



bg

Prescripción saludable de medicamentos en tiempos de crisis

Vivimos época de crisis, recortes, baja de moral e incertidumbre sobre el futuro profesional personal y sobre el futuro del sistema de salud. La crisis económica determina que el estado disponga de menos recursos, también para el sistema de salud. Para paliar la situación se pueden hacer dos cosas: o bien se incrementan los ingresos (aumentando el gasto del estado en sanidad, la carga impositiva para ponerla al nivel de la media de la UE, los copagos sobre medicamentos o imponiendo nuevas tasas), o bien se reduce el gasto.

En Cataluña el gasto en medicamentos equivale a un 25 a 30% del gasto público en salud. Esta proporción es considerablemente más alta que las de los países de nuestro entorno. Por otro lado, datos recientes indican que España es el segundo o tercer consumidor mundial de medicamentos, en cantidades por habitante.

En este número nos preguntamos si un uso más saludable y prudente de los medicamentos puede producir ahorros que permitan evitar o minimizar los recortes en otros capítulos, como personal y ciertas prestaciones asistenciales.

El examen de las características del consumo de medicamentos en España sugiere que hay mucho espacio de mejora. Además, y más allá de la visión puramente económica, constituye una oportunidad para resaltar que actualmente, más que nunca, la **prescripción de medicamentos puede ser más saludable de lo que es ahora.**

Prescripción razonada

La OMS define la prescripción razonada como la recomendación del medicamento adecuado, a la dosis y duración adecuadas, a un coste razonable, y con información para el paciente y planificación del seguimiento.¹

La selección de medicamentos no es un ejercicio de austeridad, sino de inteligencia clínica

“¿Por qué se aprueban medicamentos y a continuación se me dice que no los prescriba?”

El médico debe procurar que el coste de los medicamentos sea lo más bajo posible, siempre que no se limite la calidad de la asistencia. Sin embargo, la responsabilidad no es sólo del médico. Por ejemplo, se aprueba la financiación de medicamentos nuevos, más caros que sus análogos, sin experiencia de uso y con poco o nulo valor terapéutico añadido. No se plantea ni tan sólo evaluar su efectividad en la práctica clínica, ni hacer un seguimiento intensivo de sus efectos indeseados en los primeros pacientes que los toman. Al mismo tiempo, los prescriptores somos presionados para limitar nuestras prescripciones. “¿Por qué se aprueban medicamentos y a continuación se me dice que no los prescriba?”, se preguntan muchos compañeros. El escenario es complejo y los recursos del SNS son limitados. Su equidad y sostenibilidad están amenazadas. Es preciso pues optimizar la eficiencia en el uso de los recursos.

La selección de medicamentos no es un ejercicio de austeridad, sino de inteligencia clínica: disponer de un número limitado de medicamentos, se-

leccionados a partir de los problemas clínicos y buscando su mejor alternativa terapéutica posible en términos de eficacia, seguridad, comodidad y coste, permite concentrar el conocimiento, la formación continuada y la investigación y la evaluación de la experiencia clínica en los problemas de la práctica clínica y en los medicamentos recomendados para su tratamiento.

Una ojeada a las cifras

El año pasado, el gasto en medicamentos en atención primaria del ICS supuso un 51,3% de todo el gasto, por encima del gasto en personal (41,3%). Hay que tener en cuenta que en el ICS el crecimiento del gasto farmacéutico fue inferior al de las instituciones concertadas. Ambos aspectos ponen de relieve que hay espacio para la mejora, más allá de las medidas sobre el personal y en el seno del sistema público.

En España en 2010 se gastaron 14.185 millones de euros (M€) en medicamentos a cargo del SNS, y se facturaron 961 millones de recetas. Cada receta refleja el estado de los conocimientos y actitudes del médico. En Cataluña, el año pasado se facturaron 151 millones de recetas en la atención primaria (2,7% más que en 2009), a un coste para el sistema de salud de 1.849 M€ (1,9% menos que en 2009), con un coste medio de 12,20 € por receta.²

Estas cifras no incluyen los medicamentos **dispensados a través de farmacias de hospital**, que originan un crecimiento del gasto mucho mayor, del orden de 15% anual. Se estima que en Cataluña en 2010 este gasto fue de casi 500 M€. Generalmente, las medidas de reducción de los precios de los medicamentos como las aplicadas a partir del 1 de julio de 2010, y otra vez a partir de noviembre de 2011, que dan lugar a una reducción del gasto, se siguen de un incremento del número

de recetas (2,7%), probablemente a consecuencia de una presión comercial para prescribir más.

No conocemos las consecuencias de este aumento del uso de medicamentos en la población. Quizás las personas que ya recibían polimedicación son los principales receptores de estas nuevas recetas. Ignoramos cuáles han sido los efectos de este incremento de casi 3%, tanto los beneficios como los indeseados, y cuántos de éstos son originados por interacciones farmacológicas.

Equivalencia farmacológica

Un mismo fármaco, con la misma dosis, forma farmacéutica (que determina la vía de administración) y presentación, está disponible en diferentes marcas, con precios a menudo variables. A principios de 2011 en Galicia se aprobó una ley según la cual el sistema de salud sólo financiaría la versión más barata de cada fármaco (mismo fármaco, misma cantidad, misma vía de administración). Esta decisión está teniendo una serie de consecuencias: aplicación de medidas similares en otras comunidades autónomas, acuerdos en el Consejo Interterritorial para promover la prescripción por denominación común internacional (DCI), y finalmente el Real Decreto-Ley 9/2011, de 19 de agosto, en vigor desde el 1 de noviembre, que determina algunas medidas, como la prescripción por DCI o la reforma del sistema de precios de referencia, entre otras.

Equivalencia terapéutica

Más allá de la selección de la marca más barata de cada medicamento, también se pueden sustituir numerosos medicamentos de precio elevado, con patente vigente, por equivalentes tera-

Los casi 1.000 millones de recetas anuales a cargo del SNS reflejan 1.000 millones de decisiones basadas en el conocimiento

Cuadro 1.

	Concepto	Ejemplo
Equivalencia farmacológica	Medicamentos con los mismos principios activos, cantidad y vía de administración. No tienen necesariamente el mismo aspecto (por ej., comprimido en vez de cápsula, color o tamaño diferente, etc.).	Diferentes versiones de omeprazol 20 mg por vía oral.
Equivalencia terapéutica	Medicamentos del mismo grupo farmacológico y de los que puede haber genéricos. (Los genéricos son más baratos que la marca original; a veces también hay "marcas copia" que son tanto o más baratas que los genéricos).	Diferentes inhibidores de la bomba de protones (IBP): omeprazol, pantoprazol y otros más caros, con patente vigente (lansoprazol, esomeprazol, etc.). No hay ensayos clínicos que demuestren que un fármaco en particular tiene una relación beneficio-riesgo más favorable que los demás en sus principales indicaciones.

péuticos de los que se dispone de **genéricos** (véase el Cuadro 1). En **Gran Bretaña** se calcula que la sustitución del consumo de 10 fármacos con patente vigente (y por tanto de precio elevado), por alternativas con versiones genéricas (por ej., rosuvastatina por simvastatina, o bien esomeprazol por omeprazol), podría producir un ahorro del orden de 1.400 millones de libras (M£).³ Un análisis análogo, realizado en el **País Vasco**, indica que si se sustituyeran todos los inhibidores de la bomba de protones (IBP) por omeprazol, el ahorro sería de 17,6 M€, de los 28 M€ que se gastan en IBP; si se sustituyeran todas las estatinas por simvastatina se ahorrarían 31 M€, de los 43 M€ que se gastan en este grupo.⁴ En Cataluña, la sustitución de medicamentos con patente vigente por equivalentes terapéuticos genéricos, una sustitución que depende sobre todo del médico, podría generar un ahorro considerable sin alterar los resultados clínicos.

Medicamentos genéricos

La normativa establece que los medicamentos genéricos deben tener una garantía de bioequivalencia con los originales de marca. El área bajo la curva de concentraciones plasmáticas y el valor de la concentración plasmática máxima (C_{máx}) no pueden ser diferentes en menos de 20% y en más de 25% de las del producto de referencia. **Estos criterios son los mismos que los que se aplican para los medicamentos de marca original**, cuando se comprueba su calidad a lo largo de los años. Véase el Cuadro 2.

Se ha propuesto sustituir los medicamentos “yo también” protegidos por patente, por alternativas de las que se dispone de genérico, sustituir muchas formas farmacéuticas de liberación retardada (que no tienen ventaja terapéutica demostrada) por formulaciones convencionales, y escoger sistemáticamente la marca más barata de un mismo medicamento.⁵

No debe confundirse novedad comercial con mejora terapéutica para los pacientes

No debe confundirse novedad comercial con mejora terapéutica para los pacientes. Las meras innovaciones comerciales, basadas sobre todo en nuevos fármacos “yo también” (por ej., esomeprazol, escitalopram, dexketoprofeno), nuevas formulaciones farmacéuticas (por ej., de liberación retardada), presentaciones, cambios de vía de administración (por ej., parches cutáneos) y combinaciones a dosis fijas (por ej., alendronato con vitamina D),⁶ sobrecargan considerablemente la factura de medicamentos del sistema de salud, sin añadir ventajas demostrables –basadas en pruebas obtenidas en ensayos clínicos comparativos– sobre sus congéneres más antiguos (véase el Cuadro 3).

En Cataluña se han propuesto algunas medidas para contener el gasto farmacéutico. La sustitución centralizada de los 10 primeros medicamentos de marca por la versión respectiva más barata hubiese podido ahorrar unos 90 M€ en 2010, y si se hubieran sustituido todos los fármacos por los de precio más barato, se habrían ahorrado 203 M€. Ninguna de estas medidas fue aplicada por el *Departament de Salut*. Estas medidas pueden ser de aplicación y efectos inmediatos, pero su impacto es efímero, el efecto sobre el paciente es limitado, y no garantizan una mejora

Cuadro 2. Resultados clínicos de estudios comparativos entre medicamentos de marca y genéricos.¹

Una revisión sistemática de las publicaciones médicas, en la que se incluyeron ensayos clínicos, metanálisis de ensayos clínicos, estudios observacionales y encuestas de opinión, concluyó que no hay estudios de resultados en salud, en los que se compararan marcas con los genéricos correspondientes, que hayan encontrado diferencias entre marcas y genéricos.

En los ensayos clínicos no se hallaron diferencias entre la marca original y versiones genéricas de medicamentos con margen terapéutico estrecho, como procainamida, warfarina, carbamacepina o fenitoína, ni tampoco con preparados de ácido valproico, flufenacina, salbutamol, triamtereno + amilorida, atenolol, amlodipina, simvastatina ni omeprazol.

En revisiones sistemáticas y metanálisis de ensayos clínicos se comprobó equivalencia clínica para medicamentos cardiovasculares como bloqueadores β-adrenérgicos (7 de 7 ensayos), diuréticos (10 de 11 ensayos), bloqueadores de los canales de calcio (5 de 7 ensayos), antiagregantes plaquetarios (3 de 3 ensayos), estatinas (2 de 2 ensayos), bloqueadores alfa-adrenérgicos (1 ensayo), antiarrítmicos (1 ensayo) y warfarina (5 de 5 ensayos).

En una revisión sistemática sobre antiepilepticos, con 9 ensayos clínicos y 7 estudios observacionales en los que se comparó la incidencia de crisis de epilepsia en pacientes tratados con fenitoína, carbamacepina o ácido valproico de marca con sus versiones genéricas, tampoco se hallaron diferencias.

Con clozapina, en un ensayo clínico cruzado se registró empeoramiento en 14 pacientes con la genérica y en 2 con la marca. Estos resultados no fueron confirmados en otro ensayo, en el que no se observaron diferencias.

1. Bol Ter Extremeño 2011;2, nº 2.

http://sescam.jccm.es/web1/profesionales/farmacia/usoRacional/documentos/fich_descarga_RCMMFG_RevAct_02052011.pdf

Cuadro 3. Los fármacos “yo también”: ¿era necesaria una séptima estatina?

Cada año los sistemas nacionales de salud gastan miles de millones de euros en fármacos “yo también”, que no suponen ninguna ventaja terapéutica significativa. En 2011 se ha comercializado la pitavastatina, la séptima estatina. Los mensajes comerciales afirman que tendría menor riesgo de interacciones porque no es metabolizada por el sistema del citocromo. Sin embargo, a las dosis recomendadas no reduce más la LDL que otras estatinas, no hay datos que indiquen que reduzca la morbilidad cardiovascular, y puede presentar interacciones con varios fármacos.¹

Los nuevos fármacos “yo también”, protegidos por patente, son objeto de fuerte promoción comercial, pero en el momento de su aprobación hay poca información sobre la eficacia y la toxicidad en comparación con los ya disponibles.

La introducción en terapéutica de fármacos repetitivos es un despilfarro, porque es innecesaria, plantea incertidumbre sobre sus posibles efectos indeseados e incrementa los costes. Además, obliga a dedicar recursos de investigación, gestión e información y formación continuada, que no se pueden dedicar a otras actividades que son más prioritarias.

Los fármacos “yo también” sólo tendrían que ser financiados por el SNS si se demostrara su superioridad (y no sólo no inferioridad) en comparación con otros disponibles, o bien para grupos específicos de personas (como niños o personas de edad avanzada).²

1. Med Lett Drugs Ther 2010;52:57-58.

2. Gagne JJ, Choudhry NK. JAMA 2011;305:711-12.

de la prescripción a largo plazo. Es necesario, por tanto, complementarlas con medidas que aseguren un uso más adecuado de los medicamentos.

Hace siete años nos preguntábamos, ¿por qué la estatina, el antihipertensivo o el antipsicótico que generan más gasto no son “el mejor” de cada grupo?⁷ y constatábamos que **el precio de los medicamentos no tiene relación con su**

valor terapéutico, porque en el mercado de los medicamentos los compradores y vendedores no tienen su papel clásico: cuanto más caro es un medicamento más agresiva es su promoción y más beneficio económico genera, de manera que, paradójicamente, entre los fármacos de un mismo grupo, el más consumido no suele ser el de mejor relación beneficio/riesgo, sino el que genera más ganancias (véase la tabla 1).

A principios de 2011 se anunciaba la decisión del gobierno británico de establecer el precio de los nuevos medicamentos según su valor terapéutico.⁸ Esta propuesta tiene una motivación

El precio de los medicamentos no tiene relación con su valor terapéutico

evidentemente razonable, pero es más bien un brindis al sol. ¿Cómo se define y se cuantifica el valor terapéutico? ¿Deberíamos pagar un precio elevado por el AAS cardiovascular? De hecho, la

aprobación de un nuevo medicamento no debería implicar automáticamente que su consumo tenga que ser financiado por el sistema de salud (véase la figura 1). Lamentablemente, aunque la legislación lo prevé explícitamente, en España se financian casi todos los medicamentos que se aprueban.

¿Un cambio de orientación para la industria?

Como la industria del cine, en las últimas décadas las ganancias del sector farmacéutico se han basado en algunos medicamentos que generan superventas (*o blockbusters*) (véase la tabla 1), pero parece que este modelo está en crisis. La denominada “filosofía de las superventas”, que ha dominado la industria farmacéutica en los últi-

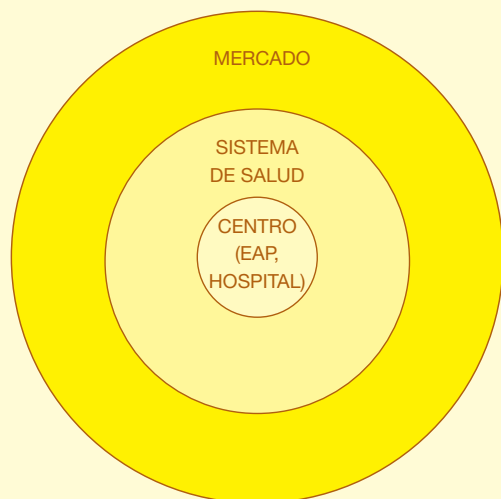


Figura 1. Las agencias de medicamentos (EMA, AEMPS) regulan la comercialización de medicamentos (círculo externo). De los medicamentos autorizados, el SNS debería seleccionar los que son más “coste-efectivos”, es decir los más eficientes, sobre la base de su necesidad clínica, eficacia, efectividad, perfil e incidencia de los efectos indeseados, conveniencia y coste (círculo intermedio). Las áreas de salud, incluidas atención primaria y atención especializada, hospitalaria o no, a través de sus comisiones farmacoterapéuticas (CFT), pueden seleccionar un número todavía más limitado de medicamentos, según sus necesidades clínicas, y de manera coordinada con sus actividades de formación continuada, establecimiento de protocolos terapéuticos, investigación clínica y farmacovigilancia.

mos años, propone que los medicamentos tienen que ser desarrollados para tantas personas como sea posible con el fin de alcanzar unas ventas millonarias; es preferible que estos medicamentos “ni curen ni maten”, y que los usuarios los tengan que tomar durante toda la vida (por ej., estatinas). Su promoción se acompaña de redefiniciones de la enfermedad y el malestar: se dice que quien ha sufrido un episodio de depresión debe tomar antidepresivos “preventivos” durante toda la vida, se exagera el reflujo gastroesofágico o la mera “protección gástrica” para justificar el uso de IPB de por vida, por no hablar de la osteoporosis y el enorme mercado farmacotóxico que se mueve a su alrededor.⁹

Tabla 1. Los cinco medicamentos que generan más ventas en el mundo no son esenciales ni de primera elección.

Lipitor® (atorvastatina)
 Plavix® (clopidogrel)
 Nexium® (esomeprazol)
 Seretide® (salmeterol+fluticasona por vía inhalatoria)
 Crestor® (rosuvastatina)

(Datos de IMS, ventas anuales mundiales de junio de 2010 a mayo de 2011).

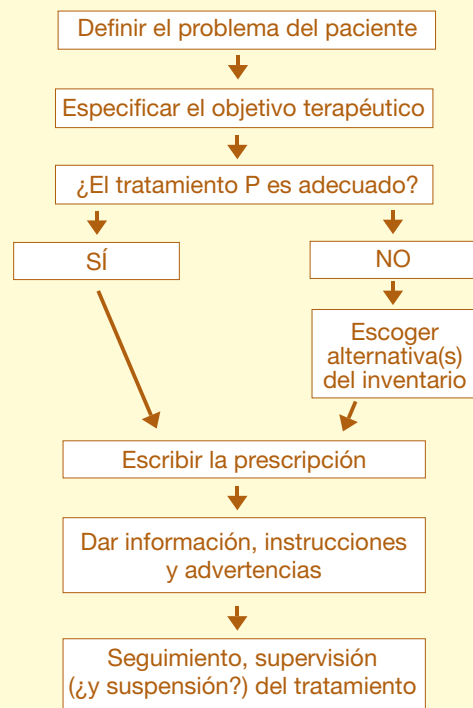
Practicar la prescripción saludable de los medicamentos

En 1998 se publicó la Guía de la buena prescripción de la OMS. La FICF y el Colegio de Médicos de Barcelona publicaron una versión en catalán al año siguiente.¹ En este documento, que pueden descargar de la web de la FICF (www.icf.uab.cat/es/pdf/publicacions/gbpe.pdf), se describen los procedimientos que hay que aplicar para garantizar una prescripción razonada de los medicamentos. Esencialmente el proceso se basa en dos pasos: **en primer lugar**, hay que seleccionar los medicamentos P (Preferidos, de Primera elección) para las patologías más comunes, sobre la base de la comparación de la eficacia, los efectos indeseados, la conveniencia y el coste comparados de las diferentes opciones existentes para el tratamiento de una enfermedad. Así por ejemplo, se seleccionan los antihipertensivos de primera y segunda elección entre los diuréticos, IECA, ARA-II, bloqueadores β-adrenérgicos, bloqueadores de los canales de calcio y bloqueadores alfa. Así se define un inventario personal (o del equipo de atención primaria, del servicio hospitalario, etc.) de los medicamentos preferibles para cada situación y para cada paciente concreto.

En segundo lugar, cuando se toman decisiones terapéuticas ante un paciente concreto, se sigue el procedimiento que se resume en la figura 2. Este procedimiento asegura que:

- Se defina de la manera más precisa posible qué problema se quiere tratar.
- Se especifique qué objetivo se quiere alcanzar.
- Se compruebe que el medicamento P es el adecuado para aquel paciente concreto (no tenga alguna contraindicación) y eventualmente se escoja uno más adecuado.
- Se informe al paciente sobre los objetivos del tratamiento y se le den instrucciones, y
- Se planifiquen adecuadamente el seguimiento y los criterios para suspender el tratamiento o seguirlo.

Figura 2. El proceso de la prescripción razonada.



OMS. Guía de la buena prescripción.¹

Aunque la prescripción razonada de los medicamentos no garantiza que se limite el gasto, puede suponer un paso clave para que su uso sea más eficiente (véase el Cuadro 4).¹⁰

El SNS no puede hacer recaer la responsabilidad de la selección de medicamentos en el médico. Con la cantidad de fármacos comercializados, es imposible para un solo profesional, o incluso para un equipo, mantenerse al día sobre las novedades relativas a eficacia, efectos adversos y costes. Si el SNS seleccionara los medicamentos que financia siguiendo los criterios previamente citados, descargaría considerablemente al médico de esta responsabilidad. El NICE británico, el *Scottish Medicines Consortium* (SMC) en Escocia, el IQWiG en Alemania o la *Haute Autorité de Santé* (HAS) en Francia son organismos que efectúan esta tarea.

Cuadro 4. Principios para una prescripción prudente de medicamentos.¹

1. Pensar más allá de los fármacos

- Considerar en primer lugar un tratamiento no farmacológico.
- Pensar en las posibles causas tratables.
- Buscar oportunidades para la prevención.
- Siempre que sea posible, aplicar la prueba del paso del tiempo, sobre todo para problemas auto-limitados.

2. Practicar una prescripción más estratégica

- Utilizar un número limitado y bien conocido de medicamentos.
- Diferir el tratamiento farmacológico no urgente.
- Evitar los cambios injustificados de fármaco.
- Ser prudente con las formas de uso no contrastadas de fármacos: indicaciones no autorizadas, eficacia no probada.
- Siempre que sea posible, iniciar un tratamiento sólo con un fármaco al mismo tiempo.

3. Mantener una vigilancia especial de los posibles efectos adversos

- Tener un elevado grado de sospecha de reacciones adversas.
- Ser consciente de los síndromes de abstinencia.
- Educar al paciente sobre posibles efectos adversos para que los pueda reconocer.

4. Ser prudente y escéptico con los nuevos medicamentos y las nuevas indicaciones

- Buscar información no sesgada.
- Esperar a que los fármacos lleven suficiente tiempo

en el mercado.

- Asegurarse de que el fármaco mejora un verdadero resultado clínico, más que tratar o enmascarar una variable subrogada.
- Estar atento a la ampliación de indicaciones.
- Evitar ser seducido por la farmacología molecular elegante.
- Estar atento a la publicación selectiva de ensayos clínicos.

5. Trabajar con el paciente para establecer objetivos comunes

- No acceder automáticamente a las peticiones de fármacos.
- Considerar la falta de cumplimiento cuando un problema es refractario y antes de añadir nuevos medicamentos al tratamiento.
- Evitar reiniciar un tratamiento farmacológico que no había respondido previamente o que había causado una reacción adversa.
- Suspender el tratamiento con medicamentos que no sean necesarios.
- Respetar las reservas de los pacientes sobre los medicamentos.

6. Considerar el impacto del tratamiento farmacológico a largo plazo y en un sentido amplio

- Tener en cuenta los resultados a largo plazo.
- Tener en cuenta que algunos sistemas aparentemente mejorados pueden invalidar el efecto beneficioso marginal de un nuevo fármaco.

1. Schiff GD, Galanter WL, Duhig J, Lodolce AE, Koronkowski MJ, Lambert BL. Arch Intern Med 2011;171:1433-40. <http://www.icf.uab.es/WebsietesDB/shortcut.asp?refid=91205>

Apoyo a la prescripción saludable

La prescripción razonada es un proceso de decisión clínica compleja en la que el conocimiento tiene un papel esencial. Por tanto, la formación continuada ligada a la evaluación de resultados debería ser la pieza angular de una estrategia global de promoción del uso saludable de los medicamentos que combine diferentes intervenciones.

Estas medidas deberían formar parte de una estrategia pública más amplia para promover **información y formación médica continuada realmente independientes**, que no sólo tiene que fortalecer las habilidades clínicas de los prescriptores, sino también su responsabilidad profesional. Un elemento clave para asegurar la eficacia de estas políticas es la participación e implicación activa de los prescriptores. Además, hay que promover una implicación más activa de los especialistas en la selección de medicamentos, coordinada con la atención primaria, con el fin de evitar la prescripción inducida que sea evitable, y sobre todo para garantizar la continuidad asistencial. Estas medidas se deben situar en el marco de políticas de financiación coherentes, que consideren el valor terapéutico añadido de los fármacos como eje central. En caso contrario, los médicos nos segui-

remos preguntando qué sentido tiene promover la prescripción razonada de los medicamentos en un contexto irracional.

Cuadro 5.

El 5 de mayo de 2011 el *Parlament de Catalunya* aprobó por unanimidad impulsar un plan de racionalización del gasto farmacéutico que incluya las medidas siguientes:

- Sustituir medicamentos, en la prescripción con financiación pública, por versiones más baratas y con efectos terapéuticos iguales, mediante el uso de sistemas de información e incentivos.
- Crear y fortalecer la gestión profesional del conocimiento mediante comisiones farmacoterapéuticas y de otros tipos, con recursos suficientes para garantizar la información y la formación continuada de los profesionales, para que los avances científicos y tecnológicos con valor terapéutico y diagnóstico añadido lleguen con rapidez a los pacientes.

Un elemento clave es el apoyo institucional a la selección de los medicamentos que reúnan las mejores garantías de efectividad, seguridad y eficiencia. La constitución de **Comités Farmacoterapéuticos (CFT)** permite canalizar el apoyo técnico a los médicos, tanto de atención primaria como de hospital, así como garantizar su participación en la toma de decisiones institucionales. En Cata-

luña se debería promover el despliegue de tareas de difusión de información, formación continuada e investigación. La experiencia en el Ámbito de Terres de l'Ebre, donde se constituyó recientemente un CFT para la atención primaria, ha conseguido aumentar el grado de cumplimiento del estándar de Calidad de la Prescripción y a la vez una reducción de más de 600.000 € en 2010 respecto al año anterior (véase el Cuadro 5).

En 2008 se constituyó la Comisión Farmacoterapéutica (CFT) del ICS, que tiene como objetivos:

- Consensuar una **guía farmacoterapéutica** que incluya los medicamentos con un perfil de eficacia, seguridad, comodidad y coste más favorables para cada situación, en cada ámbito asistencial.
- Contribuir a **mejorar la calidad de la prescripción**, sobre la base de criterios de idoneidad, efectividad, seguridad y eficiencia, y
- Contribuir a **mejorar la formación continuada y a desarrollar líneas de evaluación y de investigación aplicada** en materia de terapéutica con medicamentos.

En estas tareas de **selección, seguimiento y apoyo**, es necesaria la participación activa y la confianza con los clínicos (véase el Cuadro 6).

El gasto del SNS en medicamentos es resultado de las prescripciones del conjunto de sus médicos. Ningún empresario en su sano juicio permitiría que quien deci-

¿Por qué se permite que el conocimiento, la información, e incluso la formación en el sistema de salud, sean mayoritariamente desarrollados por las compañías farmacéuticas?

Las medidas formativas son poco atractivas para políticos y gestores, pero son las que tienen efectos más duraderos

de lo que se compra en su empresa se informe sobre las bondades y defectos de lo que compra a través del vendedor. Tampoco lo harían los empresarios farmacéuticos. ¿Por qué se permite que el conocimiento, la información, e incluso la formación en el sistema de salud, sean mayoritariamente y preferentemente desarrollados por las compañías farmacéuticas? En los últimos 12 meses se han efectuado dos rebajas de precios, que han frenado el incremento de la factura en medicamentos, a la vez que aumentaba un 3% el número de recetas. Sin embargo, en el sistema de salud es habitual la difusión de mensajes comerciales. Mientras no se corrija esta grave deficiencia, el sistema de salud no tendrá autonomía clínica para decidir en función de las necesidades de los pacientes, y no según las necesidades del mercado.

Es necesario que el sistema de salud desarrolle su propia cultura sobre la práctica médica, las tecnologías y el uso de medicamentos. Y es preciso que lo haga con los mecanismos de consenso más flexibles y realistas, pero con el rigor a que obliga la doble responsabilidad profesional de procurar lo mejor para los pacientes y defender la viabilidad del sistema de salud.

El objetivo de las medidas formativas o culturales es ayudar a los médicos a que prescriban mejor. El hecho de que tengan efectos más lentos las hace poco atractivas para políticos y gestores sanitarios, que tienden a buscar efec-

Cuadro 6. Las autoridades sanitarias deberían crear un contexto adecuado para la prescripción saludable.

- El sistema de salud tiene que seleccionar los medicamentos más idóneos con procedimientos públicos y transparentes. (Nos parece que el SMC escocés es el ejemplo más realista de este modelo).
- Los **precios** de los nuevos medicamentos y su **financiación** a cargo del SNS deberían tener relación con su valor terapéutico.
- La **promoción** comercial en los centros del sistema de salud tendría que estar prohibida. Sus contenidos fuera del sistema de salud deberían estar sometidos a un control estricto.
- La industria farmacéutica no tendría que organizar ni realizar actividades de **formación continuada** de los profesionales. En todo caso, la formación ofrecida por la industria no debería estar acreditada.
- El SNS debería contar con un sistema propio de **información sobre medicamentos y terapéutica**. El conjunto del SNS y cada uno de sus centros deberían comprobar y evaluar de manera continuada y sistemática los resultados obtenidos con los medicamentos, en términos de efectos beneficiosos y efectos indeseados.
- Se deberían constituir en todas las áreas o regiones sanitarias **Comités Farmacoterapéuticos**, integrados y liderados por los profesionales, que:
 - elaboren protocolos terapéuticos,
 - seleccionen los medicamentos más adecuados,
 - organicen la formación continuada de sus profesionales,
 - coordinen la continuidad asistencial entre atención primaria y hospitales (prescripción inducida y otros problemas) y
 - estimulen la evaluación de los efectos terapéuticos y los efectos indeseados (farmacovigilancia).

tos inmediatos. Sin embargo, son las que tienen efectos más duraderos, y son las que en última instancia pueden dar mejores resultados para los pacientes. Los boletines, protocolos de tratamiento elaborados por consenso, formularios y las visitas personales por parte de profesionales cualificados pueden ser herramientas útiles para conseguir este objetivo, si son de calidad, orientados a problemas y producidos de manera independiente de las compañías farmacéuticas (véase el Cuadro 7).

Conclusiones

Hay muchas posibilidades y oportunidades para mejorar el uso de medicamentos en el SNS, de manera que la mejora de la calidad y la atención cuidadosa a las necesidades de los pacientes no implique un aumento de los costes, sino al contrario. Pero para que así sea, hay que impulsar decididamente la selección de medicamentos en el conjunto del SNS, prohibir la actividad comercial en los centros del SNS, establecer sistemas de información sobre medicamentos y terapéutica propios del SNS, que la formación continuada sea desarrollada al margen de la in-

dustria farmacéutica y sin interferencias comerciales, y desarrollar una cultura de evaluación de los resultados en salud.

En el próximo número revisaremos algunas áreas terapéuticas como diabetes, asma y EPOC, hipercolesterolemia, hipertensión arterial y demencia de Alzheimer.

Bibliografía

1. Guía de la buena prescripción. Organización Mundial de la Salud. Programa de Acción sobre Medicamentos Esenciales. www.icf.uab.cat/es/pdf/publicacions/gbpe.pdf
2. PAM 2011;35:364-70.
<http://www.icf.uab.es/WebsietesDB/shortcut.asp?refid=90755>
3. Moon JC, Flett AS. BMJ 2011;342:30-32.
www.icf.uab.es/WebsietesDB/shortcut.asp?refid=89972
4. INFAC 2010;18:43-48.
www.icf.uab.es/WebsietesDB/shortcut.asp?refid=89973
5. Hughes D, Ferner R. BMJ 2010;340:690-92.
www.icf.uab.es/WebsietesDB/shortcut.asp?refid=88185
6. Butll Groc 2007;20:1-4.
www.icf.uab.es/ca/pdf/informacio/bg/bg201.07c.pdf
7. Butll Groc 2004;17:13-18.
www.icf.uab.cat/ca/pdf/informacio/bg/bg175.04c.pdf
8. Hawkes N. BMJ 2011;342:13.
9. Collier R. CMAJ 2011, 17 juny.
www.cmaj.ca/cgi/rapidpdf/cmaj.109-3874v1
10. Diogène E, Figueras A. J Epidemiol Comm Health 2011;65:387-88.

Cuadro 7. En la web de la Fundació Institut Català de Farmacologia se pueden encontrar: www.icf.uab.es

- La colección completa del Butlletí Groc.
- Un servicio de noticias (¡no más de dos por semana, para evitar la infoxicación!).
- Un servicio de atención de consultas terapéuticas sobre pacientes con los que se hace difícil tomar decisiones (sospecha de efecto adverso, sospecha de interacción farmacológica, comorbilidad que pueda modificar el efecto esperado del fármaco, embarazo, etc.).
- La base de datos SIETES sobre novedades relevantes en farmacología, terapéutica y políticas farmacéuticas.
- Resúmenes de evaluaciones de medicamentos nuevos.
- Libros de texto de acceso libre.

Director Joan-Ramon Laporte. **Redactora jefe** Montserrat Bosch.

Comité de redacción C Aguilera, A Agustí, M Bosch, I Danés, R Llop.

Comité editorial JM Castel, G Cereza, A Figueras, I Fuentes, L Ibáñez, JR Laporte, D Rodríguez, X Vidal.

Fundació Institut Català
de Farmacologia



© Fundació Institut Català de Farmacologia. Hospital Universitari Vall d'Hebron, P Vall d'Hebron 119-129, 08035 Barcelona. Tel. 93 428 30 29. Fax 93 489 41 09. www.icf.uab.es. La *Fundació Institut Català de Farmacologia* es independiente de los laboratorios farmacéuticos y de las administraciones sanitarias. No tiene finalidades de lucro y promueve un uso saludable de los medicamentos.

Los artículos y notas publicados en Butlletí Groc no pueden ser utilizados para anuncios, publicidad u otra promoción de ventas, ni pueden ser reproducidos sin autorización escrita.

ISSN 0214-1930 - Depósito legal: B-20.962-88

Las peticiones de suscripción de estudiantes, que son gratuitas, deben dirigirse a la Fundació Institut Català de Farmacologia (adjuntando documento acreditativo).



Centro Colaborador de la OMS
para la Investigación y la Formación
en Farmacoepidemiología



Hi ha una versió d'aquest butlletí en català. Si desitgeu rebre informació de manera regular en català, comuniqui-ho a la Fundació Institut Català de Farmacologia.