

Estimados compañeros:

Hemos leído con atención el documento Propuesta de Revisión MUP 2019. Compartimos muchos puntos de vista del documento, pero discrepamos en dos aspectos fundamentales que pasamos a describir y a argumentar:

1.- El apartado B de las conclusiones dice: El médico de familia no puede ni debe realizar modificaciones o ajustes de tratamiento en los fármacos sujetos a restricciones mediante visado cuando no esté expresamente autorizado como prescriptor. Del mismo modo no debe participar en la cumplimentación de los formularios de visado de estos fármacos.

El visado de inspección nos parece un anacronismo con poca o ninguna justificación. Es evidente que no podemos prescribir medicamentos con visado. El módulo actual permite que todo el proceso de prescripción y obtención del visado sea realizado por el médico que lo indica, pero forma parte de las obligaciones no solo del médico de familia, sino de cualquier médico modificar o suspender fármacos por ajuste de dosis, fin de tratamiento, efectos adversos... incluidos los sujetos a visado. Imaginemos, por ejemplo, los efectos secundarios de la medicación para la enfermedad de Alzheimer o la ineficacia de la misma que puede obligar a la modificación de dosis o a su suspensión

2,- Todo el documento, en la línea ya marcada por la Mesa de Atención Primaria, dibuja un modelo de prescripción por el que los especialistas hospitalarios se hacen cargo de la medicación desde su indicación hasta el alta definitiva del paciente. Cuando el tratamiento es de duración inferior al año el problema ya está resuelto por el módulo actual. Lo que se pide es que cuando el tratamiento es de años de duración o se instaura como crónico la prolongación del tratamiento la haga el especialista correspondiente. Pensamos, siguiendo la línea también ya marcada por SoMaMFyC, que es un planteamiento poco viable y contrario a nuestra forma de entender el trabajo de médico de familia por varios motivos que pasamos a describir:

- No nos consta ningún servicio de salud de nuestro país que tenga esta forma de proceder ni tampoco de ningún país de nuestro entorno. No tenemos tampoco noticias de ningún otro colectivo de médicos de familia que lo solicite. No creemos que esto se deba a la casualidad sino a la preocupación de los distintos sistemas por el uso adecuado de los fármacos
- El sistema propuesto conduce a múltiples fechas de revisión en función de los distintos especialistas que siguen al paciente. En el caso de la prescripción de opiáceos obligaría a una revisión cada tres meses en las consultas y en el resto a hacer coincidir las fechas de consulta con las de revisión de los medicamentos. Nos parece poco realista (cualquier cambio o retraso en las citas descuadraría la renovación) y creemos que nada operativo. En el caso de pacientes de otros compañeros de los centros de salud ausentes por distintos motivos (enfermedad, vacaciones...) tampoco tendríamos una solución. Lejos de facilitar el acceso al tratamiento a los pacientes creemos que lo hará más complejo y problemático.
- Asimismo, la propuesta contiene un panorama de múltiples prescriptores que la literatura disponible nos muestra que favorece la polifarmacia y los riesgos que ella entraña.

- Podemos entender que en algún caso nuestra posibilidad de valorar la pertinencia de un tratamiento es muy limitada o nula: por ejemplo, en pacientes con glaucoma que reciben tratamiento farmacológico al no disponer de la posibilidad de medir la presión intraocular podemos tener un criterio muy mermado respecto a su mantenimiento. Creemos que convertir la excepción en norma no es razonable. La gran mayoría de los pacientes usan medicamentos con los que estamos muy familiarizados.
- Sí creemos que en caso de discrepancia importante con la prescripción de un compañero el módulo puede contemplar la no renovación de una receta, dejando para la consulta del especialista su prolongación. Esto debe ser una situación excepcional y así lo debe contemplar el módulo. Como no puede ser de otra forma, la libertad de prescripción debe garantizarse.
- El papel del médico de familia es indiscutiblemente el de responsable de la globalidad del paciente. Si cada especialista se encarga de su parte del paciente y el médico de familia de la suya perderemos la responsabilidad completa del paciente y con ello una buena parte de nuestra razón de ser. La centralidad del médico de familia es consustancial a su trabajo. No creemos que esto deba contraponerse a la libertad de prescripción que siempre debe estar y está garantizada.
- La Junta Directiva de la SoMaMFyC fijó su posición en un [meditado documento](#) y el Grupo de Trabajo de Farmacoterapia [también](#).
- No compartimos pues esta visión de la prescripción por poco operativa, por contener potenciales peligros para los pacientes y por deteriorar la centralidad del médico de familia, aspecto esencial de la atención primaria de calidad.

No somos expertos en la legalidad, pero nos parece difícil que siendo la misma en todo el país, no haya planteado conflicto en ningún lugar que nosotros sepamos.

Tal y como recoge el documento de la Junta compartimos con el de la Mesa nuestra preocupación por la mejora del módulo a cerca de interacciones, alergias, dosis máximas permitidas y todas las mejoras orientadas a la mejora de la seguridad del paciente. Nos parece que debe ser prioritario en los futuros cambios del módulo.