

## Uso racional del medicamento y pandemia por SARS-CoV-2: se precisan unos objetivos adecuados a la realidad y respetuosos con la labor del médico de familia

Pérez Milena A

*Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria  
Presidente SAMFyC*

Desde la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria se entiende la necesidad ética de contar con unos Acuerdos de Gestión Clínica que mejoren la eficiencia del sistema sanitario. Los contratos de gestión entre profesionales clínicos y organismos de gestión constituyen una forma de mejorar una asistencia de calidad, reducir la variabilidad clínica, fomentar la equidad y preservar un uso justo de los recursos sanitarios. Ello obliga a que estos acuerdos sean transparentes y recojan objetivos y evaluaciones que respondan a la mejor evidencia clínica disponible, con indicadores de fácil medición y orientados a los problemas principales priorizados por el sistema sanitario, en un entorno de confianza y colaboración.

El cumplimiento de los objetivos de los Acuerdos de Gestión Clínica va ligado a unos incentivos, entendidos como un estímulo ofrecido a los profesionales sanitarios con el fin de elevar la producción y mejorar los rendimientos. Esto es, premiar a quienes han alcanzado los indicadores propuestos y actuado de forma excelente. Sin embargo, se plantean serias dudas sobre la idoneidad de estos incentivos en la situación actual. ¿Será posible alcanzar el cumplimiento de unos objetivos planteados para un escenario donde la pandemia no estaba prevista? ¿Es posible lograr la eficiencia deseada tras el enorme cambio organizativo del sistema sanitario público andaluz en estos meses? ¿Seremos los médicos de familia capaces de entender unos incentivos que no están ligados al inmenso trabajo desarrollado hasta la fecha frente al SARS-CoV-2?

Estamos ante una situación nueva e inesperada, una crisis sanitaria con una gran carga de incertidumbre en relación a su manejo y que, además, está conllevando una crisis social por sus duras consecuencias socioeconómicas. Los médicos de familia andaluces han seguido trabajando en equipo en los centros de salud, mostrando una adecuada capacidad de adaptación y de liderazgo interno que ha contrarrestado la desinformación y ausencia de criterios claros para hacer frente a la pandemia. Y todo ello a un gran coste emocional y un excesivo número de contagios entre los profesionales de los centros de salud, con demasiados casos de compañeros enfermos y fallecidos. No se debe olvidar la ausencia de material de protección individual al inicio del estado de alarma y la preocupante tardanza en su suministro las semanas posteriores. Ni tampoco la ausencia de pruebas diagnósticas hasta fechas recientes, siendo no obstante claves en la contención del contagio en la comunidad.

Los médicos de familia tienen claro el reto de defender los valores del uso racional del medicamento sin descuidar la realización del resto de deberes que tienen ante la sociedad. La eficiencia del sistema sanitario es una premisa que, a diferencia de otros niveles asistenciales, impregna gran parte de la tarea clínica del médico de familia. Pese a ello, desde el inicio del confinamiento por la pandemia, múltiples factores están dificultando el cumplimiento de los objetivos presupuestarios y de uso racional del medicamento para el acuerdo de gestión clínica de este año (figura 1). Entre ellos, destacan los siguientes:

### 1. Fragmentación de la atención a la población

El trabajo de un médico de familia nunca se trata solo de una receta o una derivación<sup>1</sup>. El uso racional del medicamento incluye actividades preventivas tales como la deprescripción, la prescripción prudente o la conciliación de la medicación. La fragmentación de la atención primaria se asocia a un incremento del fenómeno de la polimedicación y a un peor control de las enfermedades crónicas<sup>2</sup>, lo que posiblemente incremente los potenciales problemas de seguridad. A fecha de hoy, y posiblemente durante algunos meses más, los pacientes contactan con diferentes profesionales en diferentes puntos del sistema sanitario, con los servicios de urgencias actuando como "otra" atención primaria. Esta atención dispensarizada, estanca y atomizada dificulta la continuidad en la asistencia y aleja el cumplimiento de objetivos como la reducción de la polimedicación o del gasto en recetas.

### 2. Prescripción inducida

La prescripción inducida ocurre cuando un médico aconseja un fármaco pero lo tiene que recetar otro<sup>3</sup>. Esto es frecuente en atención primaria, magnificado por la pobre comunicación entre médicos de centros de salud y médicos de hospital. Se estima que no habría una coherencia entre el criterio del médico de familia y su acto de prescripción en una tercera parte de estas situaciones<sup>4</sup>. Este problema se intensifica en la actual atención a los pacientes con sospecha de SARS-CoV-2, donde se sigue sin contar con la opinión del médico que más conoce a sus pacientes tras un alta hospitalaria o una atención urgente. Por un lado, genera desconcierto en los pacientes que observan la discrepancia de criterios entre facultativos; por otro, contribuye a la pérdida de la eficiencia en la prescripción por la burocratización de la asistencia al tiempo que favorece el aumento del gasto en fármacos.

### 3. Incertidumbre en el tratamiento del SARS-CoV-2

No existe por el momento evidencia procedente de ensayos clínicos controlados que permitan recomendar un tratamiento específico para el SARS-CoV-2<sup>5</sup>. Pese a ello, se han realizado

multitud de protocolos proponiendo terapias que incluyen diferentes antibióticos, antipalúdicos y antivirales al mismo tiempo para una misma persona, incluso en los casos sospechosos de infección por COVID-19 sin confirmar. Por una parte, el uso de estos medicamentos no aprobados en esta indicación puede ser éticamente lícito tras una valoración individual<sup>6</sup>, dado el contexto actual de incertidumbre en las actuaciones ante la pandemia. Pero constituye un formidable obstáculo para conseguir la disminución de la presión antibiótica global, algo prioritario para evitar las resistencias microbianas a la antibioterapia.

### 4. Agravamiento de la salud de los pacientes con enfermedades crónicas

Los pacientes crónicos representan un grupo de población especialmente vulnerable en el contexto de esta pandemia. Las estimaciones mundiales revelan que una de cada cuatro personas sufre al menos una enfermedad crónica. En el contexto de esta pandemia se están enfrentando a problemas como la cancelación de visitas y pruebas médicas, la mayor dificultad para acceder a una atención presencial o incluso para conseguir su medicación habitual, con la consiguiente discontinuación del tratamiento. La invisibilidad de esta población durante la pandemia puede generar un empeoramiento en su salud y su calidad de vida, incrementar la polimedicación y exponerlos a mayores problemas de seguridad.

### A modo de conclusión

En esta pandemia se pueden constatar varias situaciones que dificultan seriamente el cumplimiento de los objetivos de farmacia marcados por el Servicio Andaluz de Salud a los médicos de familia. El gasto farmacéutico por recetas del Sistema Nacional de Salud ha aumentado un 14% en marzo de este año (10,45% en Andalucía) y es esperable que se incremente en los próximos meses<sup>7</sup>. Mientras que las actuaciones implementadas por el Gobierno para paliar la crisis del Covid-19 se centran de forma prioritaria en el reforzamiento del sistema sanitario, incrementando las partidas por gasto sanitario hasta un 0,4% del producto interior bruto del año 2019, a los médicos de familia se les sigue pidiendo la misma

contención del gasto en fármacos, un hecho disonante que no valora el trabajo realizado en atención primaria. Es preciso insistir de nuevo en que los médicos de familia han cumplido sobradamente su cometido durante la fase de confinamiento, y aún les queda una ardua tarea para la fase de transición de la pandemia por SARS-CoV-2<sup>8</sup>.

No se puede exigir al médico de familia que cumpla unos objetivos fuera de sus posibilidades y que no dependen exclusivamente de su buena praxis. Se hace necesaria una revisión de los objetivos marcados para este año, ante las excepcionales circunstancias a las que se enfrenta el sistema sanitario. En primer lugar, la atención primaria precisa un margen amplio para realizar sus funciones con un necesario y vital incremento de su presupuesto. En segundo, y no menos importante, desde la SAMFyC vemos necesaria una reevaluación de las metas a alcanzar en los objetivos de farmacia de los acuerdos de gestión clínica. El médico de familia, que está exponiendo su vida para mantener la atención a la población, debería recibir en este estremecedor año los incentivos económicos de forma íntegra como premio a su labor durante la pandemia, sabiendo que no por ello va a renunciar a mejorar la práctica clínica y el uso de recursos del sistema sanitario público andaluz.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Bravo R. Demasiados cocineros arruinan el puchero. *Revista Médicos de Familia*. 2017; 3: 5.
2. Maciejewski ML, Hammill BG, Bayliss EA, Ding L, Voils CI, Curtis LH, et al. Prescriber Continuity and Disease Control of Older Adults. *Med Care*. 2017; 55:405-10.
3. Álvarez Montero S. Prescripción inducida en atención primaria: perspectiva bioética. *Aten Primaria*. 2012; 44: 62-4.
4. Robertson J, Fryer JL, O'Connell DL, Sprogis A, Henry DA. The impact of specialists on prescribing by general practitioners. *Med J Aust*. 2001;175: 407-11.
5. Tratamientos disponibles para el manejo de la infección respiratoria por SARS-CoV-2. Ministerio de Sanidad, Gobierno de España. Disponible en: <https://www.aemps.gob.es/la-aemps/ultima-informacion-de-la-aemps-acerca-del-covid%E2%80%9119/tratamientos-disponibles-para-el-manejo-de-la-infeccion-respiratoria-por-sars-cov-2/?lang=en>
6. Uso no indicado de medicamentos contra la COVID-19. Organización Mundial de la Salud, 2020. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/commentaries/detail/off-label-use-of-medicines-for-covid-19>
7. Datos provisionales de facturación de Receta Médica. Ministerio de Sanidad, Gobierno de España 2020. Disponible en: <https://www.msbs.gob.es/profesionales/farmacia/datos/marzo2020.htm>
8. Propuestas SAMFyC para la atención primaria en la fase de transición de la pandemia por SARS-CoV-2. Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria, 2020. Disponible en: <https://www.samfyc.es/propuestas-samfyc-para-la-atencion-primaria-en-la-fase-de-transicion-de-la-pandemia-por-sars-cov-2/>

Tabla 1. Objetivos del Acuerdo de Gestión Clínica 2020 para Atención Primaria

ÁREA ESTRATÉGICA	OBJETIVO	META
<b>Cumplimiento de objetivos presupuestarios</b>	No superar el presupuesto asignado para consumo en farmacia (capítulo IV recetas)	≤100%
	Disminuir la presión antibiótica global	≤1
<b>Uso Racional del Medicamento</b>	Aumentar el porcentaje de utilización de medicamentos biológicos prescritos mediante receta que son biosimilares	≥50%
	Revisar las prescripciones activas de los pacientes polimedicados	≥90%
	Mejorar el uso de medicamentos en pacientes crónicos revisando los potenciales problemas de seguridad derivados de la prescripción	≥50%
	Promover la prescripción por principio activo	≥90%
	Las prescripciones de fentanilo de liberación inmediata solo se realizarán para pacientes adultos con dolor irruptivo oncológico que ya estén recibiendo de forma crónica otro tratamiento de mantenimiento con opioide	=100%