

semFYC presenta su *Informe sobre el visado de inspección en España: situación actual desde la perspectiva de los profesionales sanitarios*

LOS MÉDICOS DE FAMILIA PIDEN AL MINISTERIO DE SANIDAD QUE ASUMA EL PAPEL DE GARANTE DE LA EQUIDAD EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Defienden una prescripción que anteponga la calidad asistencial al control del gasto

- **Concluyen que el visado no disuade al médico de realizar una prescripción si cree que es el tratamiento más adecuado para cada caso**
- **Los médicos de familia están perfectamente habilitados y capacitados para prescribir sin supervisión y consideran que el visado genera desigualdades entre los ciudadanos**
- **Consideran que esta medida responde a una justificación económica, pero no mejora la calidad asistencial, y genera desconfianza hacia la formación del profesional**
- **La formación profesional y los protocolos de actuación son medidas más efectivas para garantizar el uso racional del medicamento**
- **Subrayan que el visado puede servir de “llamada de atención” ante medicamentos con un perfil beneficio-riesgo poco definido, novedades terapéuticas o fármacos con restricciones de uso**
- **Actualmente existe un doble control sobre la prescripción: los indicadores de calidad de la prescripción y el visado de medicamentos**

Madrid, 7 de febrero de 2011.- La Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC) ha elaborado un *Informe sobre el visado de inspección en España: situación actual desde la perspectiva de los profesionales sanitarios*. Un documento de carácter científico que ve la luz en pleno debate sobre la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud (SNS), ante la necesidad inminente de reducir el gasto, de hacer un uso racional de los servicios sanitarios y de garantizar la equidad en la atención a la salud. Sin embargo, esta sociedad científica, que representa a más de 20.000 profesionales de Atención Primaria (AP), considera que el visado es una medida que responde a una justificación

claramente económica, de control del gasto, pero no mejora la calidad asistencial, y que además genera desconfianza hacia la formación del profesional.

semFYC se manifiesta en contra de los visados y propone que la regularización depende de una agencia central o que el Ministerio asuma el papel de garante de la equidad en el Sistema Nacional de Salud (SNS). Para el **doctor Domingo Orozco**, vicepresidente de semFYC y uno de los autores del Informe, *“el médico de familia está perfectamente habilitado y capacitado para prescribir sin supervisión y consideramos que el visado genera desigualdades entre los ciudadanos en función de la comunidad donde resida. Esta medida no disuade al médico de prescribir un determinado medicamento, si se considera que es el tratamiento más adecuado para ese paciente. Además, con la entrada en vigor de la receta electrónica, se pretende favorecer la autorización y dispensación de este tipo de medicamentos, y facilitar al paciente la continuación de los tratamientos en su farmacia, evitando que se desplacen a las áreas de inspección”*.

Aunque se cuenta con información histórica, ya que el visado de inspección se introduce en España en los años 70 como medida cautelar para evitar desviaciones en la prescripción y dispensación de medicamentos, se desconocen algunas cuestiones, como: cuáles son las limitaciones actuales en el uso de medicamentos con visado, cuál es la percepción de los profesionales implicados (gestiones y profesionales de la salud), qué tipo de gestión se hace actualmente y cómo es la situación en las distintas comunidades. Asimismo, es preciso analizar cómo influyen en este proceso los avances tecnológicos como el visado electrónico y la informatización de los procesos asistenciales.

“Desde semFYC se decidió realizar este documento con el objetivo de conocer la situación actual de implementación del visado de inspección de medicamentos en España y la normativa vigente por comunidades autónomas. *“Hemos contado con la opinión de los principales profesionales implicados, es decir, decisores sanitarios, inspectores médicos, médicos y farmacéuticos de primaria, colegios oficiales de farmacéuticos, responsables de las direcciones de farmacia de las consejerías de salud y el Ministerio de Sanidad y Política Social. Pretendemos así aportar conocimiento científico desde todas las perspectivas”*, afirma el doctor Orozco.

Aunque es cierto que en el escenario actual, con un gran avance en la implementación de las tecnologías sanitarias en todo el territorio nacional, el visado electrónico ha minimizado la traba administrativa que suponía la gestión de medicamentos con visado. *“Sin embargo”*, matiza el vicepresidente de semFYC, *“otro aspecto a debatir es la idoneidad de imponer un visado, donde claramente existen diferencias entre los distintos niveles de gestión”*.

Resultados preliminares

Los resultados de este informe responden a la primera fase del estudio, en la que se ha llevado a cabo un repaso de la legislación vigente en torno al visado de inspección de medicamentos, una revisión de la literatura publicada en España y se han llevado a cabo entrevistas con los profesionales implicados en la gestión del visado.

Principales conclusiones:

- La legislación referente al visado publicada en las páginas web de las Comunidades Autónomas es, en general, escasa.
- Únicamente 5 de la 17 Comunidades Autónomas tienen un acceso sencillo y público a la legislación sobre visados, en la mayoría funcionan con circulares o notas internas dentro de la administración.
- Los agentes implicados en la prescripción farmacéutica (clínicos, pacientes, industria) ven el visado como un obstáculo burocrático.
- Existe la percepción de que el visado genera desigualdades en el acceso a determinados tratamientos.
- La imposición de visados disminuye el gasto farmacéutico por paciente, pero no existen evidencias de la contención a largo plazo.
- El uso del visado como herramienta de contención de gasto farmacéutico, aún siendo lícita, no debe afectar a las necesidades terapéuticas del paciente.
- Existe dificultad a la hora de comparar el uso del visado en nuestro sistema de salud con otros sistemas sanitarios ya que la naturaleza del mismo es diferente.
- No existe un acuerdo entre los diferentes niveles de profesionales sobre si la imposición de visados se hace por necesidades clínicas o económicas.
- Se ha de mejorar la interrelación entre los profesionales implicados para que el modelo de visados actual funcione eficazmente.

En base al análisis de las entrevistas realizadas en esta primera fase del proyecto, se puede señalar que el visado aporta a la administración sanitaria una garantía de uso:

- Garantía que la prescripción de los medicamentos va a ser ajustada a las indicaciones de la ficha técnica.
- Garantía que se prescriben las indicaciones financiadas.
- Garantía de seguridad, control de las reacciones adversas, y de la introducción de novedades terapéuticas.

Otras medidas de control del gasto

En el Informe se subraya que en estos momentos, a nivel de la AP, se utilizan distintas herramientas para el control del gasto farmacéutico y el uso racional de los medicamentos. *“El primer nivel asistencial”*, explica el doctor Orozco, *“es sobre el que inciden todas las políticas sanitarias de contención del gasto, por ejemplo, los*

indicadores de calidad de la prescripción y el visado de medicamentos. En algunos casos ambas medidas coinciden en el mismo grupo terapéutico como es el caso de los antidiabéticos orales (ADOs). En los ADOs, el visado obliga a un mayor control por las autoridades sanitarias para la prescripción de estos fármacos, pero no mejora la calidad asistencial del paciente”.

Metodología utilizada

Este Informe responde a un estudio observacional que se ha llevado a cabo en dos fases. Una primera fase exploratoria y descriptiva de la situación que comprende: 1) revisión amplia de la literatura (2005-2010); consulta de documentos relacionados con el visado de inspección en las principales sociedades científicas nacionales; en medios de prensa escrita españoles como El País, El Mundo, Público, ABC, Diario Médico, Europa Press, El Global, etc; y de la normativa por comunidades autónomas; 2) entrevistas semi-estructuradas con profesionales actuando en los tres niveles de gestión (“*purposive sampling*”): macro-, meso- y micro-gestores sanitarios. Y una segunda fase, en la que se define la magnitud de los hallazgos y las diferencias identificados en la primera fase a través de un cuestionario estructurado (CATI) distribuido entre una muestra de médicos de atención primaria, endocrinólogos e inspectores médicos, proporcional al número de habitantes en cada comunidad autónoma.

- **Para más información, Gabinete de Prensa semFYC: 91/787.03.00**