

## EDITORIAL

### NO BAJAR LA GUARDIA

Cada mes la página web del Ministerio de Sanidad y Consumo refresca la hoja del gasto farmacéutico por Comunidades Autónomas. Y aunque en el pie dice que los datos no sirven para la comparación entre las Comunidades Autónomas, Extremadura levanta el interés entre las mismas por conocer por qué el incremento mensual ha ido siendo progresivamente menor que en las demás, salvo el de Andalucía y Cataluña.

Efectivamente no sirve de comparación entre Comunidades Autónomas porque refleja el número de recetas consumidas y el importe en euros de esas recetas, sin mencionar cuántos son los beneficiarios y las edades que tienen, datos importantes porque, por ejemplo, el gasto medio por pensionista es 8,93 veces mayor que por trabajador activo.

Sin embargo, intentado buscar un denominador común a esos consumos farmacéuticos, nos encontramos en el censo de 2001 con que la media española de mayores de 65 años es del 17,4% sobre el total de la población y la media extremeña del 19,1%, lo cual justificaría que Extremadura pudiera gastar un poco más que la media española, cuando en realidad está gastando menos.

#### **El satisfactorio resultado de las medidas encaminadas a contener el desbocado gasto farmacéutico no nos puede llevar a la relajación**

Aceptando que la estadística será más perfecta cuando el Ministerio consiga en breve tener los datos del número y las edades de los beneficiarios que consumen, la estimación con la que hasta ahora podemos contar confiere a Extremadura un mayor mérito de contención del gasto farmacéutico que la mayoría de las Comunidades Autónomas. Y este mérito se debe al médico, que está deteniéndose y esforzándose en tomar una decisión que evite costes innecesarios manteniendo la calidad media de prescripción española.

El camino tomado colectivamente es una buena noticia, pero es necesario mejorar aún más y para ello el médico debe recibir más ayuda e información para tomar decisiones y para que evite perder tiempo en la burocracia, pues está recibiendo la continua presión de una sociedad que se está medicalizando paulatinamente en perjuicio de algunas mejores opciones de producción de salud.

Dicen los economistas que los medicamentos son un *input* más de producción de salud, que puede ser sustituido por otros equivalentes o mejores. Es mucho más barato y efectivo producir salud con dieta y ejercicio físico que tomando medicamentos para combatir la obesidad y sus problemas asociados. Sin embargo, el abordaje de la dislipemia, la hipertensión y la hiperglucemia se centra en el tratamiento con fármacos. Los datos internacionales comparados indican que en España tomamos más medicamentos que en la mayor parte de los países de nuestro entorno.

El satisfactorio resultado de las medidas encaminadas a contener el desbocado gasto farmacéutico no nos puede llevar a la relajación. Los ciudadanos, los gestores y los médicos deben ser conscientes del panorama que se nos presenta y preparar el terreno con antelación y adoptar nuevas actitudes y medidas, porque sin esa anticipación será difícil pagar los medicamentos del futuro, pues este capítulo se prevé que crecerá en progresión geométrica mientras que el resto de la sanidad crecerá en progresión aritmética.

#### FE DE ERRATAS

En la noticia publicada en la página 13 del número 29 correspondiente al mes de noviembre, en la que se informa sobre el apoyo jurídico del SES a los profesionales que sean objeto de agresiones, insultos y amenazas por parte de los usuarios, en el párrafo "..... reconoció el derecho del

profesional a equivocarse, -aunque la mayoría de los casos como en el de Almendralejo ha habido error asistencial-, debe decir: "... reconoció el derecho del profesional a equivocarse, -aunque en la mayor a de los casos, como el de Almendralejo, no ha habido error asistencial-".

## TRIBUNA



José Mª Segovia de Arana

Médico

### Perspectivas de la medicina actual en España

Dentro de los cambios sociales, económicos y políticos que se están produciendo con gran intensidad y extensión en España, destaca la transformación experimentada por la asistencia médica que adquiere en el momento presente un preponderante papel.

En esta importante transformación han influido diversos factores, entre los cuales hay que señalar el progreso científico-tecnológico de la Medicina y ciencias afines, la colectivización de la asistencia médica, la evolución cultural, social y económica de la comunidad, la transición epidemiológica y la transición demográfica.

La tradicional relación médico-enfermo, de carácter paternalista y protector por parte del médico, está derivando en la actualidad a una relación entre adultos, en la que el médico busca el consentimiento del paciente para actuar profesionalmente.

El médico, antiguo profesional liberal, independiente y autosuficiente, trabaja ahora en grupos cooperativos pluridisciplinarios y jerarquizados (departamentos y servicios) coordinados con otros grupos de especialistas en unidades hospitalarias o extra hospitalarias (centros de salud). Su formación profesional ha experimentado también notables cambios: el ingreso en la Facultad de Medicina ya no puede hacerse libremente sino con las exigencias de puntuación de los estudios secundarios y las pruebas de acceso a la Universidad. La formación en la Facultad de Medicina debe estar presidida, junto a la formación teórica en conocimientos, por la adquisición de hábitos, actitudes y estilos de comportamiento aprendidos en el sistema de "formación en servicio" y de "aprendizaje por autodescubrimiento". La fase universitaria de formación pregraduada es la base fundamental que debería coordinarse con la formación postgraduada especializada. Para ingresar en ésta ha de pasar el examen M.I.R., que no está dispuesto para analizar la competencia profesional sino para establecer el orden de prelación en la elección de plazas de formación especializada

Finalmente la tercera etapa de la for-

mación profesional del médico la constituye la formación médica continuada que puede definirse como la actualización selectiva de la competencia profesional en la especialidad elegida y ejercida por el médico. La carrera profesional, su dinámica, valores, etc., debe ser la consecuencia lógica de estos cambios que se están produciendo en la asistencia médica española. En la actualidad, su definición y desarrollo está en pleno estudio.

La investigación biomédica en sus modalidades de básica, clínica y translacional, se va introduciendo, aunque con retraso y sin la velocidad que debería compensar en poco tiempo la rémora, el olvido y la indiferencia en que ha estado durante mucho tiempo en el pensamiento y en la conducta de muchos españoles política y económicamente responsables.

La formación de otros profesionales sanitarios (enfermeras, gerentes, administradores, auxiliares técnicos, etc.) se ve también afectada y exigida en parecidas circunstancias a las de los médicos en el actual sistema sanitario español.

En la asistencia médica ha ido aumentando el gasto sanitario de una forma progresivamente creciente y en general, en proporción mayor al encarecimiento del coste de la vida. Entre las causas se señalan, el progreso científico y tecnológico de la Medicina que cada vez ofrece prestaciones sanitarias más amplias, más complejas y más eficaces.

La demanda de asistencia médica es creciente en la sociedad actual y con frecuencia no justificada por motivos realmente médicos. En ocasiones los profesionales de la medicina se ven obligados a practicar la llamada medicina defensiva ante el temor de ser demandados por supuesta "mala práctica".

Sin ninguna duda el problema del continuo aumento del gasto sanitario es el más importante que se plantea a la asistencia médicosanitaria de los países desarrollados. Puede decirse que no hay país que pueda pagar todas las prestaciones sanitarias que la Medicina actual puede ofrecer y los ciudadanos son capaces de exigir.

### LA VIÑETA

José Antonio Mateos Pombero

