

Proponemos la realización de estudios acerca de la eficiencia de otras medidas preventivas llevadas a cabo desde los EAP que vayan más allá del consejo oportunista, como pudiera ser la realización de programas de deshabituación que alcancen a determinados grupos poblacionales de riesgo social (chicos y chicas adolescentes), sanitario (broncopatas, diabéticos, hipertensos, etc.) y el estudio de medidas de captación activa, como el envío de cartas al domicilio de estos pacientes (de fácil identificación gracias a los actuales sistemas de registro) o mediante llamada telefónica, ofreciendo a los usuarios la participación en un proyecto de deshabituación e informándoles de los beneficios de un seguimiento temporal. Creemos que sería muy interesante la introducción de formación continuada en actividades de este tipo (aprendizaje de nuevos conocimientos, nuevas terapias, etc.) entre los profesionales sanitarios de atención primaria, quienes deben implicarse de una forma activa en el tratamiento de esta drogodependencia. Paralelamente, sería necesario concienciar a las autoridades sanitarias de la relevancia del problema, con el fin de mejorar los recursos disponibles (humanos, económicos, materiales), puesto que cualquier medida de mejora en esta dirección está abocada al fracaso si al mismo tiempo no se acompaña de un incremento de los recursos.

Anualmente, la Sociedad Española de Medicina Familiar celebra la *Semana sin Humo*. Felicitamos esta iniciativa de acercamiento y facilitación de información a la población que acude a los centros de salud. El pasado mes de junio la OMS se pronunció señalando la idoneidad de reducir la publicidad acerca del tabaco y promover la prohibición de las campañas de *marketing* que incentivan a la población a iniciarse (o continuar) en el consumo del tabaco. A su vez, el Ministerio de Sanidad y Consumo realiza algunas actuaciones puntuales dirigidas a promover vidas sin tabaco entre los jóvenes (a través de un convenio anual que en materia de educación para la salud se firma desde 1989 con los Departamentos de Educación, Cultura y Deporte e Interior), a ampliar los espacios sin humo (a través de medidas educativas y legislativas) y a ayudar a la población fumadora a que abandone el hábito (programa de prevención de tabaquismo en profesionales sanitarios).

Nosotros apostamos por la rentabilidad de nuevas estrategias de intervención y animamos a las autoridades públicas, sociedades científicas, EAP, laboratorios farmacéuticos, etc., a fomentar el estudio y la práctica de aquéllas.

ESTHER THOMAS CARAZO^a y MARÍA JOSÉ NADAL BLANCO^b
 Doctoras en Medicina y Cirugía. Médicos especialistas
 en Medicina Familiar y Comunitaria
^aCentro de Salud Mar Báltico. INSALUD.
 Área IV. Madrid
^bServicio Normal de Urgencia
 C/ Ferial, 31. 19002 Guadalajara.

BIBLIOGRAFÍA GENERAL

- Alonso Gordo JM. El tabaco y los médicos. *Semergen* 1997; 23: 347-348.
 Alonso JM, Bellas B, Cierco P, Gálvez J, Martín N et al. Prevención del cáncer. *Aten Primaria* 1999; 24 (Supl 1): 76-80.

- Alonso JM, Martínez JA, Arribas J, Sánchez Seco P, Cuesta M, Provençio R. Tabaquismo en atención primaria: la opinión de los profesionales del Área de Salud de Guadalajara. *Aten Primaria* 1997; 19: 412-417.
 Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (CNPT). Libro blanco sobre el tabaquismo en España. Barcelona: Glosa Ediciones, 1998.
 Córdoba R, Ortega R, Cabezas C, Forés D, Nebot M. Recomendaciones sobre el estilo de vida. *Aten Primaria* 1999; 24 (Supl 1): 118-132.
 Defunciones según causa de muerte, 1994. Madrid: INE, 1997.
 González J, Rodríguez F, Banegas JR, Villar F. Muertes atribuibles al consumo de tabaco en España. Corrección y actualización de los datos. *Med Clin (Barc)* 1989; 92:79.
 Marín C, Jané C, Nebot M. Evaluación anual de un programa de ayuda al fumador. *Aten Primaria* 1993; 12: 86-90.
 Martín C, Córdoba R, Jané C, Nebot M, Galán S, Aliaga M et al. Evaluación a medio plazo de un programa de ayuda a los fumadores. *Med Clin (Barc)* (en prensa).
 Martínez JA, Alonso JM, Arribas J, Sánchez Seco P, Cuesta M, Provençio R. Características del tabaquismo en el personal de Atención primaria del Área de Salud de Guadalajara. *Rev Esp Salud Pública* 1996; 70: 51-56.
 Nadal Blanco MJ, Magro Perteguer R, Gil Zarzosa LF, Sánchez Hernández IM, Guinea Jaime J. Consumo de tabaco en la población de 20 a 44 años del Área de Salud de Guadalajara. *Semergen* 1999; 25: 395-403.
 Raw M, McNeill A, West R. Smoking cessation; evidence based recommendations for the health care system. *Br Med J* 1999; 318: 182-185.
 Russell MAH, Wilson C, Taylor C, Baker CD. Effect of general practitioners advice against smoking. *Br Med J* 1979; 2: 231-235.
 Russell MAH. Motivation and treatment in smoking cessation. Ponencia en: VI Congreso Internacional para la Medicina Familiar y XVI Congreso Nacional de Medicina Familiar y Comunitaria. Granada, 1996.
 Villar F, Maiques A, Brotons C, Torcal J, Lorenzo A, Villaseca J et al. Recomendaciones preventivas cardiovasculares. Aplicaciones prácticas del riesgo cardiovascular. *Aten Primaria* 1999; 24 (Supl 1): 66-75.

Ética, estética, receta electrónica y acceso a la historia clínica

Sr. Director: En la España de las autonomías no es fácil estar al día de las iniciativas locales. Se oyen y se leen cosas, pero nunca se sabe si finalmente se llevan a cabo, y si persisten. El editorial de López Abuín¹ da información y noticias sobre Galicia y sobre el control de las recetas, que me cuesta creer. Bajo el apartado de "Tratamientos revisados por farmacéuticos" informa acerca de la supervisión de tratamientos por farmacéuticos que tienen acceso a las historias clínicas, para determinar si los tratamientos son "adecuados". Además, también comenta la implantación de recetas "electrónicas", con información del estado de salud del paciente accesible a particulares. En torno a la prescripción de los médicos gallegos se ha iniciado, pues, un asalto a la ética médica falto de estética, con el control del gasto como telón de fondo. Me cuesta creerlo, tanto en lo que respecta a la iniciativa política como a la falta de respuesta ciudadana y profesional.

La historia clínica es propiedad del paciente (aunque sobre ello se haya discutido mucho), y los médicos somos sólo usuarios de la misma, de forma que compartimos la información acumulada en ella, que recoge hechos de la vida del paciente y nuestra forma de pensar y de trabajar. Los datos registrados en la historia clínica se anotan en el buen supuesto de su uso para la asistencia del propio paciente, y tienen acceso a los mismos los profesionales sanitarios que participan en la atención clínica del paciente. Desde luego, la historia clínica tiene otros usos², pero sólo si se utiliza haciendo anónima la información que contiene. La intervención de un juez puede provocar el dilema ético entre el respeto al paciente y la confidencialidad de la información de la historia clínica, y el bien público al que apela el juez. Los tratamientos de un paciente, anotados en la historia, no pueden ser revisados por ningún otro profesional, médico o farmacéutico. Si los políticos, los gerentes o los inspectores médicos y farmacéuticos creen, o sospechan, que un médico prescribe tratamientos inadecuados, lo lógico es que tomen contacto con el médico, y si confirman sus sospechas, o no obtienen colaboración y la cuestión es importante, deberían denunciarlo a la justicia. Otra cosa es la mejora de la calidad de la prescripción médica y los métodos científicos y positivos para conseguirlo. No cabe duda de que la prescripción farmacéutica es mejorable y de que los médicos tenemos el deber ético y profesional de participar en actividades que mejoren nuestra prescripción farmacológica. Pero no son métodos ni positivos, ni científicos los controles de revisión de tratamientos en las historias clínicas por farmacéuticos, o el uso de información sobre diagnósticos y patologías en las recetas “electrónicas”. La receta electrónica se impondrá en buena hora, como demuestra la experiencia en Dinamarca, pero el objetivo es facilitar la prescripción, la colaboración con los farmacéuticos y el cumplimiento de las pautas por parte de los pacientes, no el control de la “adecuación” de la prescripción. No existe ningún estudio, ningún ensayo clínico, que demuestre que ése es el método para mejorar la prescripción farmacológica de los métodos generales. Tal como se relata en el editorial de López Abuín¹ es un claro despropósito, un atropello a la ética, y una falta a la estética (a las formas); será un fracaso, y contribuirá a poner a los médicos y a los pacientes en contra de la utilización de la historia clínica y de la implantación de la receta y de la historia clínica electrónicas.

MERCEDES PÉREZ FERNÁNDEZ
Especialista en Medicina Interna. Equipo CESCA. Madrid.

BIBLIOGRAFÍA

1. López Abuín JM. Fortalecer o debilitar al médico de cabecera. *Semergen* 2000; 26: 295-296.
2. Gervás J, Del Burgo JL, Pérez-Fernández M. La historia clínica. En: Los sistemas de registro en la atención primaria de salud. Madrid: Díaz de Santos, 1987.

La receta electrónica, suavizada

Sr. Director: En respuesta a la carta de la Dra. Mercedes Pérez Fernández sobre el editorial del que soy autor¹, quiero manifestarle que en relación con el contenido del mismo (en lo que ella refiere que habla de Galicia, es decir, en la receta electrónica, aunque mi sentir es hacia todo el Estado) el mismísimo director general de Farmacia y Productos Sanitarios del Ministerio de Sanidad ha declarado recientemente que “hay que establecer una línea de comunicación con la Sociedades profesionales y científicas para ponerse de acuerdo con el papel que debe desempeñar cada uno”, y en lo referente a la receta electrónica que “antes de su implantación definitiva sería necesario un período de transición para probar qué tal funciona”. Quiero entender que de sus palabras se pueda deducir un espíritu de diálogo del Ministerio de Sanidad con las Sociedades por éste y otros temas, y SEMERGEN debe ser una de ellas.

Frente a ello, podemos extraer de la directora de Farmacia del Servicio Gallego de Salud las siguientes y recientes declaraciones, en que después de la publicación de aquel editorial, y tras el malestar producido en la clase y sociedades médicas, ha “suavizado” el citado proyecto. Dice la mencionada directora: “La confidencialidad del paciente sigue asegurada”, que “nunca se contemplaron los protocolos como una limitación”, que simplemente los farmacéuticos recibirán la confirmación de que la receta ha sido prescrita dentro del sistema, y no se introducirá en la base de datos la historia clínica sino la farmacoterapéutica. Ante ello, y pese a su modificación, sociedades como la semFYC gallega persisten en su actitud de rechazo frontal, mientras otras como SEMERGEN, que siempre ha abogado por una actitud dialogante, se mantienen expectantes. En ocasiones, la citada directora ha llamado a consulta a las Sociedades previamente a realizar sus proyectos, como en el caso de SEMERGEN con la lista de los medicamentos de utilidad terapéutica baja, o la cartera de servicios en el Servicio Gallego de Salud. No hubo apenas divergencias en estos casos, quizás por las consultas previas. En el caso de la flamante “receta electrónica” no se han producido. Ya se sabe que, de entrada, lo que viene impuesto (en todos los órdenes de la vida) se recibe con temor y desconfianza.

Ánimo, pues, a las autoridades sanitarias a que mantengan ese espíritu dialogante que algunas personas refieren tener y que, antes de la puesta en marcha de proyectos o globos-sonda que atañan a nuestros intereses, se sienten a la mesa a hablar con las Sociedades, nuestras interlocutoras.

JOSÉ MANUEL LÓPEZ ABUÍN
Vocal Junta Nacional SEMERGEN.

BIBLIOGRAFÍA

1. López Abuín, JM. Fortalecer o debilitar al médico de cabecera. *Semergen* 2000; 26: 295-296.
2. Plaza F. *El Médico*, 10-XI-2000: 101.
3. Cuña B. *Correo Médico*, 19-XI-2000: 4.