaración se concluye afirmando que, cuando la sustitución genérica sea permitida por la legislación, o cuando quien prescribe indique que una alternativa genérica es aceptable, la responsabilidad por la selección del producto medicinal genérico será del farmacéutico. Asimismo, se señala que se debe estimular que las autoridades reguladoras y los fabricantes suministren a los farmacéuticos, y a quienes prescriben, la biodisponibilidad y otros datos relevantes relacionados con todos los productos medicinales; por último, se indica que, salvo en casos de emergencia, no debe potenciarse el concepto de sustitución terapéutica, sino, más bien, fomentarse el de intercambio terapéutico.

Según Delgado y colaboradores, entre los requisitos que debe reunir un Programa de Equivalentes Terapéuticos, y que afectan directamente a los profesionales sanitarios, se encontrarían los siguientes: a) la exigencia de que el médico prescriptor asuma la responsabilidad de la aplicación; b) que, en cualquier caso, éste sea informado de la sustitución en un tiempo razonable. Este plazo deberá hacerse constar en los procedimientos establecidos; c) que el farmacéutico pueda tener acceso a la historia clínica y a la información analítica del paciente⁸⁰.

⁷⁹ Delgado, O. et al. *Revista Clínica Española*, 200 (5): 262, 2000.

⁸⁰ *Ibid.*, pág. 269.

III. DISCUSIÓN.

La posibilidad de que farmacéuticos y enfermeros puedan prescribir -o colaborar en el proceso-, según los distintos modelos expuestos en los apartados anteriores, ofrece un amplio abanico de cuestiones para la reflexión. Ello es debido a que las consecuencias de estas modificaciones afectarían, hondamente, a la salud de la población, a la evolución de las profesiones afectadas y a la economía sanitaria. Por esta razón, es preciso realizar una rigurosa ponderación de todos los elementos y valores en juego, para poder llegar a determinar la oportunidad, los inconvenientes y riesgos, de cada uno de los sistemas propuestos.

Los factores⁸¹ a considerar son muy variados. Entre ellos, cabría destacar si el sistema sanitario está en condiciones de asumir esa nueva práctica; las posibles repercusiones de la aplicación de los últimos avances científicos y técnicos⁸²; el nivel de educación sanitaria de la población; la capacidad de asumir, por parte de los pacientes, una posición más activa en el proceso; la disponibilidad de los agentes de la salud para recibir una formación continuada o especialización profesional, etc.

III.1. El contexto social y sanitario.

Todo proyecto de cambio en una estructura consolidada (ya sea social, sanitaria...) requiere -para poder ser aceptado e integrado de forma armónica y sin rechazos de cualquier tipo-, tener en cuenta, previamente, determinados factores. Si aplicamos este criterio a la implantación de un nuevo modelo profesional en el ámbito de la prescripción sanitaria, debemos tener en cuenta diversos elementos. Entre ellos podrían destacarse: la aceptabilidad del sistema de acogida; la conveniencia del cambio a introducir; la oportunidad del momento elegido para lle-

⁸¹ *Sobre la percepción de la prescripción farmacéutica por parte de las enfermeras se puede consultar: Child, D. "Hospital nurses' perceptions of pharmacist prescribing." British Journal of Nursing, 10 (1): 48-54, 2001.*

⁸² *Estos no sólo hacen referencia a la investigación, sino que también tienen una manifestación en el proceso asistencial. Así, por ejemplo, se puede hacer referencia a la farmacogenómica que, según Ruiz-Canela, "ha aumentado las expectativas sobre el desarrollo de la medicina individualizada; es decir, una medicina en la que el tratamiento para una enfermedad esté determinado por el perfil genético de cada paciente. Esto podría permitir que cada paciente reciba fármacos más seguros y eficaces: dependiendo de los resultados de un test farmacogenético se podrá decidir si un enfermo puede o no recibir un medicamento y qué dosis del fármaco será la más idónea". Ruiz-Canela, M. Farmacogenómica: un nuevo desafío para la ética de la investigación, Gijón, Junta General del Principado de Asturias, 2005, pág. 9.*

varlo a cabo y la gradualidad en la incorporación de la nueva práctica.

a) La primera cuestión enunciada es la relativa a si un concreto sistema sanitario está en condiciones de aceptar y asumir una nueva práctica. Se trata, fundamentalmente, de atender a factores de tipo estructural e institucional. Para ponderar estos aspectos, se requiere la realización de estudios contrastados e imparciales. Tales estudios deberán tener especialmente en cuenta las consecuencias, a medio y largo plazo, de la modificación propuesta.

Sabemos que la prudencia debe anteceder a cualquier determinación en este campo⁸³. Es evidente que, cuanto más y mejor se conozca la realidad -con sus múltiples implicaciones-, más capacitado se estará para adoptar decisiones acertadas. En este sentido, puede resultar útil ponderar algunas facetas de la prudencia. Gómez Pérez⁸⁴ propone las siguientes: saber “optimizar el pasado”, “diagnosticar el presente” y “prevenir el futuro”. O, para Mayor Zaragoza, hay que “saber para prever, prever para prevenir”⁸⁵.

Por lo que se refiere a nuestro tema, ello implica, entre otros aspectos, que cualquier nueva regulación, para ser racional, deberá tener especialmente en cuenta las circunstancias y características del contexto social y sanitario en el que se vaya a aplicar⁸⁶. De él dependerá la conveniencia de la implantación de una u otra concreta práctica en la prescripción.

Como ya se ha indicado, en ocasiones, se suscitan problemas al abordar estas cuestiones sin la suficiente prudencia. Así, un deficiente estudio de las posibilidades que ofrece un determinado modelo sanitario, el no calibrar las repercusiones de una reforma legal, una inadecuada utilización de los términos legales, o no evaluar en su justa medida las posibles repercusiones sobre la población afectada (pacientes o agentes sanitarios), puede abocar al fracaso una reforma.

Se acaba de hacer referencia a la importancia de emplear la terminología legal adecuada. Por ejemplo, si se estima oportuno que los farmacéuticos o enfermeros asuman mayores competencias en la prescripción -sin llegar a

sustituir al médico en la misma-, convendrá utilizar términos ajustados a la realidad: así, es muy diferente referirse a la “prescripción farmacéutica” o la “prescripción de enfermería”, que utilizar, por ejemplo, la expresión “prescripción facultada por el médico”. En este mismo sentido, es muy distinto, por ejemplo, afirmar que se va a modificar la legislación vigente, con el fin de que las enfermeras prescriban, que defender la conveniencia de una modificación legal que permita la colaboración de la enfermera con el médico en algunos tipos de prescripción. Se trata, en definitiva, de conseguir una adecuada correlación entre el lenguaje y la realidad.

En los apartados anteriores se ha mostrado que ciertos sistemas sanitarios, como, por ejemplo, el americano o el inglés, están más preparados para integrar cambios en su modelo de prescripción que otros. Entre los segundos, podría incluirse el denominado “modelo mediterráneo”. En este sentido, parece evidente que el sistema asistencial español no está en condiciones de asumir un modelo de prescripción suplementaria, al menos a corto plazo.

La situación es diferente, por ejemplo, en el Reino Unido. En este país se ha pasado, en pocos años, de la prescripción independiente del médico, a la suplementaria e, incluso, independiente del farmacéutico. Todo ello se ha incorporado sin drásticas modificaciones legales, ni destacadas controversias sociales. A diferencia de ello, consideramos que este proceso no se podría acometer en España, al menos en un corto espacio de tiempo. Algunas de las razones de esta limitación pueden encontrarse en la actual regulación legal de la prescripción y, asimismo, en la existencia de una estructura corporativa de las profesiones sanitarias excesivamente remisa al cambio y al avance en nuevas estrategias en la asistencia. Prueba de ello ha sido el intento de introducción en nuestro país de la denominada Atención Farmacéutica (*Pharmaceutical Care*). Esta práctica profesional se basa en una participación más activa del farmacéutico en la atención del paciente. La implantación de la Atención Farmacéutica implica, *a priori*, beneficios para el paciente -ya que éste es objeto de una mayor atención por parte del farmacéutico-, y para el profesional -al permitirle desarrollar sus potencialidades-. No obstante, esta modalidad ha chocado con la incompreensión de un sector de la propia profesión, de la sociedad y con del grueso de la clase médica.

⁸³ Pieper, J. *La prudencia*, Madrid, Rialp, 1957, pág. 73

⁸⁴ Gómez Pérez, R. *Ética empresarial*, Madrid, Rialp, 1999, pág. 69-70.

⁸⁵ Mayor Zaragoza, F. *Sesión solemne de apertura del Curso 2002-2003 de las Reales Academias del Instituto de España*, Real Academia de Farmacia, 2002, pág. 34.

⁸⁶ Abba, G. *Felicidad, vida buena y virtud*, Barcelona, Ediciones internacionales universitarias, 1992, pág. 214.

Otro ejemplo, en la misma línea, podríamos encontrarlo en Corea⁸⁷. Debido a la influencia de la medicina china, tradicionalmente en este país el médico no sólo prescribe, sino que también dispensa. En el año 2000, el gobierno coreano introdujo una reforma conducente a evitar que ambas prácticas recayeran en la misma persona, debido a que la “ancestral” unificación generaba abusos y un mal empleo de las medicinas. La reforma no fue bien aceptada por los profesionales, principalmente por los médicos. También se encontró con la desconfianza de los consumidores, remisos a aceptar cambios en lo que respecta a la atención de su salud.

b) El segundo factor a tener en cuenta sería el referente a la existencia de una verdadera necesidad, o al menos oportunidad, de introducir un cambio en el modelo de prescripción. Tal exigencia debe ser constatada, no sólo por los agentes que la promueven, sino también por la sociedad en general. No hay que olvidar que tal cambio debe tener siempre como objetivo el mejor cuidado del paciente. Es él quien, en última instancia, se verá afectada por el nuevo planteamiento. Asimismo, no debe perderse de vista el impacto que la nueva práctica produciría sobre el resto de profesiones sanitarias. Pero éste factor siempre se subordinará al anterior.

Por otro lado, hay que tener en cuenta que un modelo profesional que tiene sentido en un Estado puede que en otro no lo tenga. Por ejemplo, en Holanda⁸⁸ o Gran Bretaña⁸⁹, se tuvo que permitir que los médicos dispensaran a causa del insuficiente número de Oficinas de Farmacia para abastecer a la población. La necesidad, en este caso, fue el determinante fundamental del cambio. Ello se reflejó en el artículo 91 del documento “*Improving patients’ access to medicines: A guide to implementing Nurse and Pharmacist independent prescribing within the NHS in England*”, publicado por el Departamento de Salud, en abril de 2006. En él se indica que: “*Where a GP practice is a dispensing practice, prescriptions from Nurse and Pharmacist Independent Prescribers can be dispensed by the practice but only for the dispensing patients of that practice. Dispensing Doctors cannot dispense prescrip-*

tions written by Nurse and Pharmacist Independent Prescribers for patients of other practices”.

Otro ejemplo puede ser el de Japón⁹⁰ y algunos países asiáticos. Ya se ha indicado que, tradicionalmente, en estas naciones el médico dispensa. Si no se presenta una razón que justifique suficientemente la modificación, esta práctica continuará vigente⁹¹.

c) Un tercer elemento a considerar sería el relativo al ámbito temporal de aplicación de la modificación. Y ello porque, para su adecuada implantación, no es suficiente contar con su aceptación generalizada. La experiencia demuestra que cualquier transformación rápida de estructuras largo tiempo consolidadas suele estar abocada al fracaso. En consecuencia, deberá llevarse a cabo un proyecto de aplicación temporal que garantice, especialmente, que el cambio se aplicará gradualmente.

Tal proyecto deberá tener en cuenta, también, la progresiva y escalonada incorporación de los distintos profesionales. La realidad demuestra, por otro lado, que la incorporación de los agentes sanitarios a estos modelos es más lenta de lo que cabría esperar. Un ejemplo de ello lo podemos encontrar en la escasa prescripción que realizan las enfermeras en aquellos países en los que se les ha facultado para ello⁹².

Un pertinente diseño temporal permitirá también que los agentes sanitarios que se quieran incorporar al nuevo modelo puedan obtener la adecuada acreditación. Por otro lado, la escalonada implantación del sistema permitirá ir incorporando a los planes de estudio los conocimientos necesarios para desempeñar las nuevas funciones. Ello determinará la adecuación de éstos a la nueva realidad profesional, racionalizando la formación⁹³ y evitando reite-raciones en los estudios de postgrado.

⁸⁷ Kwon, S. “Pharmaceutical reform and physician strikes in Korea: separation of drug prescribing and dispensing”, *Social science & medicine*, 57: 529-538, 2003.

⁸⁸ Gerbrands, E.E. “Establishing a Pharmacy in a District with Dispensing Physicians: a personal experience”, *Journal of Social and Administrative Pharmacy*, 3: 127-30, 1994.

⁸⁹ Morton-Jones, T., y Pringle, M. “Dispensing by Physicians and Pharmacists. A U.K. perspective”, *Pharmaco-Economics*, 5 (1): 5, 1994.

⁹⁰ Takemasa, F. “The contrasting Philosophies of Eastern and Western Pharmacy: meeting of the ways”, *Journal of Social and Administrative Pharmacy*, 11 (3): 123-124, 1994.

⁹¹ En España se impone el criterio contrario. Así, por ejemplo, en las “Normas Éticas sobre la Prescripción de Recetas Médicas”, adoptadas por la Asamblea General del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, en octubre de 1992, se afirma que “Nunca puede el médico, ni siquiera de modo indirecto, inducir a sus pacientes a que acudan a determinada oficina de farmacia con preferencia a cualquier otra”. Esto se vería vulnerado si el propio médico tuviera la capacidad de dispensar”.

⁹² While, A.; Shah, R., y Nathan, A. “Interdisciplinary working between community pharmacists and community nurses: the views of community pharmacists”, *Journal of Interprofessional Care*, 19 (2): 167, 2005.

⁹³ Este sistema tiene antecedentes en algunas profesiones sanitarias. Así, por ejemplo, hace unos años, el farmacéutico que quería ofrecer Atención Farmacéutica, en su Oficinas de Farmacia tenía que asistir a

III.2. El contexto legal.

La incorporación, en un país, de una nueva modalidad de prescripción dependerá, en primer lugar, del marco legal existente y de la estructura básica sobre la que se articule su asistencia sanitaria. No obstante, si ésta no la admite, siempre cabe el recurso a una modificación legal. Esta vía no es novedosa. Ya se ha hecho referencia a los cambios legales introducidos en el Reino Unido⁹⁴. Pueden encontrarse otros ejemplos en Canadá⁹⁵, Australia o Estados Unidos. Con respecto a éste último país, es importante destacar que en el año 2001, 25 Estados habían aprobado disposiciones legales relativas a modelos de prescripción compartida o de prescripción por protocolos.

En España, el Tribunal Constitucional ha afirmado que “no hay un contenido esencial constitucionalmente garantizado de cada profesión, oficio o actividad empresarial”, por lo que sería admisible introducir modificaciones legales en este campo. Como indica Villar, “ello no significa que el legislador cuente con libertad absoluta para conformar cada profesión titulada”. El legislador podrá crear nuevas profesiones y regular su ejercicio, pero siempre teniendo en cuenta que tal ejercicio “debe inspirarse en el criterio de interés público y tener como límite el respeto del contenido esencial de la libertad profesional”⁹⁶.

La articulación de las relaciones interprofesionales en el ámbito sanitario aparece contemplada en el artículo 9 de la Ley 44/2003 de Ordenación de las Profesiones Sanitarias⁹⁷. Los principios sobre los que se apoya dicho artículo son los siguientes:

1. La atención sanitaria integral implica la integración y cooperación multidisciplinar entre especialistas, evitando la superposición de procesos asistenciales.

2. La unidad básica es el equipo de profesionales. Sus actuaciones sanitarias se articularán de forma jerarquizada o colegiada, en su caso, atendiendo a los criterios de conocimientos, competencia y titulación, teniendo en cuenta la actividad específica a desarrollar.

3. En un equipo de profesionales es admisible la delegación de actuaciones. No obstante, ésta deberá ceñirse a las condiciones previamente establecidas dentro del equipo. Entre ellas, estará la capacidad para realizar la concreta función por parte de quien recibe la delegación. Tal capacidad deberá ser objetivable, siempre que fuere posible, con la oportuna acreditación.

4. En el proceso de distribución del trabajo en equipo, los centros e instituciones correspondientes serán responsables de la capacidad de los profesionales para realizar las funciones encomendadas, así como de su adecuada actuación.

Por otro lado, ya se ha indicado que la reciente Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios no ha acogido las demandas de enfermeros y farmacéuticos en el sentido de ver reconocida la posibilidad de colaborar con los médicos en el proceso de prescripción. En este sentido, ya la Exposición de Motivos de la citada Ley delimita las actividades asignadas a los distintos profesionales sanitarios en los siguientes términos:

cursos de formación o a un máster. En la actualidad, hay asignaturas específicas orientadas a la Atención Farmacéutica en muchas Facultades de Farmacia españolas. Ello se complementa con cursos de formación continuada.

⁹⁴ Estos tuvieron su origen legal en “The Medicinal Products: Prescription by Nurses, etc. Act 1992”, que incluía enmiendas al artículo 41 del “National Health Service Act 1977” y al artículo 58 del “Medicines Act 1968”. Tuvo un desarrollo posterior en el artículo 63 del “Health and Social Care Act 2001” y en “The Medicines and Human Use”, de mayo de 2006.

⁹⁵ Vid. Task Force on Pharmacist Prescribing. Canadian Society of Hospital Pharmacists, 2001.

⁹⁶ Villar Rojas, F.J. “Medidas de racionalización; libertad de prescripción”, *Derecho y Salud*, 5 (2): 247, 1997.

⁹⁷ BOE de 22 de noviembre de 2003.

De acuerdo con lo previsto en este precepto:

“1. La atención sanitaria integral supone la cooperación multidisciplinaria, la integración de los procesos y la continuidad asistencial, y evita el fraccionamiento y la simple superposición entre procesos asistenciales atendidos por distintos titulados o especialistas.

2. El equipo de profesionales es la unidad básica en la que se estructuran de forma uni o multiprofesional e interdisciplinar los profesionales y

demás personal de las organizaciones asistenciales para realizar efectivamente y eficientemente los servicios que le son requeridos.

3. Cuando una actuación sanitaria se realice por un equipo de profesionales, se articulará de forma jerarquizada o colegiada, en su caso, atendiendo a los criterios de conocimientos y competencia, y en su caso al de titulación, de los profesionales que integran el equipo, en función de la actividad concreta a desarrollar, de la confianza y conocimiento recíproco de las capacidades de sus miembros, y de los principios de accesibilidad y continuidad asistencial de las personas atendidas.

4. Dentro de un equipo de profesionales, será posible la delegación de actuaciones, siempre y cuando estén previamente establecidas dentro del equipo las condiciones conforme a las cuales dicha delegación o distribución de actuaciones pueda producirse. Condición necesaria para la delegación o distribución del trabajo es la capacidad para realizarlo por parte de quien recibe la delegación, capacidad que deberá ser objetivable, siempre que fuere posible, con la oportuna acreditación.

5. Los equipos de profesionales, una vez constituidos y aprobados en el seno de organizaciones o instituciones sanitarias serán reconocidos y apoyados y sus actuaciones facilitadas, por los órganos directivos y gestores de las mismas. Los centros e instituciones serán responsables de la capacidad de los profesionales para realizar una correcta actuación en las tareas y funciones que le sean encomendadas en el proceso de distribución del trabajo en equipo”.

“el médico es una figura central en las estrategias de impulso de la calidad en la prestación farmacéutica, dado el papel que se le atribuye en el cuidado de la salud del paciente y, por tanto, en la prevención y el diagnóstico de la enfermedad, así como en la prescripción, en su caso, de tratamiento con medicamentos. El trabajo que los farmacéuticos y otros profesionales sanitarios realizan en los procedimientos de atención farmacéutica también tiene una importancia esencial ya que aseguran la accesibilidad al medicamento ofreciendo, en coordinación con el médico, consejo sanitario, seguimiento farmacoterapéutico y apoyo profesional a los pacientes”.

El artículo 77 de la Ley desarrolla estos principios, al atribuir la competencia para prescribir, de manera exclusiva, a médicos y odontólogos. En concreto, se afirma que éstos son los “únicos profesionales con facultad para ordenar la prescripción de medicamentos”. No obstante, el artículo 81 de la citada Ley, referido a las funciones de las unidades o servicios de farmacia de Atención primaria, adopta una perspectiva más abierta, al afirmar que los farmacéuticos proporcionarán “una correcta información y formación sobre medicamentos y productos sanitarios a los profesionales sanitarios” y que desarrollarán “protocolos y guías farmacoterapéuticas que garanticen la correcta asistencia farmacoterapéutica a los pacientes, en especial lo referente a la selección de medicamentos y la continuidad de los tratamientos y sistemas de apoyo a la toma de decisiones clínicas en farmacoterapia”.

Otra vía de colaboración del farmacéutico, admitida en nuestro marco legal, sería la relativa a la dispensación, por parte de este profesional, de medicamentos que no requieren receta. El incremento del número de especialidades farmacéuticas que pueden ser obtenidas sin prescripción médica genera un nuevo marco de actuación profesional: por un lado, incrementa las posibilidades de intervención del farmacéutico; por otro, disminuye la capacidad de control de la prescripción del médico⁹⁸. Ello es debido a que existe una serie de medicamentos que no pueden recetar con cargo a la prestación de la Seguridad Social. Por ello, habitualmente el usuario requerirá otras especialidades farmacéuticas que sí le sean sufragadas.

Esta situación demanda algunas reflexiones y puntualizaciones. Entre ellas, podrían hacerse las siguientes:

⁹⁸ Beato, M. “El derecho a la prestación sanitaria: libertad de prescripción y dispensación”, *Derecho y Salud*, 2 (2): 74, 1994.

1. Antes que introducir nuevas formas de prescripción en nuestro país, sería deseable revisar periódicamente la lista de medicamentos financiados por la Seguridad Social, ya que este dato tiene, como hemos indicado, repercusión en las relaciones interprofesionales.

2. Es evidente que esta medida no tendría sentido si, por otra parte, no se adoptaran adecuados criterios de racionalidad para decidir la incorporación de nuevos medicamentos en las listas de especialidades farmacéuticas disponibles para los beneficiarios de la Seguridad Social.

Esta exigencia no es fácil de llevar a la práctica. Así lo demuestra la proliferación de fármacos que no ofrecen ninguna nueva ventaja terapéutica y que son incluidos en las prestaciones sanitarias. Así, por ejemplo, de los 730 principios activos incorporados al arsenal terapéutico español, entre 1980 y 2004, un total de 359 no aportaron ninguna innovación, 255 introdujeron una innovación moderada, 103 supusieron una innovación importante y sólo 13 representaron una innovación excepcional⁹⁹. No obstante, tales productos más caros, y sin innovación, se prescriben y son solicitados por los pacientes o consumidores.

Ello también se demuestra en el estudio llevado a cabo por Zara y otros, titulado *The impact of new drugs introduction on drug expenditure in Primary Health Care in Catalunya*¹⁰⁰. Este trabajo analiza la prescripción ambulatoria de nuevos medicamentos, y su coste asociado en el Sistema público de Cataluña, en el año 2002. Relaciona su consumo con el grado de innovación terapéutica que incorporan. Se llega a la conclusión de que sólo un 25% de consumo y un 32% de gasto estuvo dirigido a productos que aportaran algo a la oferta ya existente¹⁰¹.

De ello se puede deducir la falta de racionalidad, por parte de la Administración, al decidir la sustitución de unos fármacos por otros que, siendo igualmente eficaces, son más caros, ocasionando a las arcas públicas un mayor

⁹⁹ *Farmacéuticos*, 301: 16, 2005.

¹⁰⁰ Zara, C.; Torralba, M.; Sotoca, J.M.; Prat, A.; Faixedas, M.T., y Gilabert, A. “The impact of new drugs introduction on drug expenditure in Primary Health Care in Catalunya, Spain”, *The Annals of Pharmacotherapy*, 39: 177-182, 2005.

¹⁰¹ Un estudio realizado en Canadá ofreció unos resultados similares a los obtenidos en Cataluña. Así, por ejemplo, se llegó a la conclusión de que, entre los años 1996 y 2003, el 80% del incremento del gasto de medicamentos se debió a productos que no ofrecían una ventaja sustancial en relación a los existentes en ese momento, siendo, además, más caros. Morgan, S.G. et al. <<“Breakthrough” drugs and growth in expenditure on prescription drugs in Canada>>, *British Medical Journal*, 331: 815-816, 2005.

gasto. Cabría preguntarse cuales son las razones que sustentan este contrasentido.

En cualquier caso, es claro que en el caso de un incremento del arsenal de medicamentos OTC se requerirá una mayor intervención por parte de la Administración Sanitaria para paliar las posibles complicaciones que se puedan derivar, por ejemplo, de una automedicación sin control, propiciada y estimulada por la industria farmacéutica que intenta hacer competitivos sus productos.

Suele ser frecuente culpar a las compañías farmacéuticas del incremento en el consumo de éstos productos. No obstante, esta acusación no es del todo cierta. No se puede desviar la atención del propio consumidor, que, en ocasiones, se deja arrastrar por una sociedad en la que el bienestar ha cobrado un papel, a veces, desmesurado. Para Lagrée, nuestros “modelos de vida buena son demasiado pobres, demasiado condicionados por los artefactos publicitarios, preferimos un rostro inexpresivo que responde a los cánones de belleza de la moda a la belleza grave y habitada de un rostro anciano”¹⁰². También, en ocasiones, la falta de exigencia para afrontar los problemas y la propia realidad personal, pueden llevar al sujeto a demandar vías alternativas¹⁰³. De esta forma, el ser humano renuncia a buscar la felicidad dialogando consigo mismo y con los demás. Sus carencias, dudas, dolores, y penas dejan de ser problemas humanos y pasan a ser considerados problemas corporales, a resolver por procedimientos técnicos o farmacológicos. Se corre así el peligro de anestesiar las responsabilidades y carencias con medicamentos, eludiendo la búsqueda de un horizonte de sentido y aceptación personal, de un sistema de valores que sean capaces de dar contestación a sus problemas existenciales¹⁰⁴. Desde esta perspectiva, el sujeto puede olvidar que el dolor es una señal de alarma y la tristeza es amordazada por vías alternativas, -entre las que cabría incluir el consumo incontrolado o abusivo de medicinas-, sin dar opción al encuentro con la causa y raíz de ese dolor¹⁰⁵.

¹⁰² Lagrée, J. *El médico, el enfermo y el filósofo*, Madrid, *La esfera de los libros*, 2005, pág. 122.

¹⁰³ De esta forma, las vidas pueden comenzar a ser dominadas por un profundo sentimiento de sentirse enfermas. Ello puede llegar a generar una angustia vital y, al mismo tiempo, impedir al sujeto aprender a afrontar la enfermedad, el dolor o la muerte. En este sentido, resulta curioso comprobar que en zonas económicamente deprimidas del planeta la percepción de la enfermedad es menor que en las más desarrolladas. Heath, I. “Who needs health care – the well or the sick?”, *British Medical Journal*, 330: 954, 2005.

¹⁰⁴ Cañas, J.L. “¿Renacimiento del personalismo?”, *Anales del Seminario de Historia de la Filosofía*, 18: 172, 2001.

¹⁰⁵ Cardona, J. “Los miedos del hombre”, Madrid, *Rialp*, 1989, pág. 78.

La intervención de la Administración Sanitaria es muy importante para paliar las consecuencias derivadas de la automedicación. Tal actuación debería estructurarse en distintos niveles: mayor información y concienciación ciudadana mediante campañas sanitarias; incremento de la atribución de competencias a farmacéuticos y enfermeros para que las OTC sean adquiridas y utilizadas con un control y posterior seguimiento; y mayor supervisión de la publicidad de medicamentos dirigida al público en general.

III.3. La integración del equipo sanitario.

Hemos señalado que, en relación al tema que nos ocupa, uno de los principios sobre los que se apoya la Ley 44/2003, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, es el de integración y cooperación multidisciplinar entre especialistas. Ciertamente, cualquiera de los modelos de prescripción expuestos es inviable si no existe una verdadera integración de todo el equipo sanitario¹⁰⁶. La mayor complejidad actual de la medicación, así como el incremento de riesgos que lleva asociados, requiere que se potencien los controles para que la terapia farmacológica no sólo sea la apropiada, sino también correctamente utilizada. Esta necesidad avala la exigencia de un equipo profesional, adecuadamente integrado, y responsable del proceso sanitario¹⁰⁷.

En sentido contrario, consideramos que muchos de los problemas sanitarios que padece actualmente nuestra sociedad se deben al “desencuentro”, o no colaboración, entre médicos, farmacéuticos y enfermeros¹⁰⁸. Se trata de

¹⁰⁶ En ocasiones se ha entendido que la integración interprofesional en el ámbito sanitario no era más que una utopía. Sin embargo, cada vez son más numerosos los trabajos que demuestran que la cooperación es posible. Hudson, B. “Interprofessionality in health and social care: the Achilles’ heel of partnership?”, *Journal of interprofessional care*, 16 (1): 7, 2002.

¹⁰⁷ Tal equipo no siempre será uniforme, ni actuará de forma homogénea. Por el contrario, su composición y su modo de trabajo dependerá de los parámetros que en cada ámbito -espacial o temporal- se consideren más adecuados.

¹⁰⁸ Este hecho repercute, negativamente, en la efectividad del derecho a la protección de la salud -reconocido en el art. 43 CE- y en el derecho a la atención sanitaria -plasmado en el artículo 1 de la Ley General de Sanidad-. Tales derechos tienen como presupuesto, en palabras de Beato, “la acción mutua e interrelacionada de tres elementos claves: el usuario, destinatario del derecho, la Administración Pública, responsable de su tutela a través de la organización de los servicios necesarios, y los profesionales sanitarios que actualizan el deber impuesto a la institución”. Beato, M., *op. cit.*, pág. 70. Para Azzopardi, precisamente la falta de comunicación entre los, cada vez más numerosos, profesionales que intervienen en un proceso sanitario, puede aumentar los riesgos en el paciente. Azzopardi, L.M. “The need for interdisciplinary cooperation and teamwork”, *European Society of Clinical Pharmacy News*, 127: 1, 2005.

una situación que se intenta remediar desde distintos sectores. Sin embargo, no es fácil de solucionar, al menos a corto plazo. Ello es debido a varias razones. Entre ellas cabría señalar el peso de la evolución histórica de cada una de las citadas profesiones. También se ha apuntado la existencia de un factor socio-profesional que dificulta la relación horizontal entre los integrantes del equipo sanitario: el distinto *status* que ha adquirido, a lo largo de los años, cada una de las profesiones. Así, se ha tendido a considerar a la medicina como una profesión "plena", con la consiguiente asunción total de responsabilidades por parte del médico. Por el contrario, a la farmacia y a la enfermería, en distinta medida, y según los países y etapas históricas, se les ha llegado a asignar la categoría de "semi-profesión". Esta desigual consideración ha venido también auspiciada por el diferente grado de autonomía que se ha atribuido a cada una de las profesiones sanitarias¹⁰⁹. Así, se ha entendido que el enfermero o el farmacéutico tienen un ámbito de actuación subordinado a las decisiones del médico -que es el que prescribe, dirige la intervención quirúrgica, establece un protocolo de actuación para un determinado paciente...-. En este sentido, Dickens y Cook¹¹⁰ afirman lo siguiente:

"their involvement is usually in a auxiliary or secondary role, in that they support, facilitate or follow up procedures conducted or initiated by physicians. Their level of involvement may be so indirect or remote as to server their complicity, meaning their partnership in wrongdoing. Second, their legal status is often created by a contract under which they have voluntarily bound themselves as 'servants' to comply with orders given by 'masters' or principals".

Sin ninguna duda, muchas de las suspicacias o recelos que se suscitan en el seno de las profesiones sanitarias están motivados por la dificultad para establecer los límites de sus competencias que, en ciertas ocasiones, no son nítidos o, incluso, llegan a solaparse, al no encontrarse bien delineado el marco de actuación¹¹¹. No obstante, se podría

¹⁰⁹ Hudson, B., op. cit., pág. 8.

¹¹⁰ Dickens, B.M., y Cook, R.J. "The scope and limits of conscientious objection", *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 71: 72, 2000.

¹¹¹ En la Declaración elaborada por la Comisión Central de Deontología, Derecho Médico y Visado, el 27 de marzo de 2000, sobre "Límites de las funciones profesionales de médicos y farmacéuticos", se afirma que en el artículo 1 de la Ley de 26 de abril de 1.997, sobre Regulación de Servicios de las Oficinas de Farmacia, "se ofrece una lista genérica de las funciones asignadas a las Oficinas de Farmacia, en la que se incluyen algunos servicios básicos que en ellas han de prestarse a la población y que constituyen un cheque en blanco para que los farmacéuticos se puedan inmiscuir en funciones que pertenecen al contenido

apuntar que quizás la falta de nitidez en tales contornos profesionales no sea un factor a evitar. En ocasiones, un cierto solapamiento -así, por ejemplo, que las actuaciones de un profesional sean verificadas por otros-, puede ser conveniente para llevar a cabo una mejor práctica asistencial. Además, consideramos que si tal integración y complementariedad fuera real, probablemente no se requerirían cambios más drásticos. Así, por ejemplo, si en orden a evitar errores en la prescripción, las enfermeras tuvieran reconocido un ámbito de actuación más integrado con el del médico, posiblemente no se plantearía la admisión de la prescripción por parte de estos agentes sanitarios, ya que el sistema sería más eficaz¹¹².

En muchas ocasiones, la no aceptación de un ámbito de autonomía, y consiguiente responsabilidad, de otros agentes sanitarios, viene motivado por la falta de diálogo interprofesional¹¹³. Por otro lado, el hecho de partir de perspectivas y lenguajes diferentes también dificulta el entendimiento. En este sentido, Paura y Tarodo¹¹⁴ señalan que este dato obstaculiza el trabajo interdisciplinar, al hacer que "que los términos y los interrogantes que cada profesional se formula, sean diversos y se interpreten con distinto sentido".

a) La colaboración médico-farmacéutico.

Con respecto al farmacéutico, su papel sanitario se ha asociado, tradicionalmente, al del profesional que facilita al paciente el medicamento prescrito por el médico. No obstante, en los últimos años este agente de la salud no se ha resignado a asumir ese papel secundario. Ello le ha impulsado a implicarse, más intensamente, en el seguimiento farmacoterapéutico, cooperando activamente con el médico en aquello que afecta al medicamento¹¹⁵. Así, por ejemplo, la implantación del *Pharmaceutical Care* ha

genuino de la profesión médica. Ahí puede encontrar apoyo la política expansionista que en tiempos recientes está practicando la profesión farmacéutica. Y así, se atribuyen a las Oficinas de Farmacia funciones como el seguimiento de los tratamientos farmacológicos de los pacientes, o la colaboración -no se dice con quién- en el control del uso individualizado de los medicamentos, a fin de detectar y denunciar las reacciones adversas que puedan producirse".

¹¹² Guy, J.; Persaud, J.; Davies, E., y Harvey, D. "Drug errors: what role do nurses and pharmacists have in minimizing the risk?", *Journal of Child Health Care*, 7 (4): 284, 2003.

¹¹³ Se podría afirmar que se trataría de una concreción, en el ámbito sanitario, de uno de los problemas latentes en la sociedad actual: la falta de comunicación entre los seres humanos.

¹¹⁴ Paura, A.C., y Tarodo, P., op. cit., pág. 175

¹¹⁵ La Canadian Society of Hospital Pharmacists reclamó, en 2001, el papel del farmacéutico en un modelo de prescripción compartido. *Statement on Pharmacist prescribing. Task Force on Pharmacist Prescribing. Canadian Society of Hospital Pharmacists, 2001*

supuesto la incorporación, a la práctica diaria, de muchas competencias del farmacéutico –seguimiento farmacoterapéutico, monitorización de los medicamentos, etc.–, que estaban desaprovechadas.

Distintos estudios han constatado la utilidad de esta mayor intervención del farmacéutico¹¹⁶. De esta forma, se ha llegado a comprobar la importancia de su actuación en relación a la optimización de la utilización de los medicamentos¹¹⁷. Asimismo, se ha comprobado la conveniencia de su aportación en la verificación de la prescripción médica¹¹⁸ –siendo un valioso factor para evitar errores en la misma–, y en la detención de problemas relacionados con el uso de los medicamentos prescritos¹¹⁹. Por otra parte, conviene tener en cuenta que el farmacéutico puede conocer datos del paciente relevantes a efectos de su enfermedad, que suelen ser ignorados por el médico: por ejemplo, la utilización de medicinas “alternativas”¹²⁰, como plantas, homeopatía, etc., por parte del enfermo.

La práctica diaria evidencia que cuando se llevan a cabo proyectos de integración de los profesionales los resultados son buenos, ya que permiten mejorar la asistencia sanitaria. Este es el caso, por ejemplo, de la Consulta de Atención Farmacéutica integral de Oncología implantada en el Complejo Universitario Hospitalario de Santiago de Compostela¹²¹. Los frutos obtenidos en la misma han logrado despertar el interés de muchos otros servicios de Farmacia hospitalaria de diversos centros sanitarios de España. El gerente de este Complejo ha señalado que la iniciativa que había adoptado el centro va dirigida a mejorar la atención integral de los usuarios. Para lograr esa finalidad, “el farmacéutico tiene que situarse cada vez más cerca del paciente”. De acuerdo con este objetivo, las farmacéuticas de la Unidad de Farmacia Oncológica parti-

cipan en las sesiones clínicas con los facultativos, realizan las preparaciones farmacológicas, llevan a cabo la valoración de nuevos fármacos y mantienen una consulta de atención directa al paciente. La primera visita del paciente a la consulta de farmacia se produce por derivación directa del oncólogo.

El médico, al prescribir, puede verse afectado negativamente por la industria farmacéutica¹²², al inducirle –a través de una inadecuada información–, a realizar una prescripción sesgada, no tan conveniente, o más costosa económicamente¹²³. La sintonía con el farmacéutico puede ayudarle en este aspecto. No hay que olvidar algo tan básico como que el farmacéutico es el especialista del medicamento y que, de hecho, tiene un indudable peso en la elaboración de los Formularios nacionales. En este sentido, por ejemplo, en el prefacio del *British National Formulary* queda patente que tal formulario está escrito y editado por farmacéuticos.

b) La cooperación del enfermero con otros agentes sanitarios.

La relación de la Enfermería con otras profesiones sanitarias ha seguido un proceso distinto al de los farmacéuticos¹²⁴. En el ámbito hospitalario, o en la Atención Primaria, su conexión con el médico es estrecha. Sin embargo, estos agentes sanitarios tienen escasa relación con los farmacéuticos¹²⁵. Tal conexión es prácticamente inexistente en el ámbito de la Farmacia Comunitaria. No obstante, parece evidente que el reconocimiento de una cierta capacidad de prescripción a las enfermeras conducirá a un incremento de su relación con el farmacéutico. Cuando le sea solicitado, este profesional podrá aportar al personal de enfermería el oportuno consejo sobre las especialidades farmacéuticas. Asimismo, podrá cooperar en la elaboración y desarrollo de los oportunos protocolos.

c) Las relaciones interprofesionales

Un dato a destacar – que no suele ser puesto de manifiesto, quizás debido a rígidos y estratificados plantea-

¹¹⁶ Sin embargo, también hay estudios que cuestionan que la estrecha colaboración entre el médico y el farmacéutico sea tan beneficiosa como cabría esperar. Vid. Muijrsers, P.E.M. et al. “Differences in prescribing between GPs. Impact of the cooperation with pharmacists and impact of visits from pharmaceutical industry representatives”, *Family Practice*, 22: 628, 2005.

¹¹⁷ Kraska, J. et al. “Pharmacist-led medication review in patients over 65: a randomized, controlled trial in primary care”, *Age and Ageing*, 30: 205-11, 2001.

¹¹⁸ Sellors, J. et al. “A randomized controlled trial of a pharmacist consultation program for family physicians and their elderly patients”, *Canadian Medical Association Journal*, 169 (1): 17-22, 2003.

¹¹⁹ Guy, J.; Persaud, J.; Davies, E., y Harvey, D., op. cit., pág. 278.

¹²⁰ Gross, Z. “Helping to avoid hospital admissions”, *Prescribing & Medicines Management*, 2005, pág. 17, september: PMI

¹²¹ Garrido E. *La Farmacia hospitalaria se integra en el área clínica*. [http://www.websalud.com/articulo.html?d_date=&xref=20060322salwsf ar_6&ty\(visitado el 27.03.2006\)](http://www.websalud.com/articulo.html?d_date=&xref=20060322salwsf ar_6&ty(visitado el 27.03.2006))

¹²² Muijrsers, P.E.M. et al., op. cit., pág. 625.

¹²³ Wazana, A. “Physicians and the pharmaceutical industry: is a gift ever just a gift?”, *Journal of American Medical Association*, 283 (3): 373-380, 2000. También se ha evidenciado que un mayor contacto con la industria farmacéutica puede ir asociado con una prescripción menos ajustada a los protocolos profesionales. En: Muijrsers, P.E.M. et al., op. cit., pág. 627.

¹²⁴ Sobre la integración de las enfermeras en el equipo sanitario se puede consultar: Wiles, R. “Teamwork in primary care: the views and experiences of nurses, midwives and health visitors”, *Journal of Advanced Nursing*, 20: 324-330, 1994.

¹²⁵ While, A.; Shah, R., y Nathan, A., op. cit., pág. 165

mientos profesionales-, es que, en ocasiones, hay más aspectos en común entre miembros de distintas carreras sanitarias que entre los integrantes de un mismo colectivo¹²⁶. De ahí que sea inadecuado contemplar a los distintos profesionales como agentes estáticos, integrados en estructuras homogéneas, compactas y diferenciadas del resto de sectores sanitarios.

Por otro lado, hay que tener en cuenta que la misma sostenibilidad de los sistemas de salud depende, en cierta medida, de una dinámica y abierta asignación de los roles entre los profesionales sanitarios. Esto se desprende, por ejemplo, del Informe “*HealthCast 2020*” elaborado por *Pricewaterhouse Coopers*¹²⁷. En dicho estudio -en el que se exponen las áreas clave sobre las que habría que trabajar para conseguir la sostenibilidad de los sistemas sanitarios-, se otorga un papel relevante a la adaptabilidad y flexibilidad de los profesionales. La propuesta se formula en los siguientes términos:

“-Adaptabilidad de roles profesionales y estructuras organizativas. La flexibilidad en las estructuras organizativas y en los roles profesionales abre puertas hacia una organización centrada en los pacientes. Muchas veces las organizaciones corporativas, los organismos reguladores e incluso los propios ciudadanos son un obstáculo para esta necesaria flexibilidad. La rigidez de los roles clínicos impregna los programas de formación, las titulaciones y las propias preferencias de los pacientes.

Sin embargo, *esta adaptabilidad está en el corazón de la sostenibilidad de los sistemas sanitarios*. Un ejemplo de la necesidad de adaptabilidad es el rol de las enfermeras, que, a todo lo largo del mundo, se están expandiendo. Australia, en particular, está abordando este problema desde hace diez años. El cometido de las enfermeras australianas varía por regiones, pero, en general, pueden solicitar pruebas diagnósticas, prescribir medicamentos y referir pacientes a otros centros. Tienen también un papel relevante en la atención primaria y de pacientes crónicos. Por ejemplo, los enfermeros en Australia están autorizados para controlar el tratamiento diario de los pacientes con insuficiencia cardíaca”.

III.3.1. La evolución de las profesiones.

Ya hemos señalado la importancia de superar el concepto estático de profesión, basado en la idea de que ésta es una realidad ya definida, cerrada y pre-

determinada, llamada a desempeñar el mismo cometido a lo largo de los años. Por el contrario, entendemos que el sentido y función de cada profesión vendrá definido por su servicio a la sociedad. Por ello, irá variando al compás de los cambios sociales. Estos determinarán, incluso, que surjan nuevas profesiones o que desaparezcan otras¹²⁸. Un ejemplo de ello lo podemos encontrar en la profesión farmacéutica. En la sociedad actual carece de sentido la figura del boticario recolector de plantas, que con sus morteros y matraces consigue “artesanalmente” una forma farmacéutica. Tal modelo, que históricamente tuvo un sentido, quedó obsoleto a comienzos del siglo XX¹²⁹. El diferente papel que actualmente desempeña el farmacéutico ha influido, incluso, en la enseñanza de la profesión, modificando su metodología y contenidos (así, por ejemplo, los conocimientos relativos a la figura del “farmacéutico artesano” corresponden ahora a la materia de la Historia de la Farmacia).

En consecuencia, no se puede apelar a lo que “es”, o “ha sido”, una profesión para impedir su evolución. Un planteamiento de ese tipo no respondería al bien de la sociedad, sino a un razonamiento corporativista. Por otro lado, no se puede ignorar que un concepto dinámico y flexible de las profesiones favorece su desarrollo y evolución, así como la integración de los distintos agentes sanitarios en un proyecto común. Un ejemplo de ello podemos encontrarlo en la oferta de “servicios mejorados”¹³⁰ que, en el año 2005, publicaron conjuntamente *The Pharmaceutical Services Negotiating Committee*, el *Department of Health* y la *NHS Confederation*. Su objetivo era ofrecer a los farmacéuticos la oportunidad de desarrollar nuevos roles y funciones. La propuesta incluía los siguientes diez puntos: supervisión de la administra-

¹²⁸ Esta visión es defendida en el trabajo publicado por Departamento de Salud del Reino Unido con el título: “*Guidance for the Development of Consultant Pharmacist Posts*”. En: <http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/10/74/95/04107495.pdf>

¹²⁹ “However, as the 20th century unfolded, the role of the pharmacist changed significantly. Drug product selection and refill authority were relinquished to the physician. Drug therapy recommendations differing from those of the prescribing physician were defined unethical. The advent of commercially available pharmaceuticals reduced the need for compounding expertise. Accessibility to the pharmacist for drug therapy guidance was diminished as increased prescription productivity became the focal point of a successful community practice. As a result, by the mid-1900s, the pharmacist’s purpose had significantly changed from that of a trusted health care advisor to that of a drug dispenser”. Kvanz, D.A. “A distinctive competency”, *American Journal Health-System Pharmacy*, 63 (9): 820, 2006.

¹³⁰ “Enhanced services: what is on offer”, *The Pharmaceutical Journal*, 275: 341-342, 2005.

¹²⁶ Hudson, B., *op. cit.*, pág. 16.

¹²⁷ http://www.consultoras.org/frontend/plantillaAEC/noticia.php?id_noticia=4689.

ción de medicinas especiales de prescripción -como, por ejemplo las usadas en dependencia de opiáceos-; intercambios agujas y de jeringuillas; dispensación de medicinas especiales -por ejemplo, las usadas en cuidados paliativos o en meningitis bacteriana-; servicio de apoyo para dejar de fumar; asistencia a domicilio; asistencia en el cumplimiento farmacológico; supervisión de toda la medicación; atención en dolencias menores; facilidades en el acceso a las medicinas, mejorando los horarios; y prescripción suplementaria.

En conclusión, consideramos que el momento actual es muy oportuno para reflexionar sobre el sentido y razón de ser de cada una de las profesiones sanitarias, sobre las funciones que actualmente desempeñan, así como sus perspectivas de futuro. Tales consideraciones deben ser abordadas desde un punto de vista dinámico, que tenga especialmente en cuenta la implicación e interacción entre todas ellas¹³¹. En esta línea, la reflexión podría partir de la constatación de los datos diferenciales - entendidos como valores y aportaciones de cada profesión sanitaria-, para proseguir con el diseño de un proyecto de armonización común, incluyendo una equilibrada distribución de las competencias de cada sector profesional¹³².

III.3.2. La importancia de la formación para la integración del equipo sanitario.

En aquellas áreas en las que se han realizado trabajos piloto de interacción entre los agentes sanitarios, se ha constatado que, cuando se establecen mecanismos de formación para fomentar la integración, se obtienen, a corto plazo, resultados positivos en este campo. Tal formación puede llevarse a cabo a través de programas conjuntos, acciones coordinadas de prevención o cuidado de los pacientes, etc. No obstante, estas acciones tienen, en la mayoría de los casos, un ámbito temporal y material excesivamente limitado y ello les resta eficacia.

Por ello, consideramos que, a medio y largo plazo, la vía más efectiva para potenciar y armonizar las

relaciones interprofesionales, pasa por fomentar la educación en este aspecto, no sólo a nivel de postgrado, sino también en otros estadios de la formación profesional. Este proceso debería comenzar en el ámbito universitario¹³³ y seguir, más tarde, a través de la formación continuada¹³⁴.

Ciertamente, el enfoque actualmente predominante en la universidad no es muy acorde con este planteamiento. Por ejemplo, en el caso de los médicos, lo habitual es que durante los seis años de la licenciatura se les muestre una visión parcial, y muy limitada, de lo que es la enfermería. De ahí que, en el ejercicio profesional, a muchos de los facultativos actuales les cueste considerar al enfermero como un agente sanitario más del equipo.

No obstante, en los últimos años se están desarrollando, desde diversos sectores, muchas iniciativas más progresistas. Un ejemplo de ello son los cursos propuestos por *The European Society of Clinical Pharmacy* para desarrollar la Farmacia Clínica¹³⁵. En ellos siempre se requiere la colaboración de diferentes profesionales -médicos, farmacéuticos y enfermeros-. Con ello se pretende que los alumnos asuman que el trabajo en equipo no sólo es más beneficioso, sino incluso una verdadera necesidad si lo que se pretende es conseguir una atención más completa e integral al paciente.

III.4. Beneficios de la prescripción dependiente y compartida

III.4.1. Facilitar el acceso a los medicamentos.

En sistemas sanitarios con cierto grado de saturación asistencial, la prescripción dependiente, o compartida, ofrece un beneficio material indudable: mejora el acceso de los pacientes a los medicamen-

¹³¹ Hudson, B., op. cit., pág. 15. En este sentido, el artículo 4.7 e) de la ya mencionada Ley 44/2003, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, afirma que el ejercicio de las profesiones sanitarias se llevará a cabo desde "la progresiva consideración de la interdisciplinariedad de los equipos profesionales en la atención sanitaria".

¹³² Para ello, hay que tener en cuenta que unas nuevas funciones conllevan sus correlativas responsabilidades. Newdick, C. "Pharmacist prescribing - new rights, new responsibilities", *The Pharmaceutical Journal*, 270: 25, 2003.

¹³³ Para Chantler, es necesario educar para trabajar en equipo, tanto en el grado como en el postgrado. Chantler, C. "The second greatest benefit to marking?", *Lancet*, 360: 1875, 2002

¹³⁴ En el ámbito farmacéutico ya ha habido experiencias en este sentido con la Atención Farmacéutica. Desde su implantación en Europa se constató la necesidad de integrar la necesaria formación a varios niveles. Para Van Mil, "es obvio que si la Atención Farmacéutica debe avanzar en Europa, no sólo la formación farmacéutica debería mejorarse, sino también el farmacéutico en ejercicio que ya ha dejado la universidad debe cambiar su orientación al producto por una orientación al paciente". Van Mill, J.W.F. "Atención Farmacéutica en Farmacia Comunitaria en Europa, retos y barreras", *Pharmaceutical Care España*, 2: 55, 2000.

¹³⁵ Azzopardi, L.M. "The need for interdisciplinary cooperation and teamwork", *European Society of Clinical Pharmacy News*, 127: 6, 2005.

tos, ya que se evitan reiteradas visitas al médico, fundamentalmente si se trata de un medicamento de repetición.

Pero esta medida no sólo redundaría a favor del paciente. También permite rentabilizar mejor las habilidades y competencias de los distintos profesionales sanitarios. Por último, ofrece ventajas a las Administraciones sanitarias: consigue descargar de “enfermedades menores” a los centros de salud y hospitales, logrando así mayores cotas de eficacia y un ahorro en la atención sanitaria¹³⁶. En las páginas siguientes abordaremos estos aspectos.

III.4.2. Disminuir la presión sobre el médico.

La prescripción dependiente o compartida también alivia la presión asistencial que padecen los médicos, al desviar a algunos pacientes de la consulta. Esta situación facilita que estos profesionales puedan dedicar más tiempo a aquellos enfermos que requieren un diagnóstico y una primera prescripción. Es evidente que el factor temporal es un elemento fundamental en la atención sanitaria: entre otras cosas, repercute en un menor número de errores médicos y en una más completa información al paciente. Desde la perspectiva del médico un incremento del tiempo disponible para cada enfermo implica, indudablemente, un mayor nivel de satisfacción profesional. Tal situación tendrá también una clara repercusión en el tono y estilo del centro de salud u hospital.

No obstante, no todos los afectados contemplan estas medidas con idéntica perspectiva. Por ejemplo, al ser planteada en España la posibilidad de que los enfermeros prescribieran, el Presidente del Sindicato de Médicos de Asistencia Pública manifestó públicamente que la solución al problema de la presión asistencial al que es sometido el médico “no es atribuir funciones que no le corresponden ni por ley ni por formación a otras profesiones, sino adecuar el número de médicos a las necesidades asistenciales y proporcionar a éstos medios de gestión adecuados”¹³⁷.

III.4.3. Rentabilizar las competencias y habilidades de otros profesionales.

Con la prescripción dependiente o compartida se pueden aprovechar mejor los conocimientos y las habilidades que conlleva la formación de otros profesionales sanitarios, como los farmacéuticos y el personal de enfermería. En este sentido Costa señala que “la coordinación de la prescripción supone aceptar, quizás de una vez, el papel de otros profesionales sanitarios (diferentes de los médicos) capacitados para desarrollar una tarea suplementaria que hasta ahora era simplemente complementaria”¹³⁸.

Existen distintos trabajos que demuestran que esta colaboración, principalmente si es en un área especializada, ofrece innumerables ventajas. Los profesionales son capaces de complementarse y así pueden adquirir una visión más completa de la enfermedad y del enfermo. Como indican Emmerton y col.¹³⁹, la aportación de la experiencia profesional de cada uno de los miembros del equipo dedicado al cuidado de la salud elimina ineficacia y aminora el esfuerzo. Tal colaboración interprofesional cobra más importancia en aquellas especialidades en las que el desarrollo de la enfermedad depende de una mayor confluencia de factores¹⁴⁰.

Por otra parte, se ha comprobado que cuando esa integración ha sido real, los distintos profesionales -médicos, enfermeros y farmacéuticos-, al comprobar los beneficiosos resultados de la complementariedad, adquieren confianza mutua, aceptando los roles de los demás¹⁴¹. Ello, a su vez, potencia la creación de vínculos que derivan en acciones integradas y en el surgimiento de equipos compactos. En este sentido, Sotubo y Acott, farmacéuticos que realizan prescripción suplementaria en Atención primaria, en un trabajo titulado *How to implement supplementary prescribing in primary care clinics*¹⁴² han afir-

¹³⁶ Fryklöf, L. “Dispensing Doctors and Prescribing Pharmacists – Where is the borderline?”, *Journal of Social and Administrative Pharmacy*, 3: 160, 1994.

¹³⁷ *El Mundo*, 23 de diciembre de 2005.

¹³⁸ Costa i Font, J. *Prescripción suplementaria: evidencia del Reino Unido*. <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista/fulltext?pid=13082025>

¹³⁹ Emmerton, L.; Marriott, J.; Bessell, T.; Nissen, L., y Dean, L., *op. cit.*, pág. 217.

¹⁴⁰ Miller, D.; Lucas, B.; Bennett, J., y Gray, R. “Supplementary prescribing by mental health nurses seems promising”, *British Medical Journal*, 331: 1337.

¹⁴¹ Leape, L.; Cullen, D.J.; Dempsey, M.; Burdick, E.; Demonaco, H.J.; Erickson, J.I., y Bates, D.W., *op. cit.*, pág. 270.

¹⁴² Sotubo, B., y Acott, K. “How to implement supplementary prescribing in primary care clinics”, *Prescribing & Medicines Management*, 2005, pág. 17 september: PM4.

mado que el contacto directo con otros profesionales, y la remisión de pacientes entre unos y otros (incluso entre enfermeros y farmacéuticos), refuerza de una forma notoria las relaciones entre todos ellos.

III.5. Problemática de la prescripción dependiente y compartida.

III.5.1. La crítica a la falta de capacidad para prescribir de enfermeros y farmacéuticos.

Hasta ahora se han expuesto algunas de las razones por las que el modelo de prescripción dependiente y compartida puede ser beneficioso, no sólo para los pacientes, sino también para todos los profesionales implicados. No obstante, ya se ha señalado que no todo el sector médico comparte esta opinión. Así, se ha cuestionado la capacidad de farmacéuticos y enfermeros¹⁴³ para realizar esta práctica, apelando a que carecen de competencia para ello. En este sentido, se argumenta que durante su periodo de formación, no han sido capacitados, al menos de una forma directa, para prescribir. En consecuencia, tal actuación, en caso de ser permitida, podría comprometer la seguridad de los pacientes¹⁴⁴.

Ciertamente, para prescribir se requieren unas específicas competencias como, por ejemplo, el conocimiento de los efectos adversos de la medicación, la interacción con otra especialidad farmacéutica o con un alimento, la farmacocinética o farmacodinamia del proceso... Pero todos estos aspectos son propios y característicos de la formación académica del farmacéutico. Por el contrario, no todos ellos se encuentran presentes en la de los médicos. En consecuencia, en un marco de prescripción dependiente, los farmacéuticos tendrían unos conocimientos básicos que les facultarían para llevar a cabo esta acción. Por ello, no parece acertado basarse exclusivamente en las carencias formativas de los farmacéuticos para

negarles la posibilidad de acceder a este tipo de prescripción¹⁴⁵.

Con respecto a la enfermería, también son numerosas las críticas, principalmente de la clase médica, que alertan sobre el "peligro" que implica reconocer a las enfermeras competencias en el ámbito de la prescripción. Estas afirmaciones se apoyan en el hecho de que, según algunos, la formación de la enfermera carece de la profundidad y amplitud requerida para esa función¹⁴⁶.

Frente a ello, cabría responder que los profesionales de la enfermería poseen los conocimientos básicos de su diplomatura y, además, pueden adquirir otros complementarios en cursos de postgrado que les acrediten para las nuevas funciones a desempeñar¹⁴⁷. Tal formación complementaria podría enfocarse, directamente, hacia aspectos esenciales de la prescripción como, por ejemplo, las materias de Fisiopatología o Farmacología.

La práctica ha demostrado que, en el caso de la enfermería, la formación continuada ha ido abriendo nuevos campos, con las consiguientes responsabilidades, en la atención a los enfermos. Incluso, se ha llegado a afirmar que, en la actualidad, la enfermería está viviendo una situación emergente, que podría ser calificada de "silenciosa revolución"¹⁴⁸. Tal dinámica está propiciada por la inquietud profesional de este sector, que ha impulsado a sus integrantes a adquirir una formación cada vez más rigurosa.

Se han realizado varios estudios en los que se demuestra que la prescripción realizada por farmacéuticos o enfermeros es apropiada. Estos trabajos han estado dirigidos a evaluar ciertos parámetros, como

¹⁴³ Incluso, se ha llegado a afirmar, con cierta ironía, que las enfermeras quieren convertirse en "mini-doctores". Desde este sector profesional se ha respondido que, si hay que aplicarles un calificativo, teniendo en cuenta las funciones que desempeñan, el más adecuado sería el de "maxi-enfermeras" (Young, G. "The nursing profession's coming of age", *British Medical Journal*, 331: 1415, 2005.). En cualquier caso, carecen de rigor las acusaciones, dirigidas a las enfermeras, de querer equipararse con los médicos, ya que lo que fundamentalmente se pretende es rentabilizar al máximo las posibilidades que les ofrece su formación.

¹⁴⁴ *Ibid.*

¹⁴⁵ Además, hay que tener en cuenta que, en el ámbito internacional, las organizaciones oficiales de farmacéuticos y enfermeros están desarrollando importantes iniciativas para capacitar a sus profesionales y llevar a cabo el oportuno seguimiento de cada una de las actividades que se ejercen. Por ejemplo, The Royal Pharmaceutical Society, ya en el año 1999, se refería a la necesidad de establecer mecanismos de formación y supervisión de cara a la posibilidad de que se admitiera la prescripción por parte de los farmacéuticos británicos. "Counter prescribing guide to be drafted", *The Pharmaceutical Journal*, 263: 814, 1999.

¹⁴⁶ Roscoe, T.J. "Not a successful as it looks", *British Medical Journal*, 332: 51, 2006.

¹⁴⁷ En el ya mencionado documento "Improving patients' access to medicines: A guide to implementing Nurse and Pharmacist independent prescribing within the NHS in England" se establece determinadas condiciones para las enfermeras: así, por ejemplo, éstas "should have the ability to study at Level 3 (degree level)" y "should normally have at least three years' post-registration clinical nursing experience,..."

¹⁴⁸ Young, G., *op. cit.*, pág. 1415.

grado de eficacia, seguridad, aceptación por los pacientes, etc. En el ámbito de la enfermería los resultados han sido favorables. En este sentido, podría citarse un interesante estudio, realizado por la Escuela de Enfermería de la Universidad de Southampton y publicado con el título de “*An evaluation of extended formulary independent nurse prescribing: executive summary*”¹⁴⁹. En el trabajo se concluye afirmando que la prescripción por parte de los enfermeros es una práctica segura, clínicamente apropiada y eficaz. Además, moderniza y flexibiliza el sistema sanitario, al permitir aprovechar de manera más óptima la capacidad de los enfermeros. Asimismo, facilita el acceso a los medicamentos por parte de los pacientes.

No obstante, entendemos que los datos que aportan estos trabajos no pueden considerarse totalmente concluyentes. La razón es que se basan en estudios descriptivos¹⁵⁰ de programas pilotos, que parten de una muestra sesgada de profesionales, muy proclives a estas nuevas prácticas. Tales agentes son conscientes de su carácter de pioneros de una nueva modalidad profesional, cuyo futuro puede depender de los resultados obtenidos con su trabajo. Este dato nos lleva a concluir que, aunque todo parece apuntar al predominio de los aspectos positivos, es prematuro realizar afirmaciones concluyentes sobre los beneficios o riesgos de estas nuevas modalidades de prescripción.

Por otro lado, en el ámbito farmacéutico, muchos de estos estudios han llegado a la conclusión de que no todos los profesionales podrían acceder a esta forma de prescripción. Tan sólo aquellos que adquirieran una formación específica, como puede ser la de los farmacéuticos hospitalarios. Esta conclusión también podría aplicarse a los enfermeros¹⁵¹.

Por último, cabe señalar que, tras las críticas a esta nueva modalidad de prescripción, también se adivina el temor a la pérdida, por parte de otros agentes sanitarios, de su actual status en el modelo asistencial. En este sentido, no hay que olvidar que, en muchas sociedades actuales, la asistencia sanitaria

responde a un modelo piramidal en el que el médico ocupa su vértice superior¹⁵².

III.5.2. Mecanismos de acreditación de los nuevos prescriptores.

Con independencia de la formación básica, propia de farmacéuticos y enfermeros, en todos los países en los que se han regulado formas de prescripción suplementaria, se han establecido mecanismos conducentes a la obtención de la acreditación como prescriptor. Los programas formativos tienen diversa estructura y contenido. Wilson, en un trabajo titulado “*The development of a curriculum for supplementary prescribing*” resume algunos de los objetivos a conseguir por estos programas: desarrollo de unas relaciones eficaces con los otros profesionales sanitarios; comunicación y consulta real con pacientes y cuidadores; introducción en el examen físico de los pacientes; monitorizar las respuestas de la terapia en los pacientes y comprobar que el tratamiento es el adecuado; evaluar las necesidades de medicamentos de los pacientes, teniendo en consideración sus deseos y valores; prescribir con seguridad, apropiadamente, tanto desde la perspectiva clínica como de la económica; identificación y uso de las fuentes de información, consejo y decisión; reconocimiento, evaluación y respuesta a las influencias recibidas en la prescripción; desarrollo y documentación de un plan clínico en el contexto de una prescripción compartida; adaptar una estructura legal y profesional de responsabilidad; y adoptar una actitud reflexiva en la prescripción¹⁵³.

Con respecto a los requisitos exigidos para obtener la acreditación, es muy importante fijarlos de manera clara y taxativa. En caso contrario, se corre el

¹⁵² De ahí que, tras el anuncio en Gran Bretaña del acceso de las enfermeras a la prescripción se hayan alzado las voces de numerosos facultativos llamando “a la cordura”. También, sólo partiendo de estos presupuestos se pueden entender afirmaciones en el sentido de que “los asistentes sanitarios quieren jugar a ser enfermeros, los enfermeros a ser médicos, y los médicos a ser gerentes” (Coull, R.S. “The death of nursing, the dumbing down of medicine”, *British Medical Journal*, 332: 51, 2006).

¹⁵³ Wilson, P., *op. cit.*, pág. 21. Este autor también aporta un “Curriculum summary”: “Consultation and decision making; influences on and psychology of prescribing; prescribing in a team context; update on relevant aspects of basic and applied therapeutics; principles and methods of monitoring; evidence-based practice and clinical governance in relation to supplementary prescribing; legal, policy, professional and ethical aspects; prescribing in the public health context”.

¹⁴⁹ www.dh.gov.uk/assetRoot/04/11/40/86/04114086.pdf

¹⁵⁰ Avery, A.J., y Pringle, M., *op. cit.*, pág. 1154.

¹⁵¹ *Ibid.*, pág. 1155.

riesgo de generar disputas profesionales e, incluso, injustas discriminaciones¹⁵⁴.

En Inglaterra, la *Royal Pharmaceutical Society* comenzó, en el año 2002, a establecer las bases de un programa educativo para los farmacéuticos prescriptores¹⁵⁵. La acreditación la verifica el Colegio de farmacéuticos local, una vez obtenida la certificación correspondiente a la formación recibida y al cumplimiento de los requisitos legales.

En este país se ha llegado, incluso, a establecer ciertos requisitos para el acceso a los cursos acreditativos. Así, por ejemplo, se exige que el prescriptor sea avalado y requerido por una organización de atención primaria y que, además, el farmacéutico y el patrocinador determinen que médico va a asesorar y supervisar al primero durante su periodo de prácticas¹⁵⁶.

En el año 2003 se implantó el primer curso de acreditación para la prescripción dirigido a farmacéuticos. Fue impartido en la *Keele University* y obtuvo el respaldo de la *Royal Pharmaceutical Society*¹⁵⁷. En esas fechas, dicha institución ya había recibido la solicitud de avalar los cursos de acreditación para la prescripción de otros 10 centros educativos. Ante tal demanda, la *Royal Pharmaceutical Society* perfiló un programa al que deberían acomodarse los cursos que pretendieran ser avalados. Ese proyecto formativo debería cubrir las áreas de consulta y decisión; influencias en la prescripción; prescripción en el contexto del equipo sanitario; terapéutica; métodos de monitorización; evidencia basada en la práctica y en la clínica; aspectos éticos y legales; y el contexto de la salud pública. En cuanto a la duración del curso, se estimó que eran suficientes 25 días de docencia teórica y 12 de prácticas¹⁵⁸. Con respecto a las enfer-

meras, en Inglaterra se ha establecido un periodo de formación de 25-27 días, a lo largo de seis meses¹⁵⁹.

La existencia de requisitos para obtener la acreditación no es algo, en principio, rechazable. No obstante, puede llegar a tener consecuencias desestabilizadoras sobre el equilibrio de las atribuciones asignadas a un determinado grupo profesional. Esto puede comprobarse, por ejemplo, en relación al personal de la Oficina de Farmacia¹⁶⁰. Dado que tal acreditación debe otorgarse a título individual, puede ocurrir que parte de los integrantes de la plantilla de la Farmacia queden al margen de la misma. Ello daría lugar a la existencia de distintas formas de actuar dentro de un mismo centro de trabajo. Este problema se podría acentuar más aún en el caso de Enfermería, teniendo consecuencias drásticas para el médico. Este, dependiendo del turno de enfermeras correspondiente, tendría que asumir todas las atribuciones en la prescripción, o bien las compartiría con el personal de enfermería.

III.5.3. El incremento de la presión asistencial sobre farmacéuticos y enfermeros.

Ya se ha hecho referencia a que la admisión de la modalidad de prescripción dependiente disminuiría la presión asistencial sobre los médicos; pero, correlativamente, incrementaría la de farmacéuticos y enfermeros. Esta nueva situación tendría repercusiones sobre el modelo de actuación de estos profesionales¹⁶¹. Incluso, en ocasiones, será necesario llevar a cabo inversiones económicas. Por ejemplo, en Enfermería se requerirán programas informáticos específicos que faciliten esta nueva práctica¹⁶². En el caso de la Farmacia, se necesitarán de nuevas infraestructuras: por ejemplo, un área de consulta privada en las Oficinas de Farmacia. También se pueden plantear otras exigencias: la existencia de más de un farmacéutico por establecimiento, la elaboración de un formulario para farmacéuticos que prescriben y un registro central de los pacientes...¹⁶³.

¹⁵⁴ Granby, T. "Lessons learnt from the nurse prescribing experience", *The Pharmaceutical Journal*, 270: 24, 2003.

¹⁵⁵ En este sentido, en el artículo 19 del mencionado documento "Improving patients' access to medicines: A guide to implementing Nurse and Pharmacist independent prescribing within the NHS in England", se establece que: "Pharmacists should have at least two years' experience practising as a pharmacist in a clinical environment, in a hospital or a community setting, following their pre-registration year after their graduation. Organizations who put forward pharmacists for independent prescribing should assure themselves that the pharmacist is competent to prescribe in the area in which they will prescribe following training".

¹⁵⁶ Wilson, P., *op. cit.*, pág. 21.

¹⁵⁷ "Green light for prescribing training", *The Pharmaceutical Journal*, 270: 884, 2003.

¹⁵⁸ *Ibid.*

200

¹⁵⁹ Wilson, P., *op. cit.*, pág. 22.

¹⁶⁰ Ferner, R.E. "Dispensing with prescriptions", *British Medical Journal*, 308: 1316, 1994.

¹⁶¹ Emmerton, L.; Marriott, J.; Bessell, T.; Nissen, L., y Dean, L., *op. cit.*, pág. 223.

¹⁶² Earwicker, S.C. "Computer systems need to incorporate nurse prescribing", *British Medical Journal*, 331: 1337, 2005.

¹⁶³ Duff, N., *op. cit.*, pág. 26

Por último, a la presión producida por la asunción de mayores competencias, hay que sumar la generada por la necesidad de establecer controles para el seguimiento de la labor asistencial -auditorias-. Este incremento de responsabilidades¹⁶⁴ podría ocasionar, si no se tomaran las oportunas medidas preventivas y correctoras, una merma en la calidad general de la atención sanitaria de estos profesionales.

III.5.4. El debilitamiento de la relación médico-paciente.

Una de las razones que se han alegado en contra de la admisión de la prescripción suplementaria es la relativa a la incidencia de esta práctica sobre la relación entre el médico y el paciente¹⁶⁵. En este sentido, se afirma que tal conexión podría verse debilitada en el caso de que en el proceso de la prescripción intervinieran otros profesionales.

Sabemos que la confianza médico-paciente es un requisito imprescindible para una buena asistencia. Asimismo, el seguimiento farmacoterapéutico requiere de una continuidad que garantice su eficacia y seguridad. No obstante, estos aspectos no necesariamente se verían mermados en el supuesto de que se admitiera la prescripción suplementaria. Cuestión distinta es la propia percepción de los profesionales. Esta dependerá del modo en que se entienda el papel de los diferentes agentes en el seguimiento farmacoterapéutico. Por ejemplo, si se parte de una visión del trabajo de médicos, enfermeros y farmacéuticos, constreñida a compartimentos independientes y sin conexión, cualquier "intromisión" en el nicho de uno de estos profesionales será interpretada como un factor de distorsión. Sin embargo, si la labor de estos agentes sanitarios se entiende como un "continuum"¹⁶⁶, la desviación de una u otra actividad hacia otro sector se contemplará como un mecanismo diri-

gido a mejorar la atención del paciente, y no como una "invasión" de otro profesional.

Por otro lado, hay que tener en cuenta que, en la actualidad, la relación médico-paciente ha variado con respecto a otras épocas históricas. Y ello, hasta el punto de que la figura del entrañable "médico de cabecera", que tan bien reflejan las novelas de finales del XIX y principios del XX, es una excepción en el siglo XXI. Siguiendo a Hepler¹⁶⁷, "los profesionales...a menudo, parecen despreciar la importancia del paciente como un participante activo...normalmente fluye muy poca información específica sobre el paciente del médico al farmacéutico...". Este cambio se debe a varios factores: la falta de tiempo en la visita médica, el flujo de médicos sustitutos, la especialización en la atención... También tiene relación con el nuevo papel que ha adoptado el paciente -o su cuidador, en el caso de menores o impedidos-, en el proceso de toma de decisiones, o en la administración de los medicamentos.

En definitiva, la prescripción dependiente o compartida no implica para el paciente una merma en eficacia o seguridad en el seguimiento del tratamiento farmacológico. Más bien, podría afirmarse lo contrario, ya que se incorporan al proceso otros profesionales que cooperan en la consecución de una óptima asistencia sanitaria.

III.5.5. Los conflictos de intereses en la dispensación.

Existe un conflicto de intereses¹⁶⁸ cuando concurren ciertas condiciones que pueden inclinar al profesional a adoptar, como objetivo prioritario de su trabajo, no el bien del paciente, sino otros intereses: como, por ejemplo, un posible beneficio económico, la obtención de una prebenda, un mayor prestigio público para él o sus colegas, un incremento de cuota de poder profesional...

Aunque hay que presuponer la integridad de los profesionales, este riesgo puede aparecer cuando, en un mismo profesional -en este caso, en el farmacéutico-, se concentran las funciones de prescripción y dispensación. Si un farmacéutico de Oficina de Far-

¹⁶⁴ Se ha podido establecer una correlación entre una mayor presión, en el trabajo del farmacéutico, con un menor control en su ejecución. Caamaño, F.; Tomé-Otero, M.; Takkouche, B., y Gestal-Otero, J.J., *op. cit.*, pág. 13.

¹⁶⁵ En la Deontología médica y en la Bioética se destaca la idea de que uno de los pilares de la asistencia sanitaria es la confianza entre el profesional y el paciente. Por ejemplo, Pellegrino mantiene que el paciente es un ser humano vulnerable, que está enfermo y atraviesa una situación de dependencia y ansiedad. En esa situación, necesita de alguien que le ayude: el profesional de la salud. La peculiaridad de esa relación exige que se base en la mutua confianza entre los distintos agentes implicados. Vid. Pellegrino, E.D. "Toward a Virtue-Based Normative Ethics for the Health Professions", *Kennedy Institute of Ethics Journal*, 5 (3): 253-277, 1995

¹⁶⁶ Young, G., *op. cit.*, pág. 1415

¹⁶⁷ Hepler, C.D. "Hacia una mejora sistemática del uso de medicamentos en el ejercicio comunitario. Una nueva perspectiva en atención Farmacéutica", *Pharmaceutical Care España*, 1: 433, 1999.

¹⁶⁸ Thompson, D.F. "Understanding financial conflicts of interest", *The New England Journal of Medicine*, 329: 573-576, 1993.

macia tiene que prescribir una especialidad farmacéutica, existe el peligro de inclinarse por aquella con la que obtenga un mayor beneficio económico o, al menos, una menor pérdida. Ello puede suceder, por ejemplo, cuando el motivo de selección venga determinado por la caducidad del medicamento. Por ello, este factor deberá ser tenido en cuenta al regular la prescripción farmacéutica independiente, fundamentalmente en la Oficina de Farmacia.

No ocurre lo mismo con otras modalidades del ejercicio de la profesión farmacéutica y, en general, en aquellos procesos en los que existe una mayor conexión con el médico. Este es el caso de los farmacéuticos hospitalarios y de Atención primaria, ya que estos profesionales no obtienen ningún beneficio particular por la selección de una determinada especialidad farmacéutica.

No obstante, conviene tener en cuenta que en el ámbito hospitalario pueden surgir otros conflictos de intereses¹⁶⁹. Ello es debido a que, por ejemplo, la industria farmacéutica sufrag¹⁷⁰ la formación continuada de estos profesionales¹⁷¹. Las Compañías pueden subvencionar la asistencia de un determinado facultativo a un congreso, curso o simposio, bien tener con él ciertos "detalles". A su vez, los médicos, enfermeros o farmacéuticos pueden sentirse obligados a corresponder a esas atenciones a través de las prescripciones.

Este pernicioso ciclo es una realidad. Por ello, en el artículo 70 de la ya mencionada Guía británica para la implantación de la prescripción independiente por parte de enfermeros y farmacéuticos se indica lo siguiente: "*Personal Gifts are prohibited, and it is an offence to solicit or accept a prohibited gift or inducement. Companies may also offer hospitality at a professional or scientific meeting or at meetings held to promote medicines, but such hospitality should be reasonable in level and subordinate to the main purpose of the meeting*"¹⁷².

169 El problema también se plantea en relación a la prescripción de las enfermeras. A esta cuestión se dedican los artículos 25 al 30 del Documento británico "Improving patients' access to medicines: A guide to implementing Nurse and Pharmacist independent prescribing within the NHS in England".

170 López Guzmán, J. *Ética en la industria farmacéutica. Entre la economía y la salud*, Pamplona, Eunsa, 2005, pág. 101-115.

171 "Improving patients' access to medicines: A guide to implementing Nurse and Pharmacist independent prescribing within the NHS in England".

III.5.6. La retribución económica por las nuevas atribuciones.

Con la atribución de nuevas competencias, los profesionales deberán invertir más tiempo de trabajo, asumir mayores responsabilidades e, incluso, afrontar inversiones adicionales, fundamentalmente en el sector privado. Por ejemplo, en el caso de los farmacéuticos comunitarios, los mostradores deberán ser adaptados para asegurar una mayor confidencialidad. Asimismo, al dedicar más tiempo a los pacientes, puede surgir la necesidad de contratar a otros profesionales, etc.

Existe un precedente que puede servir de ejemplo: la Atención Farmacéutica (*Pharmaceutical Care*). Su implantación en los distintos países se ha enfocado como un beneficio suplementario que el farmacéutico ofrece, de forma altruista, al paciente y a la sociedad. Además, se entiende que esta práctica también repercute positivamente en el profesional, al permitirle desarrollar mejor sus conocimientos y habilidades.

Esta visión está siendo aceptada, con sustanciales diferencias, en distintos países. Por ello, la Atención Farmacéutica se ha convertido en una realidad que está dando muchos frutos, en lo que se refiere a una mayor eficacia y seguridad en el uso de los medicamentos.

No obstante, su implantación en la Farmacia comunitaria ha requerido de importantes inversiones económicas: programas informáticos, modificaciones en el diseño y distribución del espacio en las Oficinas de Farmacia, contratación de más personal, etc. Tal gasto sólo es compensado, a largo plazo, con una mayor fidelidad de los pacientes. De ahí, que sea frecuente el plantear la necesidad de retribuir al farmacéutico que, no limitándose a la tradicional dispensación, ofrezca el valor añadido que implica la Atención Farmacéutica.

Se trata, sin embargo, de un tema complejo. Ello es debido a varios factores: en primer lugar, si la compensación fuera aportada por la población, debería estar respaldada socialmente. Sin embargo, la realidad demuestra que no siempre se está dispuesto a pagar más por el cuidado de la salud -al menos, voluntariamente-. Por su parte, tampoco la Administración se ha mostrado inclinada a asumir el consiguiente incremento del gasto sanitario. Por último, en el caso de que tal compensación se aprobara, tam-

poco parece sencillo fijar algunos criterios para establecer el monto económico adecuado¹⁷².

III.5.7. El intrusismo profesional.

Sabemos que una de las críticas a la prescripción compartida de farmacéuticos y de enfermeros es la relativa a la falta de cualificación de estos profesionales para desarrollar tal cometido. Incluso, se les acusa de intrusismo, usurpando competencias ajenas¹⁷³. Conviene matizar que, en este contexto, el término intrusismo no remite a la acción consistente en desempeñar una profesión¹⁷⁴ careciendo del título oficial requerido para ello, sino a la asunción de un incremento de competencias profesionales sin haber obtenido un reconocimiento oficial adicional.

En nuestro caso, la cuestión remite, necesariamente, a la “delimitación de los actos propios de una profesión. Deberá entenderse por tales aquéllos cuya realización es atribuida por el ordenamiento jurídico positivo, única y exclusivamente a los individuos de determinadas profesiones, aunque con la matización obligada de que pueden existir actos comunes a dos o más profesiones”¹⁷⁵.

Las denuncias por intrusismo, -en el referido sentido de actuaciones que no respetan los límites de la propia profesión-, no son algo extraño en el ámbito sanitario. Por ejemplo, en la ya mencionada Declaración de la Comisión Central de Deontología, Derecho Médico y Visado, sobre “Límites de las funciones profesionales de médicos y farmacéuticos” se

denuncia el creciente intrusismo de los farmacéuticos en funciones propias y exclusivas de los médicos. En el punto 2 de dicha Declaración se establece lo siguiente:

“2. La situación que se está creando es preocupante, pues, a juzgar por las apariencias, algunos farmacéuticos quieren adentrarse en un terreno reservado a los médicos y romper el paradigma vigente de estricta separación profesional de las funciones de prescribir y dispensar, una separación que debe conservarse con las necesarias adaptaciones. Pues, del mismo modo que sería imprudente desperdiciar la competencia del farmacéutico en cuanto conocedor de los efectos e interacciones de los medicamentos, sería sumamente imprudente que a ellos se les asignara la capacidad de modificar los planes terapéuticos establecidos por el médico sin el conocimiento y aceptación de éste. Indudablemente, esas modificaciones no autorizadas podrían constituir un supuesto de intrusismo”¹⁷⁶.

176 En los restantes puntos se afirma:

“1. Desde hace algún tiempo, ha ido incrementándose, en el campo de la Medicina, una inquietud creciente, provocada por la expansión de las funciones que los farmacéuticos desempeñan en sus oficinas y que no parecen muy lejos de constituir conductas intrusas. A ello han contribuido cambios de naturaleza e intensidad diversa.

a. En primer lugar, cambios sociales: el elevado consumo de medicamentos costeados por el Sistema Nacional de la Salud, la disminución de la tolerancia a los pequeños achaques y desazones de la vida, la facilidad para obtener del farmacéutico consejos y medicinas, ha hecho crecer el número de personas que acude a las farmacias y ha favorecido el contacto de los farmacéuticos y sus auxiliares con los clientes.

b. En segundo - lugar, cambios en la demografía de la profesión farmacéutica: el exceso de graduados en Farmacia obliga no sólo a los individuos, sino también a las corporaciones profesionales, a tentar nuevas salidas y funciones, que, como es lógico, pueden entrar en conflicto con las poseídas pacíficamente por otras profesiones sanitarias.

c. En tercer lugar, cambios inducidos por ciertos movimientos surgido en el seno de la profesión farmacéutica. Los farmacéuticos han reclamado, en virtud de su condición de expertos en medicamentos, un protagonismo nuevo y autónomo en el seguimiento, control y modificación de los tratamientos prescritos por los médicos. Desean asumir, a través de lo que se ha dado en llamar atención farmacéutica, nuevas funciones y responsabilidades en la programación de los objetivos terapéuticos, en el control de interacciones y efectos adversos de las medicinas, o en la reordenación de los tratamientos complejos. Algunos estiman incluso que se sienten capacitados para hacer el ajuste fino de la terapéutica medicamentosa, a fin de mejorar su efectividad económica y la calidad de vida de los pacientes.

d. Finalmente, algunos cambios legislativos a los que se alude más adelante.

3. Con el fin de evitar conflictos en las relaciones entre farmacéuticos y médicos, y mantener la tradicional cooperación entre ambas profesiones, se ofrece la presente Declaración. En ella, tras hacer referencia a la indefinición de ciertas normas legales sobre la materia, se señalan los fundamentos éticos que favorecen el mantenimiento abierto y constructivo

¹⁷² Así, por ejemplo, la valoración podría hacerse teniendo en cuenta factores como la eficacia, efectividad y eficiencia. Siguiendo a Cabiedes y Eyaralar la eficacia “pretende valorar en qué medida un proyecto puede funcionar”. La efectividad “mide la eficacia de un proyecto en condiciones reales, es decir, la capacidad de alcanzar los resultados perseguidos”. Por último, la eficiencia “constituye un concepto eminentemente económico ya que, a diferencia de los dos anteriores, además de valorar los resultados, contempla el coste económico que acarrea su consecución”. No obstante, como ya se ha indicado, parece complejo ponderar estos parámetros (Cabiedes, L., y Eyaralar, M.T. “Evaluación económica de la Atención Farmacéutica: una aproximación metodológica”, Pharmaceutical Care España, 1: 369, 1999).

¹⁷³ Sobre intrusismo profesional se puede consultar: Martínez-Pereda, J.M. “Intrusismo punible y conflictos en las distintas especialidades médicas”, Derecho y Salud, 5 (1): 1-17, 1997.

¹⁷⁴ Según Vidal “el delito de usurpación de calidad, también denominado de intrusismo, es un delito formal, de mera actividad” (...) “que pretende proteger a la sociedad en general, para evitar el peligro que supone el ejercicio por personas audaces, pero incompetentes, de tareas delicadas que exigen conocimientos y capacidades específicas” (Vidal Casero, M.C. “El art. 403 del Código penal y el intrusismo dentro del ámbito farmacéutico”, Derecho y Salud, 6 (2): 66-67, 1998).

¹⁷⁵ Martínez-Pereda, J.M., op. cit., pág. 10.

En la misma línea, en mayo de 2006, el Presidente del Colegio Oficial de Médicos de Córdoba, al presentar las alegaciones a la Ley de Ordenación Farmacéutica de Andalucía, llegó a afirmar públicamente que esta norma es “irresponsable y peligrosa” por fomentar el intrusismo profesional y reforzar el papel del farmacéutico en la atención al usuario aquejado de procesos leves. En sus palabras: es “irresponsable que el profesional de la farmacia atienda consultas frecuentes basándose en un protocolo de síntomas habituales”.

III. CONCLUSIÓN.

En el presente trabajo se ha llevado a cabo una exposición de los distintos tipos de prescripción, actualmente vigentes, en los sistemas de salud internacionales. Tal desarrollo se ha situado en un contexto social y sanitario en evolución, orientado a potenciar la interacción y la complementariedad entre los miembros de los equipos de salud.

Presuponiendo la existencia de variados modelos de prescripción, se trata de ponderar cual es el más apropiado para cada sistema sanitario. Ciertamente, nos situamos en un contexto de globalización de los modelos de gestión de la salud. No obstante, ello no evita la existencia de una gran heterogeneidad en este ámbito. Tal diversidad puede estar basada en diferencias culturales, socio-sanitarias, profesionales, legales... Estas desigualdades pueden, incluso, convivir en un mismo entorno geográfico y cultural. Por ello, si se pretende incorporar innovaciones en el sistema de prescripción vigente, hay que tener en cuenta factores muy diversos: la necesidad o conveniencia del cambio a introducir, el grado de aceptabilidad del sistema de acogida, la oportunidad del momento elegido para llevarlo a cabo, la transitoriedad en la incorporación de la nueva práctica...

Por otro lado, en nuestra opinión, la potenciación de la cooperación entre los distintos miembros que integran los equipos de salud resulta siempre beneficiosa para un sistema sanitario. En consecuencia, las propuestas de modelos de prescripción asentadas en patrones de colaboración entre los profesionales -prescripción dependiente o compartida-, presentan más efectos positivos que los sistemas excluyentes -prescripción independiente-.

Por último, se ha entendido que cualquier propuesta de innovación en este campo debe tener en cuenta diversos factores. Entre ellos, estarían la obtención del máximo beneficio -eficacia/eficiencia- para los sistemas nacionales de salud, y el mejor aprovechamiento de las competencias y habilidades propias de cada profesión. Por encima de estos importantes elementos, se situaría una idea central: el incremento en la seguridad del paciente, su mejor acceso a las medicinas, en definitiva, la mejora de la atención al enfermo. Tal incremento debe entenderse de manera integral, presuponiendo la unidad y dignidad del ser humano.