

LA RECETA DEL INSALUD. DEONTOLOGÍA DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS.

María del Carmen Vidal Casero

*Profesora titular de Historia de la Farmacia
y Legislación Farmacéutica. Facultad de
Farmacia. Valencia.*

1.- Introducción

En este trabajo se ha analizado la reglamentación vigente sobre la receta médica del Insalud teniendo como objetivo el concretar las ventajas e inconvenientes que está teniendo su utilización para ciertos colectivos, así como el criterio que a nuestro juicio deberá de guiar a médicos y farmacéuticos en su relación con la receta médica.

2.-La receta actual de la seguridad social.

La prestación farmacéutica a los beneficiarios de la Seguridad Social se regula a través de los Concierdos periódicamente firmados entre representantes del Insalud (o de la Comunidad Autónoma si las competencias sanitarias han sido transferidas) y representantes de los farmacéuticos con oficina de farmacia. En estos contratos se reglamentan las características generales de la dispensación farmacéutica, las sustituciones de medicamentos, las causas de devolución de recetas, etc. (1).

2.1.- Sus características.

Existen dos tipos de recetas: las recetas médicas ordinarias (2) y las recetas médicas especiales (de Muface, Isfas, Insalud (3) etc.).

El Insalud ha establecido tres modelos

básicos de recetas fijadas por O de 23 de Mayo de 1994 (BOE 31 de Mayo de 1994) (4): para personas en edad activa (color verde), para pensionistas (color rojo) y para enfermedades profesionales y accidentes de trabajo (color azul). Asimismo, también como novedad más destacable existe un modelo destinado a los tratamientos de larga duración (TLD), lo que hace que se amplie la gama de recetas (5).

Cada modelo de receta consta de un cuerpo y de un volante de instrucciones para el paciente. Este modelo teóricamente facilitará la comunicación entre médico y farmacéutico y garantiza un tratamiento más eficaz mostrando al paciente los datos de interés: posología, duración del tratamiento, diagnóstico, instrucciones al enfermo y advertencias al farmacéutico, así como los datos personales del médico y del paciente (6).

Las recetas para TLD (7) consta de cuatro cuerpos y también un volante de instrucciones para el paciente. Permite recetar hasta cuatro envases de especialidad farmacéutica destinadas al control de enfermedades crónicas, eliminando así la necesidad de ir al médico para recoger recetas (8).

En el cuerpo de la receta figura un espacio destinado a que el médico incluya advertencia para el farmacéutico.

El volante de instrucciones será entregado por el médico, junto con el cuerpo de la receta, al paciente, el cual en ningún caso tendrá la obligación de exhibirlo. En dicho volante se indicará el diagnóstico (si procede), las instrucciones del farmacéutico (si procede) y las instrucciones al paciente que el médico considere oportunas. Además también figurarán la prescripción, duración del tratamiento, posología y los datos de paciente y médico.

2.2.- Validez de la receta del Insalud.

Para que las recetas tengan validez obligatoriamente deberán llevar incluidos en las dos partes que la componen los siguientes datos:

El nombre y dos apellidos del médico prescriptor, así como la firma y la rúbrica. La firma y la rúbrica serán las habituales del facultativo, quien las estampará personalmente después de completados los datos de consignación obligatoria, y escrita la prescripción objeto de la receta.

– La población y dirección donde ejerza.

– El Colegio profesional al que pertenezca, número de colegiado y en su caso, la especialidad que ejerza.

– El nombre y dos apellidos del paciente y su año de nacimiento, así como su número de identificación en el servicio de salud.

– El medicamento o producto objeto de la prescripción.

– La forma farmacéutica, la vía de administración y, si procede, la dosis por unidad.

– El formato o presentación expresiva del número de unidades por envase. El número de envases que se prescriben.

– La posología, indicando el número de unidades por toma y día y la duración del tratamiento.

– Lugar, sello y fecha.

Todos los datos e instrucciones anteriormente reseñados deberán ser escritos con claridad.

2.3.-El acto farmacéutico.

El farmacéutico en el momento de la dispensación está obligado a efectuar las siguientes operaciones:

– En el cuerpo de la receta consignará el nombre y número de la farmacia, la fecha de

dispensación y su firma.

– Unirá al cuerpo de la receta el o los correspondientes cupones precintos o comprobantes de dispensación.

– En el caso de especialidades que contengan sustancias estupefacientes o psicotrópicas, el farmacéutico debe anotar en el dorso de la receta el número del DNI de la persona que retire el medicamento (9).

2.4.- Campañas informativas sobre la nueva receta médica.

Con el lema "Esta es la nueva receta médica punto por punto", el Servicio Andaluz de Salud (SAS) de la Junta de Andalucía inició una campaña informativa a los usuarios con trípticos en los principales diarios de la región, consultas ambulatorias, hospitales y vallas, para dar a conocer las características del nuevo modelo de volante de prescripciones facultativas. Se explicaba gráficamente cada uno de los apartados de la receta, que quedaría en poder del paciente y que contiene toda la información necesaria para el cumplimiento correcto del tratamiento. Se dice en la información "Con este nuevo sistema se facilita la comunicación entre el equipo de salud (médico, enfermera, farmacéutico) y usted. Además, le garantiza un seguimiento mucho más eficaz informándole de todo lo que le interesa saber. Como y cuando debe tomar los medicamentos, cuanto debe durar el tratamiento, el diagnóstico en caso de que resulte necesario etc. Asimismo se pone en marcha la receta de largo tratamiento, que le ahorrará visitas innecesarias a su médico".(10).

2.5.-Opiniones sobre la receta médica

** De los médicos.*

Los médicos consideran que el nuevo mo-

delo de receta añade más burocracia a unas consultas que están repletas de papeles y enfermos. Dicen que su utilidad es nula para el médico y para el enfermo escasa, ya que se proporciona una explicación que la mayoría de las veces el paciente no entiende al ser esquemática y estar escrita a mano y muy deprisa.

Los facultativos opinan que no se debe consignar en la receta el diagnóstico del paciente, ya que no se tiene la certeza del uso posterior de esos datos, que podrían ser utilizados en contra del enfermo (11). Como ocurre con las historias clínicas de los pacientes, la información relativa a la enfermedad y tratamiento de los pacientes es materia reservada a la que nadie puede dar difusión sin permiso del propio afectado y del médico (12).

Algunos médicos son de la opinión que el aumento de modelos de recetas y la profusión de datos no médicos que se solicitan han empeorado la disponibilidad de tiempo para escuchar y explorar al paciente en los ambulatorios masificados.

Realmente el médico no suele cumplir las especificaciones establecidas para la correcta expedición de la receta médica (13). Y en ello se muestra con gran comprensión el Insalud; de otro modo la inspección de dicho Organismo habría tomado medidas, para hacer realidad lo establecido y ordenado. De esta manera, el Insalud carga la responsabilidad y consecuencias de sus omisiones en los farmacéuticos.

** De los farmacéuticos*

Esta situación repercute en los farmacéuticos para los que, en general, el nuevo modelo no ha conseguido la finalidad de racionalizar

zar y agilizar la dispensación de medicamentos. Los médicos son reacios a utilizarla porque deben hacer un cálculo matemático para saber las dosis y cuando deben volver a citar al paciente para entregarle una nueva receta. El nuevo modelo podría ser más válido si el médico cumplimentase todos los volantes incluso las advertencias al farmacéutico, pero la mayoría de las veces no tiene tiempo por la masificación de las consultas y no lo hace. Esta situación está provocando que el farmacéutico tenga ahora que emplear mucho más tiempo para poder dispensar el medicamento y que se halle entre la espada y la pared, ya que por un lado se encuentra con un documento oficial que no está correctamente cumplimentado y por otro tiene la obligación de prestar un servicio público. Además el farmacéutico se ve coaccionado ya que el Insalud se niega a pagar la receta si no está correctamente cumplimentada. El farmacéutico debe de hacer de "amanuense" para rellenar la receta, cuando sería obligación primaria del médico (14). No hay que olvidar que en los conciertos vigentes firmados por la corporación farmacéutica con las distintas administraciones sanitarias, se advierten nuevas causas de devolución de receta que en algunos casos no son imputables a la dispensación (15).

** Del paciente*

Respecto a las recetas de TLD, han sido pensadas para asegurar la continuidad en el uso de medicamentos sin la necesidad de que el enfermo crónico deba acudir frecuentemente a la consulta. Esto está bien, pues el modelo tiene la ventaja para quienes la necesitan de que solo deberán ir a buscarlas aproximadamente cada tres meses, con lo que se evitarán molestias a los pacientes y se reduci-

rá la carga asistencial por problemas que no son importantes. Ahora bien, al ser la lista que se puede prescribir con este tipo de recetas tan exigua, a veces ocurre que el enfermo crónico suele necesitar varios medicamentos, de los cuales unos se pueden prescribir con recetas de TLD y otros no. Por tanto, no se ha solucionado ningún problema.

Otro aspecto que ha desatado la polémica en torno al nuevo impreso, es el relacionado con el derecho a la intimidad del paciente. La receta roza el secreto profesional porque hay datos que trascienden a un mayor número de personas del que obligatoriamente debería tener acceso a dicha información confidencial. Esos datos son propios del conocimiento del propio enfermo, pero no del resto de las personas que intervienen en la manipulación de la receta. En ciertos aspectos, contraviene, la cautela profesional de divulgar el diagnóstico de la enfermedad del paciente. Jurídicamente, la intimidad, es uno de los derechos de la personalidad, de igual valor que el derecho al nombre, a la imagen o a la consideración social (16), recogidos en la Constitución Española (17).

La hoja de instrucciones para el paciente que es lo más novedoso en el actual modelo de receta, no presenta interés práctico, en cuanto que muchos médicos lo único que escriben es: "léase el prospecto". Por tanto, esta hoja no sirve para nada (18).

Entre las incongruencias de la receta actual, no es la menor que mientras que su fin ha sido proporcionar el mayor número de datos del paciente (alguno irrelevante como el que se refiere a la edad), carece, sin embargo, de otros que podrían ser más útiles, como la dirección y el número de teléfono, por ejemplo (19).

** De los agentes sanitarios*

En general, pensamos que es un apoteosis de la burocracia, que más parece ideada con fines de control de los agentes sanitarios y del gasto económico que con los de lograr una real mejora de la asistencia; que causará perjuicios económicos sin cuento a los no pocos farmacéuticos que sufran leves despeses en semejante "laberinto"; que trasladará, inevitablemente, a los pacientes una serie de molestias y demoras en su atención farmacéutica (20).

2.6.-Posible reestructuración de la receta médica.

Se ha anunciado la posibilidad de que haya que rediseñar el modelo de receta médica de la Seguridad Social cuando esté completamente implantada la tarjeta sanitaria individual de salud, "pero que en ningún caso se va a renunciar que los médicos cumplimenten los datos de duración del tratamiento y la posología" (21). Como se sabe, el Insalud tiene intención de implantar, una tarjeta de uso individualizado con el fin de lograr una coordinación y generalización del derecho del usuario a recibir una asistencia sanitaria cada vez más personalizada (22).

3.- Deontología de los profesionales sanitarios en su relación con la receta médica

3.1.- Del médico.

La medicina de todos los tiempos, desde los Asclepiades hasta nuestros días, ha reconocido como uno de los deberes imprescindibles en el médico, el prodigar los auxilios y los consuelos de la ciencia, a todo el que los necesita, lo mismo al desvalido que al poderoso, ¿que día es en el que los enfermos no ponen a prueba la resignación y filantropía

del médico? ¿qué día es en el que no tiene ocasiones de practicar las obligaciones que le impone su difícil ministerio, que le exige su conciencia, que le dicta su corazón?. El médico debe reunir afabilidad, dulzura, (23), generosidad, capacidad de entrega, firmeza de carácter en ocasiones; sentir placer de hacer el bien a todos sus pacientes (24), y tener responsabilidad personal, norma y juez de toda conducta humana. Es esta última quizás la cualidad esencial del médico, incluso más que para los otros hombres. Así dice Levasseur (prof. de derecho de la Facultad de París): "En tanto la vida sea para el hombre el bien supremo, en tanto lo que toque su cuerpo se bañe en sagrado... el médico no puede ser un ciudadano como los otros, puesto que la responsabilidad del médico no será como las demás" (25). Las contrariedades que se sufre en la asistencia del enfermo son los golpes de cincel que da la prudencia, y presta aún más estabilidad y entereza a los actos médicos (26).

La medicina técnica y social de ahora, plantea, cada vez con más frecuencia, normas deontológicas que es preciso ir perfilando dentro de las normas cristianas en un verdadero código de moral deontológica cristiana. Es menester que el médico sea cada vez más, portador de un humanismo cristiano que aliente en el enfermo, la esperanza, y aún la resignación si fuera preciso, curar, aliviar, y sino consolar (27). Por tanto, en lo que le sea posible, deberá de ver a un número adecuado de pacientes, para atenderlos convenientemente (28), realizando la prescripción de la receta médica, si a su buen criterio es necesaria, con total pulcritud. Debe de esmerarse al máximo, emplear letra fácilmente entendible por otras personas (29) y no demostrar un

virtuosismo de mala letra para martirio del boticario de guardia o turno de urgencia. Debe de dar uso conveniente a todas las recetas, ser prudente en su custodia y no descargar sus cometidos en otros profesionales (enfermeras, farmacéuticos etc).

En la prescripción el médico tendrá en cuenta las directrices sobre "Buena Práctica en la Prescripción" (30). Prescribirá el medicamento que según su conciencia sea el más adecuado para el tratamiento de su paciente, y no lo hará en base al incentivo que pueda darle un determinado laboratorio. Usará la receta destinada a los pensionistas exclusivamente si él así lo es y no inducirá a la desviación hacia estas recetas (31), para obtener medicamentos los trabajadores activos, de sus familias o conocidos.

Ante cualquier sospecha de que están siendo prescritos medicamentos no por facultativos deberá denunciarlo ante el colegio profesional (32). La deontología y la ética profesional son un derecho del enfermo y de la sociedad, que tienen derecho a que previamente a las normas reglamentarias, la función médica se rija por un código más exigente y menos formalista basado en los principios ético-profesionales, administrado por y para la profesión (33).

3.2.-Del farmacéutico.

Existen normas legales acerca de la exigencia de receta que no suelen cumplirse. Independientemente de la responsabilidad legal que ello entraña, el farmacéutico ha de ser consciente de que tales exigencias se establecen en función de la peligrosidad social de la circulación incontrolada de la mayor parte de medicamentos. El farmacéutico debe exigir la receta en los casos en que esté estable-

cido y comprobar que está correctamente cumplimentada, procurando aclarar cualquier sospecha. Solamente en casos de estricta necesidad y tomando el máximo de precauciones (conocimiento del cliente, razones probadas de urgencia, etc.), podrá omitir este trámite (34).

Lógicamente, lo expuesto llega a su más alto grado de exigencia cuando se trata de sustancias o preparados manifiestamente peligrosos como los denominados estupefacientes o psicotropos, cuya custodia ha sido encargada con carácter exclusivo al farmacéutico. Grave y honrosa responsabilidad de la que hay que responder ante la sociedad (35).

El pensamiento que debe dominar al farmacéutico colocado al frente de una oficina, es su responsabilidad. Nada le puede dispensar de una vigilancia no interrumpida, y por más numerosas que sean las atenciones de la oficina, ninguna operación debe escaparse a su ojo atento e investigador (36).

El farmacéutico debe ejercer personalmente su profesión, lo que implica el deber de supervisar estrechamente la ejecución de todos los actos farmacéuticos que no alcance a realizar por sí mismos, siendo responsable civilmente si los daños se producen por distintas causas, entre ellas: por no despachar o preparar debidamente una receta; por facilitar medicinas deterioradas o caducadas; por dispensar medicamentos sin receta, cuando así se exija (37). También podrá ser responsable penalmente por sus faltas (38) así como de las faltas, errores y descuidos cometidos por sus colaboradores y auxiliares (39). En algún caso, la falta de dedicación le ha costado muy caro al farmacéutico que fué víctima de auxiliares desleales que facturaban recetas de acuerdo con médicos usando precintos de

venta libre para aprovecharse de la caja (40).

El farmacéutico deberá ser prudente en la oficina de farmacia absteniéndose de discutir en público, asuntos relacionados con las enfermedades de sus clientes y tratamientos (41). El farmacéutico ha de tener mesura en el secreto de los hechos privados, cuando le piden un medicamento y sospecha fundadamente que ha de servir con siniestra intención. Y ha de ser juicioso, en su conducta, en sus costumbres, en sus relaciones, en sus palabras y en sus consejos (42).

La dispensación de cualquier medicamento (43) se hará siempre en las oficinas de farmacia, estando prohibido la instalación de buzones para la recepción de recetas médicas fuera de la oficina de farmacia y servicio a domicilio de los medicamentos. Hechos de este tipo se encuentran sancionados por sentencia dictada por el Tribunal Supremo (44).

En el Decálogo del farmacéutico resalta que "en las relaciones o colaboraciones interprofesionales ((debe respetar)) los principios, metodologías y decisiones que tienen, como propias y específicas, las demás profesiones" (45). El mismo respeto excluye del ámbito de las relaciones profesionales toda manifestación de ligereza o frivolidad. Tales relaciones han de ser correctas, sin caer en un formalismo glacial o poco humano, pero alejadas de toda camarería confianzuda (46).

Finalmente, en sus contactos con los médicos deberá de tender siempre al bien común y no a pactos inducidos con fines económicos (47). La unión médico-farmacéutico no deben crear suspicacias sobre si fórmulas de elevados precios, y sufragadas por el erario público, son dirigidas a determinadas oficinas de farmacia, donde un profesional las atiende con cariño (48).

Bibliografía y notas aclaratorias.

- 1 "Causas de devolución de recetas": COF Madrid. *Boletín informativo*. 1989; (21): 15-19.
- 2 Por O de 7 de Noviembre de 1985 se determina los medicamentos de utilización en medicina humana que han de dispensarse con o sin receta (BOE 16 Noviembre 1985).
- 3 Se establece por O de 1 Febrero 1990 (BOE 9 Febrero 1990), adaptándose a lo dispuesto en el RD 1910/1984 de 26 de Septiembre.
- 4 La sección 4ª de la Sala de lo Contencioso-Administrativo de 1 de Febrero de 1990 de la Audiencia Nacional declaró nula la Orden vigente sobre receta médica, por defecto de forma (Cf: MAM: La Audiencia Nacional anula las actuales receta médica. *ABC*. 1993; (16 Septiembre): 67).
- 5 "La nueva receta será obligatoria a partir del 30 de Abril": *Noticias Médicas*. 1991; (5 Febrero): 16.
- 6 "Las nuevas recetas. ¿Mejora de la asistencia o apo-teósisis de la burocracia?": *Acofar*. 1991; (288): 21-28.
- 7 "Especialidades que pueden ser prescritas en recetas para tratamientos de larga duración TLD": *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud*. 1990; 14 (12): 353-355.
- 8 "La nueva receta será obligatoria a partir del 30 de Abril": *Noticias Médicas*. 1991; (5 Febrero): 16.
- 9 Valero F: Nuevo modelo de receta médica. *Ofjurn*. 1990; (Marzo): 18.
- 10 El SVS inicia una campaña informativa sobre las características de la nueva receta médica punto por punto": *Noticias Médicas*. 1991; (27 de Marzo): 26.
- 11 El secreto médico es el deber de no revelar aquellos hechos, datos o resultados que haya conocido u obtenido por razón o en el ejercicio de su profesión. Se refiere a él la Ley Orgánica 1/1982 de Protección Civil al Honor, la Intimidad y la Propia Imagen; la Ley 14/86 General de Sanidad; la Ley Orgánica 5/1992 sobre tratamiento automatizado de los datos de carácter personal; y el Código de Ética y Deontología Médica de 1990. Esta obligación no solo afecta al médico, sino a cualquier otra persona que entre en relación con la historia clínica (Cf: "Normativa del secreto profesional": *El Médico*. 1994; (548): 48).
- 12 "La intimidad del enfermo peligró en el proyecto de nueva receta médica": *Informativo Farmacéutico*. 1986; (171): 9-10.
- 13 En parte motivado por la inadecuación de la Sanidad española.
- 14 "Opiniones sobre receta médica": *El Médico*. 1991; (21 de Septiembre): 5-72.
- 15 "La receta "genocida": *Acofar*. 1992; (297): 6.
- 16 Urabayen M: *Vida privada e información. Un conflicto permanente*. Eunsa. Pamplona; 1977: 347.
- 17 Art 18 (Cf: Prieto A, Camarero G: *Constitución y Democracia*. Akal. Madrid, 1980: 173.
- 18 Op cit en (14).
- 19 Pacheco D: La tarjeta sanitaria se vislumbra como la mejor alternativa. *Offarm*. 1992; (Febrero): 12.
- 20 Bravo Albares J: La receta médica. *Acofar*. 1984; (216): 1.
- 21 Pacheco D: La tarjeta sanitaria se vislumbra como la mejor alternativa. Vida y desventuras de la nueva receta. *Offarm*. 1992; (Febrero): 11-12.
- 22 García Miravete JJ: Tarjeta sanitaria, un nuevo documento para el paciente español. *El Médico*. 1991; (8 Junio): 35-64.
- 23 Monge MA: *Ética, salud, enfermedad*. Libros MC. Palabras SA. Madrid; 1991: 247.
- 24 Sánchez Salgues I: *De la abnegación en el médico*. Impr. de Manuel Alvarez. Madrid; 1854: 7-9.
- 25 Narbona Arnau B: *Defensa de la responsabilidad personal. Responsabilidad personal en medicina*. Impr. Cantos. Valencia, 1970: 7; 30.
- 26 Sayans Castañón M: *Cavilaciones de un médico general*. Real Academia de Medicina de Salamanca. Salamanca; 1974: 10.
- 27 Mateo Tinao M: *El humanismo cristiano en la medicina y sus épocas*. Real Academia Deontológica de San Cosme y San Damián. Zaragoza; 1962: 35.
- 28 Muñozero LA: *Código de Deontología Médica*. Fax. Madrid; 1950: 56.
- 29 Goiti JJ: Gran Bretaña. Medidas para evitar recetas equivocadas. *Jano*. 1985; (561-H): 553-554.
- 30 "Prescripción eficiente": *Inf. Terap. del SNS*. 1991; 15 (5): 122-124.
- 31 "Campaña del Ministerio de Sanidad contra el fraude en las recetas de pensionistas": *Mundo Farmacéutico*. 1992; (47): 38.
- 32 "Una orden del SVS faculta a las matronas a recetar aunque la ley no lo admite": *ABC*. 1994; (29 de Junio): 43.
- 33 Fomes Ruiz J: La colegiación, una necesidad para la sociedad. *El Médico*. 1993; (500): 33.
- 34 "Derivadas de la implantación de la tarjeta individual de salud": *7 DM*. 1991; (112): 1, 9.
- 35 Suñé Arbussá, JM: *Guía de los estudios universitarios*. Eunsa. Pamplona; 1979: 212-213.
- 36 Prieto y Leyda J: *Discurso pronunciado en el Colegio de Farmacia por (...)*. Impr. de La Iberia. Madrid; 1864: 6-7.

37 Rico-Pérez Fr: *Responsabilidad civil del farmacéutico*. Trivium. Madrid; 1984: 100.

38 "Riesgo para las fórmulas magistrales. De una buena terapéutica a un negocio fraudulento": *Farmacéuticos*. 1992; (163): 26-32.

39 Gimbert Roura J: *Problemas deontológicos de la medicación moderna*. Real Academia de Farmacia de Barcelona. Barcelona, 1968: 9.

40 Granda Vega F: Fraude farmacéutico. ¿Realidad o ficción?. *Farmacia Profesional*. 1994; (Noviembre): 7.

41 Art 7 del Código Internacional de Deontología Farmacéutica (Cf: Arnal Fr: *Código Internacional de Deontología Farmacéutica*. Marina S.A. Barcelona; 1958: 14).

42 Cavallé T: *Los principales deberes del farmacéutico*. Tip. de Gómez e Inglada. Barcelona; 1866: 8-9.

43 Con o sin receta médica.

44 Bel E: Recepción de recetas fuera de la oficina de farmacia: Servicio domiciliario. *Offarm*. 1991; (Mayo): 37-38.

45 Soto Lloves R: Deontología profesional. *Informativo Farmacéutico*. 1985; (164): 26-27.

46 Herranz G: *Comentarios al Código de ética y Deontología médica*. Eunsa. Pamplona; 1994: 184.

47 Jordi R: Manipulación. *Acofar*. (299): 12-14.

48 Jordi R: ¿Seguimiento de recetas por la guardia civil?. *Informativo Farmacéutico*. 1987; (II): 17.