



POLÍTICAS SANITARIAS



El visado de recetas en el Sistema Nacional de Salud

Javier Carnicero
Giménez de Azcárate

Desde los comienzos de la seguridad social hasta nuestros días, el gasto en medicamentos ha sido un constante quebradero de cabeza de los gobiernos y de los directivos del sistema de salud. La inquietud está más que justificada porque en 2017 el gasto en medicamentos de los hospitales suponía el 9,35% del gasto sanitario público y el de la prestación farmacéutica el 15,65%. Es decir, el Sistema Nacional de Salud gasta el 25% de su presupuesto en medicamentos y productos farmacéuticos. En varias etapas de su historia el sistema de salud, antes de seguridad social, ha distinguido entre la autorización para el registro y comercialización de un medicamento, y su financiación. En ocasiones se registra el medicamento, pero se limita la financiación al cumplimiento de determinados criterios clínicos y para eso se ha empleado el visado de recetas nada menos que desde 1946. Como se desarrolla más adelante, el visado de recetas es un procedimiento que se dirige a reducir el gasto, arcaico, que no se ha beneficiado apenas de la introducción de las tecnologías de la información y de la comunicación (TIC), que no aporta calidad al proceso asistencial, y que provoca inequidad.

El sistema de salud ha intentado reducir el gasto en medicamentos con distintas medidas dirigidas a los médicos, que afortunadamente ya se encuentran en desuso, como el presupuesto individualizado de recetas, las re-

“

Es una lástima que no se haya aprovechado la oportunidad para la innovación que ha supuesto la implantación de la historia clínica y de la receta electrónicas en materia de visado

”

quetas con copia que se remitía a la inspección de servicios sanitarios, el marcaje de recetas y actuaciones similares, que no demostraron eficacia en la mayor parte de los casos, por no decir nunca. Más adelante, cuando las TIC lo hicieron posible, se implantó el control de la prescripción mediante la discusión (examinar



atenta y particularmente una materia) de los llamados perfiles de prescripción con los médicos de Atención Primaria, pero no con los de los hospitales. Otras medidas que se han adoptado para contener el crecimiento del gasto farmacéutico han sido los descuentos de las oficinas de farmacia acordados en los conciertos y los negociados con la industria; la reducción del margen de distribución y el de la oficina de farmacia; la distinción entre financiación y registro, de forma que no todos los medicamentos autorizados para ser dispensados se financien por el sistema público; la introducción de los medicamentos genéricos y los precios de referencia, y el visado de recetas. Con mucho retraso desde que terminó el descuento acordado por el Ministerio de Sanidad y la industria farmacéutica, se comenzó a comprar los medicamentos de los hospitales mediante concurso público. Además de todo lo anterior, como los medicamentos tienen su precio intervenido, cuando se autoriza su comercialización se fija su precio por las autoridades de salud.

La prestación farmacéutica comenzó en España con el Seguro de Maternidad, Ley de 23 de marzo de 1929, que se comenzó a aplicar en 1931. Más adelante, la ley del Seguro Obligatorio de Enfermedad de 1942 introducía la prestación farmacéutica con la limitación de “no servir otros específicos que los incluidos en un petitorio revisable periódicamente”. Los únicos medicamentos que se financiaban eran las fórmulas magistrales. Como se puede observar la distinción entre medicamento autorizado para su comercialización y medica-

mento financiado ya se introdujo en 1942. En 1946 se estableció la financiación no solo de las fórmulas magistrales, sino también de las especialidades que se consideraran urgentes en el petitorio de la beneficencia y aquellas que autorizara la inspección. Por lo tanto, este año marca el concepto del visado de recetas, concepto que apenas ha evolucionado desde entonces.

La aprobación de la Ley General de la Seguridad Social en 1966 trajo dos importantes novedades, la financiación de todos los medicamentos cuya comercialización estaba autorizada y el fin de la gratuidad de los prescritos por médicos de la seguridad social, excepto en el caso de accidentes de trabajo o enfermedades profesionales (la gratuidad para los pensionistas no figura en la Ley). En 1993, Real Decreto 83/93, se distinguió de nuevo, por primera vez desde 1966, el registro del medicamento de su financiación pública. En la actualidad, los medicamentos sujetos a autorización previa (visado) corresponden aproximadamente a 140 principios activos con más de 1.800 presentaciones, a los que se deben añadir los productos dietéticos y las leches maternizadas especiales.

Es una lástima que no se haya aprovechado la oportunidad para la innovación que ha supuesto la implantación de la historia clínica y de la receta electrónicas en materia de visado. Porque, una vez más, salvo excepciones, se ha cometido el error de mimetizar el procedimiento que existía en papel, limitándose a “informatar” sin incorporar las TIC a la cadena

de valor del proceso asistencial. El visado clásico consistía en que la receta, al menos la primera, debía estar firmada por un médico especialista. Con esa receta que necesariamente se acompañaba de un informe de ese especialista, el paciente debía acudir a la inspección de servicios sanitarios, donde un médico inspector comprobaba la prescripción con el informe y estampaba, o no, su sello y su firma en la receta. En esencia, el procedimiento que se sigue en la actualidad es el mismo que el de 1946. Las innovaciones que se han introducido antes y después de la implantación de la receta electrónica han consistido en autorizar la dispensación por períodos de tiempo más o menos prolongados y no receta a receta; emplear impresos en papel, más tarde reproducidos electrónicamente, con el fin de facilitar la elaboración del informe médico y otras opciones similares. También han logrado que el paciente ya no tenga que personarse en la inspección para conseguir su visado. Como ya se ha dicho antes, se ha convertido en electrónico lo mismo que se hacía en papel.

No está generalizado, ni mucho menos, que la prescripción electrónica sea parte de la historia clínica electrónica. En la mayor parte de los casos es un módulo del programa de receta electrónica, que es algo completamente distinto. Esto quiere decir que la funcionalidad de prescripción no incorpora información de la situación clínica del paciente, condición inexcusable para los sistemas de ayuda a la prescripción. Un buen programa de prescripción debe alertar de interacciones de medicamentos, pero también debe alertar de la condición clínica del paciente ante la prescripción de un medicamento. Por ejemplo, la prescripción de un medicamento nefrotóxico en un paciente con una cifra elevada de creatinina. De la misma forma, la prescripción de un medicamento sujeto a visado, debería alertar de que en la historia clínica no está registrado el diagnóstico necesario o que no se satisface el criterio de visado para ese medicamento. Si dichas condiciones se incumplieran, no se podría prescribir ese medicamento con cargo a la financiación pública. Con actuaciones como esta o similares, el visado sería innecesario. Siempre se debería contemplar la posibilidad de que el médico considere que, a pesar de que no se cumplen los criterios establecidos, ese medicamento es el indicado para ese paciente, para que entonces, y solo entonces, lo justifique por medio de un informe.

En materia de calidad, hace ya tiempo que prima el concepto de gestión de calidad sobre el de inspección de calidad. Es decir, un modelo en el que se promueve el cumplimiento de elevados estándares de calidad en vez de inspeccionar para desechar aquellos productos o servicios que no los cumplan. Se basa en la idea de que es más eficaz y eficiente facilitar que el proceso se haga bien, que comprobar que está bien hecho. El visado de recetas, como en esencia sigue igual que en 1946, sigue el principio de inspección, tan grato a las autoridades de aquella época, en vez del principio de gestión de calidad. También podría decirse que se basa en el principio de la desconfianza hacia el médico. Hace falta un inspector que confirme que el medicamento, generalmente muy caro, sujeto a control, se ajusta a las indicaciones que se encuentran entre las financiadas.

El problema de fondo, sin embargo, es que el visado de recetas no es un instrumento de mejora de la calidad. Es un instrumento que pretende reducir el gasto. Si fuera un procedimiento de mejora de calidad no se basaría en la inspección, sino en la gestión de calidad, por ejemplo, mediante el empleo sistemas de ayuda a la prescripción similares al esbozado antes. Si fuera un sistema de mejora de calidad no sucedería que cuando la inspección no autoriza el visado, salvo muy contadas excepciones, el paciente puede acudir con la receta a la oficina de farmacia donde nada impide que el medicamento se dispense pagando el coste íntegro de su bolsillo. Abunda en que el visado no es un instrumento de calidad el que varias asociaciones científicas discrepan abiertamente y con argumentos más que razonables, y publicados, de los criterios que se fijan para visar un medicamento. La discrepancia más reciente es la que se refiere a los anticoagulantes orales, pero esa controversia merece otro artículo en NME. Refuerza el argumento de que no es un instrumento de calidad el hecho de quien pueda pagar el medicamento pueda beneficiarse de él, lo que genera inequidad, concepto opuesto al de calidad asistencial. Además de todo lo anterior, los trámites del visado en ocasiones provocan retrasos en el comienzo o continuidad del tratamiento, inquietud en los pacientes y malestar y enfrentamientos entre compañeros, y todo ello es contrario a cualquier concepto de calidad.

Comparto el principio de que es necesario distinguir entre la autorización de un medi-



camento de su financiación. Pero en los casos en que solo se financie cuando se cumplan determinadas condiciones deben establecerse procedimientos que mejoren el visado de 1946. Los criterios para visar un medicamento deben ser compartidos y acordados con las sociedades científicas y no ser elaborados únicamente por técnicos sin ejercicio clínico. Además, es imprescindible que se informe con claridad a todos los ciudadanos de que el visado se debe a que el medicamento no se financia, salvo las excepciones que se indican. El problema es que ningún ministro de Sanidad, o consejero del ramo quiere informar con claridad que el sistema público de salud no financia todos los medicamentos; y que cuando un medicamento está registrado, si es muy caro (¿qué es caro?) a pesar de su efectividad, limita su financiación. Por el contrario, las gestiones de las autoridades se dirigen siempre a lo contrario, a pregonar la gratuidad del sistema y a anunciar reducciones en la aportación que

hacen los pacientes cuando adquieren un medicamento. Este comportamiento de las autoridades, además de poco responsable, induce a los pacientes a confusión y a los médicos les genera malestar e incomprensión sobre las normas sobre financiación de medicamentos.

Es hora de revisar un procedimiento arcaico, ineficaz, ineficiente, que no aporta nada a la calidad del proceso asistencial, que produce molestias a los pacientes que pueden ver retrasado el comienzo de su tratamiento y que además provoca frecuentes enfrentamientos entre compañeros. Son pocas las mejoras que se han introducido desde 1946.

Consultor de sistemas y servicios de salud
Médico inspector en excedencia
javiercarnicero@cognitiosalud.es