

Propuestas para el uso adecuado y eficiente de los medicamentos

Dada la preocupación del Gobierno, de todos los profesionales sanitarios y de la sociedad en general para la mejora de la eficiencia del gasto público, hemos pensado que, como profesionales que hace años que trabajamos para la mejora del uso adecuado de los medicamentos, podríamos aportar algunas ideas con el objetivo de:

- Mejorar la prescripción de los medicamentos.
- Reducir el gasto farmacéutico.

Somos conscientes, sin embargo, que las mejoras no son fáciles porque hay que contemplar cambios a nivel clínico, farmacológico, social y económico. Por este motivo las posibles soluciones pasan por la implicación de diversos sectores, de forma destacada la administración sanitaria y los profesionales sanitarios, pero también la industria farmacéutica, las oficinas de farmacia, las sociedades científicas, las universidades, los colegios profesionales sanitarios y las asociaciones de pacientes, de consumidores y la propia sociedad en su conjunto.

Somos conscientes también que los intereses de las partes pueden no ser coincidentes pero consideramos que la situación es suficientemente grave como para no posponer más los acuerdos y es indispensable que la administración sanitaria lidere el compromiso y solicite a todos los implicados el esfuerzo necesario para hacerlos posible.

Sería sin embargo un grave error, a la vez que del todo ineficiente, hacer recaer el peso de estos cambios en uno o unos pocos sectores implicados.

Desde hace años, los profesionales sanitarios, nos encontramos con contradicciones importantes:

- Por una parte la Agencia Española de Medicamentos (AEMPS) autoriza la comercialización de medicamentos y el Ministerio de Sanidad decide el precio y cuáles deben ser financiados por fondos públicos mientras que las autoridades autonómicas proponen objetivos e incentivos para que muchos de estos fármacos no se prescriban.
- Los comités de evaluación de nuevos medicamentos de las respectivas Comunidades Autónomas afirman y difunden a través de sus boletines terapéuticos que muchos de estos medicamentos aprobados NO suponen un avance terapéutico relevante y aconsejan continuar utilizando los tratamientos disponibles. Entre 2008-10 la AEMPS ha autorizado 59 nuevos principios activos. De estos, 21 se pueden prescribir con receta médica (el resto son de uso hospitalario). Los Comités de Evaluación de Nuevos Medicamentos han evaluado 13 (62%) de ellos y han considerado que ninguno de ellos supone un avance terapéutico.
- Es paradójico y decepcionante observar cómo las agencias de medicamentos siguen aprobando nuevos fármacos con valor terapéutico añadido escaso o nulo y con precios superiores a los ya existentes y por el otro lado se congelan o recortan los sueldos de los profesionales a fin de reducir el gasto sanitario.
- Diversos estudios demuestran que el porcentaje de recetas cumplimentadas en Atención Primaria de Salud (APS) debidas a prescripciones realizadas en otros niveles asistenciales oscila entre un 24-50%. Su gasto, sin embargo, puede llegar al 60% del total, dado que en muchos casos son recetas destinadas a patologías crónicas y conllevan un precio más elevado. A pesar de toda esta información, la administración sanitaria insiste en intentar corregir y desde hace años penalizar/incentivar a los médicos de familia buscando unos objetivos que en muchos casos no depende de ellos alcanzarlos. Esta contradicción conlleva un desgaste innecesario de unos profesionales que desearían hacer mejor su trabajo, pero ni reciben la ayuda suficiente por parte de la administración ni cuentan (en general) con la sensibilidad ni formación, en este tema, del resto de niveles asistenciales.

También, no deja de ser paradójico que los recursos económicos públicos dedicados a la información y formación continuada sobre terapéutica son muy bajos, en comparación con los recursos que dedica la industria farmacéutica.

Los fundamentos en que basamos nuestras recomendaciones son los siguientes:

- Los medicamentos no pueden ser considerados exclusivamente productos de consumo sino una necesidad básica para la salud de la población.
- Los cambios deben partir de las necesidades de los pacientes en términos de salud y necesidades clínicas. La prescripción adecuada de los medicamentos implica básicamente recomendar a cada paciente el medicamento que más le conviene, cuando lo necesita, a la pauta adecuada, durante el tiempo necesario y a un coste razonable para él y para la comunidad, asegurándose proporcionar la información y seguimiento que requiere su situación.
- Disponemos desde hace años de criterios objetivos para la selección de los medicamentos propuestos por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Estos criterios, en resumen, son los siguientes: 1. eficacia, 2. seguridad (experiencia de uso), 3. comodidad (entendida como el conjunto de propiedades que facilitan o dificultan el cumplimiento) y 4. Coste.
- Todas las partes implicadas en la cadena del medicamento (desde las autoridades reguladoras hasta los pacientes) deben aportar su esfuerzo, en beneficio de todos.
- Todas las actuaciones dirigidas a los profesionales deben incluir de igual manera los médicos del ámbito de la APS, especializada y hospitalaria.

En medio de toda esta realidad, conscientes de que la propia administración a la vez también depende de las decisiones de la Agencia Europea de Medicamentos (EMA) y de la AEMPS, las cuales deberían plantearse mejoras básicas que a bien seguro facilitarían mucho las propuestas que adjuntamos, queremos plantear algunos puntos que consideramos pueden racionalizar la prescripción y el gasto de los medicamentos.

Atentamente,

Médicos de Familia: Jordi Vilaseca (Cataluña), Jordi Espinàs (Cataluña), Carlos Fluixá (Valencia), Pilar Abaurrea (Extremadura), Javier Agreda (Navarra), Susana Aldecoa (Galicia), Pilar Botija (Valencia), José Antonio Castro (Andalucía), Ángel Corredera (Andalucía), Pablo Daza (País Vasco), Carlos Eirea (Galicia), Enrique de la Figuera (Aragón), Guillermo García (Asturias), María Jesús González Moneo (Cataluña), Félix Ibáñez (País Vasco), Antonio Lorenzo (Canarias), María Teresa Martínez Ibáñez (Canarias), Juan Francisco Menárguez (Murcia), Francisco Muñoz González (Madrid), Olga Olmos (Madrid), Ramón Orueta (Castilla-La Mancha), Álvaro Pérez Martín (Cantabria), José Carlos Pérez Villarroya (Aragón), Bartomeu Puig (Baleares), Daniel Ramos (Cataluña y León), Vicente Baos (Madrid).

Farmacólogos clínicos: Eduard Diogène, Dolors Rodríguez Cumplido, Carmen Asensio.

Propuestas para el uso adecuado y eficiente de los medicamentos

A. Propuestas de apoyo administrativo y legislativo

1. Mejora de la calidad de la atención a pacientes (más tiempo).

- Una mejor atención a los pacientes con un menor número de pacientes por médico, con más tiempo por visita, menos burocracia inútil (por ejemplo, todavía dobles recetas por estupefacientes cuando disponemos de firma electrónica), permitiría que la "receta" no fuera la "salida fácil" para terminar una visita.
- Un mayor tiempo para comentar debidamente el tratamiento NO farmacológico, evitaría un uso exagerado del tratamiento farmacológico, por no citar también el uso exagerado de pruebas complementarias y derivaciones a especialistas.

2. Prescripción por principio activo en toda la red de salud pública: atención primaria, especializada y hospitalaria.

- Es urgente la puesta en marcha de la prescripción por principio activo. La experiencia de muchas CCAA avala la importancia de esta medida.
- En el caso que la prescripción por principio activo se retrasara, habría que acelerar la **prescripción de medicamentos EFG**, haciendo prioritaria su prescripción para todos los médicos de la red pública (primaria y hospitalaria).

3. Supresión de la prescripción inducida.

- Cada profesional debería tener garantizada la prescripción terapéutica durante el tiempo que él indique, sin la actuación de otros profesionales.
- Cada profesional médico debe hacerse responsable de su prescripción. Todos los profesionales deberían poder prescribir de forma que no fuera necesaria ninguna actuación de ningún otro profesional. Es una vergüenza que los pacientes tengan que duplicar sus visitas y que los médicos de atención primaria tengan que invertir tiempo en hacer de escribientes de otros profesionales médicos.
- Los dos puntos anteriores permitirían conocer dónde se producen las bolsas de ineficiencia y donde deberían invertir los esfuerzos de los respectivos departamentos en formación, mejora de la productividad e incentivos a fin de conseguir una prescripción más razonada de los medicamentos.
- Facilitar el acceso a la receta electrónica a todos los médicos de la atención especializada pública.
- Potenciar la elaboración de protocolos y guías terapéuticas conjuntas.

4. Mejora de los indicadores que evalúan la calidad de la prescripción. Seguimiento e Información periódica a los profesionales sobre su perfil prescriptor.

- Aportar información periódica (mensual) del perfil prescriptor a cada profesional (de APS y del ámbito hospitalario) en términos cualitativos y cuantitativos.
- La administración debería promover estudios de efectividad (resultados en términos de salud) y no sólo de eficiencia para que los indicadores sean verdaderos indicadores de calidad y no simples comparadores.
- Potenciar los programas de ayuda a la prescripción: interacciones, reacciones adversas, limitaciones en función de patologías crónicas o la edad, alergias, necesidad de controles clínicos o de laboratorio de los medicamentos prescritos, polifarmacia, duplicidad terapéutica, etc., tanto en el ámbito de APS como el hospitalario.
- Potenciar ayudas en la selección de medicamentos: fármaco recomendado por grupo terapéutico, escalada razonada de tratamiento de las enfermedades crónicas más prevalentes, antibióticos de primera elección de los problemas infecciosos más prevalentes, etc.
- Promover el uso de los medicamentos de primera elección y reservar los medicamentos de segunda elección para cuando sea adecuado. Por ejemplo:
 - Para poder prescribir un ARA II previamente se debería haber indicado un IECA y comprobado su intolerancia o ineficacia.

- No indicar clopidogrel sin antes haber comprobado la alergia al AAS. Si está indicada la doble antiagregación, verificar su indicación cuando menos al año de su inicio.
- En pacientes con antecedentes de úlcera péptica o hemorragia digestiva alta de origen gastroduodenal, antes de indicar clopidogrel, previamente habría que haber ensayado AAS 100 mg más omeprazol.
- Tener en cuenta que la indicación de los bifosfonatos orales en la prevención primaria de la osteoporosis debe estar basada en la evidencia disponible (según criterios del Programa de Actividades Preventivas de la semFYC, 2009).
- Que no fuera posible prescribir, en el ámbito de la sanidad pública, un medicamento no EFG cuando exista un medicamento EFG aprobado. En todo caso que surja una alarma que indique que hay que informar al paciente. Además, regular que la diferencia de precio sea remunerada por el usuario.
- En pacientes DM2 tratados con insulina sin hipoglucemias nocturnas no prescribir análogos de la insulina.
- En el ámbito de la sanidad pública no se debería poder prescribir medicamentos de valor intrínseco no elevado (VINE) como tratamientos útiles (por ej. condroprotectores) o de elevado riesgo (por ej. COX-2). En estos casos debería existir la posibilidad de dar información escrita a los pacientes sobre la evidencia y riesgos, basándonos en los datos disponibles en el Centro de Farmacovigilancia de Cataluña, el Comité Mixto de Evaluación de Nuevos Medicamentos (CMENM) y otros centros independientes de otras CCAA.
- Antes de plantear un tratamiento con fármacos de segunda elección, habría que verificar el fracaso de los tratamientos de primera elección.

5. Mejora en la Incentivación de los profesionales para el uso adecuado de los medicamentos.

- Cualquier empresa privada dispone de mecanismos de seguimiento y control de la productividad. Estos mismos criterios deberían aplicarse a las empresas públicas.
- Incrementar el porcentaje del sueldo basado en la productividad. Hay que partir de la premisa de que debe percibir más el que mejor hace su trabajo.
- Incrementar la incentivación para la consecución de objetivos tanto en la APS como hospitalaria.
- Entre estos objetivos sin duda debe figurar la utilización adecuada de los medicamentos disponibles (calidad de la prescripción) basados en verdaderos indicadores de calidad de resultados y siempre ajustados a la edad de los pacientes.
- La incentivación debería ser motivo de pacto con cada profesional y éste debería indicar cuál sería su deseo: salario, variabilidad horaria de la consulta, atención continuada, días de libre disposición, asistencia a actividades formativas, aumento de la autogestión, etc.

6. Regulación de la promoción de medicamentos y de la relación entre profesionales e Industria farmacéutica.

- La industria farmacéutica dedica una parte destacada de su presupuesto a la promoción de sus productos. Esta promoción se realiza tanto de forma directa (publicidad y promoción de los medicamentos) como indirecta (obsequios, pagos, congresos, cursos, reducciones de precios en farmacias, etc.). Es necesaria una normativa clara y rigurosa que establezca los criterios sobre los que debe vertebrar la relación de la industria farmacéutica con los diferentes actores implicados (administración, médicos, sociedades científicas, oficinas de farmacia, etc.).
- Regulación del marco de relación entre profesionales e industria farmacéutica que no permita la visita médica o la formación continuada por parte de la industria en horario laboral de los profesionales sanitarios de la sanidad pública.

7. Definir el papel de las oficinas de farmacia en la dispensación e Información a los pacientes.

- Las oficinas de farmacia ocupan un lugar fundamental en el sistema sanitario actual. Son los establecimientos encargados de la venta, bajo la supervisión de un profesional, de productos farmacéuticos mediante receta médica o de venta directa al público. Representan un paso obligado de la población hacia la obtención de los fármacos.
- Pero más allá de esta actuación comercial, y precisamente para ocupar este importante puesto ya comentado, deberían desempeñar un papel igualmente importante en la información y educación sanitaria de los pacientes; aspectos como la modulación de la

automedicación, mejora del cumplimiento terapéutico o el conocimiento de efectos adversos, interacciones, etc.

- Establecer actuaciones que mejoren la coordinación entre sanitarios y oficinas de farmacia.
- También nos encontramos que las ganancias de estos profesionales son proporcionales a las ventas. Habría que estudiar incentivos económicos o de otro tipo para promover el uso adecuado de medicamentos. La consecución de objetivos en este sentido podría permitir por ejemplo: mejoras en los horarios de apertura, venta de productos sanitarios, parafarmacia, etc

8. Financiación selectiva de los nuevos fármacos.

- El número de fármacos actualmente autorizados es elevado, estando la mayoría de los mismos financiados por el sistema sanitario.
- Financiación selectiva de fármacos con acción farmacológica significativa y retirada progresiva de la financiación de aquellos fármacos claramente incluidos en la categoría de VINE o de baja utilidad terapéutica (UTB).
- Anualmente son aprobados e incluidos en la financiación del sistema sanitario un gran número de nuevos fármacos aunque la mayoría de estos o bien no aportan nada respecto a los ya existentes o la relevancia clínica de su mejora es insignificante, lo que aumenta la factura farmacéutica sin redundar este aumento en los resultados obtenidos.
- A menudo oímos hablar del riesgo que las empresas farmacéuticas dejen de investigar si no pueden obtener ganancias cuando ponen un medicamento al mercado. Pero en realidad el problema es inverso. Mientras la administración pública apruebe y autorice la financiación de fármacos sin valor añadido, lo único que está promoviendo es que los laboratorios no hagan ningún esfuerzo en investigación novedosa y de provecho para el conjunto de la población, ya que prácticamente tiene garantizada la aprobación, se trate de un medicamento de interés general o sea un fármaco "Me too" ("Yo también").
- Las autoridades sanitarias deberían establecer criterios claros, basados en la relevancia, efectividad, seguridad, eficiencia y coste real de investigación y producción para determinar la financiación de los diferentes fármacos: un nuevo principio activo con nula o escasa aportación terapéutica sobre los ya financiados no debería ser financiado.
- Es necesario un organismo independiente que formule propuestas sobre financiación pública de los medicamentos en función de criterios científicos, siguiendo el ejemplo del NICE (fundado en 2000). Actualmente, sistemas de salud como el británico y de otros países, puesto que los sistemas nacionales de salud gastan miles de millones de euros cada año en fármacos que aportan poco o no suponen ninguna ventaja terapéutica, están proponiendo que el precio venga definido según su valor terapéutico.
- Asimismo, no se debería permitir que la industria farmacéutica regule el mercado retirando fármacos que todavía son eficientes (por ejemplo la retirada de las insulinas humanas por análogos de la insulina, etc.).
- Valorar la limitación de uso de los nuevos fármacos durante los dos primeros años, hasta que se disponga de suficiente información independiente para su generalización.

9. Extensión de los precios de referencia a todos los medicamentos financiado.

- Establecimiento progresivo de precios de referencia para todos los productos farmacoequivalentes y posteriormente a todos los medicamentos financiados.
- Los precios de referencia de los nuevos fármacos se deberían pactar entre la industria y la administración en función del valor terapéutico añadido que aporten respecto a los tratamientos ya existentes.
- Consideramos importante NO hacer recaer, como hasta ahora, la responsabilidad del cambio de un medicamento no genérico por un medicamento EFG sobre los médicos de APS. Pensamos que es un grave error ya que pone en riesgo la relación médico-paciente, genera incertidumbre entre los pacientes y en algunos casos desconfianza hacia el propio médico de familia. Los profesionales de APS tienen el deber de informar debidamente a los pacientes y de entregarlos información escrita.
- En caso de que los pacientes opten por recibir un medicamento no EFG o por encima del precio de referencia, la diferencia de precio debería estar financiada por el usuario.

10. Estudio de los envases para adaptarlos a las posologías de los problemas de salud más frecuentes.

- Adaptación de la dosificación de los envases a las posologías de los tratamientos prescritos más frecuentes.

11. Regulación de la venta de medicamentos sin receta médica autorizada.

- Regular la venta libre de medicamentos que permita sólo la venta de aquellos medicamentos que la autoridad sanitaria considere que se acogen a los criterios de automedicación responsable y para el tratamiento sintomático de cuadros menores.

12. Regulación de la publicidad de medicamentos.

- Los medicamentos no pueden ser considerados simples productos de consumo.
- Limitar la publicidad directa o indirecta sobre medicamentos dirigida a la población general a aquellos productos que la autoridad sanitaria considere de uso para una automedicación responsable.
- Admitir únicamente la difusión de información basada en la evidencia.

13. Valoración de la compra centralizada de medicamentos esenciales y productos sanitarios.

- Valorar la compra centralizada de medicamentos esenciales y productos sanitarios (pañales, tiras reactivas, etc.) para la posterior distribución a los centros sanitarios de APS.

14. Coordinación de las diferentes comisiones, comités y consejos asesores de medicamentos.

- Revisar las funciones de los Comités, Comisiones farmacoterapéuticas y Consejos asesores de medicamentos.
- Velar por la coordinación de estos organismos para evitar duplicidades de funciones y mensajes contradictorios.
- Solicitar la declaración de conflictos de intereses a los participantes en estos comités. Las personas que tengan, no deberían participar en las tomas de decisiones.
- Unificación de criterios que incluyan claramente también los de retirada de los medicamentos aprobados.

15. Propuestas dirigidas a la AEMPS y a la Agencia Europea de Medicamentos (EMA).

Consideramos que las Autoridades sanitarias de las distintas CCAA deberían plantear a la agencia española (AEMPS) y europea (EMA):

- La no aprobación de medicamentos que no representen una mejora respecto a los medicamentos existentes.
- No financiar con fondos público los medicamentos que no representen una ventaja terapéutica respecto de los medicamentos existentes.
- Que el precio de los medicamentos estuviera ligado básicamente al beneficio que aporta a los pacientes más que otros intereses secundarios.
- Que antes de la aprobación de nuevos fármacos, el número de pacientes y la duración de los estudios esté en relación con la evolución natural de las enfermedades que pretenden mejorar. No se pueden aceptar estudios con decenas de pacientes y de semanas o unos pocos meses de duración para aprobar medicamentos que una vez en el mercado los tomarán millones de pacientes durante años o incluso décadas.
- Que para la aprobación de nuevos medicamentos sea indispensable disponer de estudios independientes y para su financiación con fondos públicos sea imprescindible disponer de estudios comparativos con los medicamentos ya existentes.
- Que los resultados de los estudios se basen más en la significación clínica que no la significación estadística.
- Que periódicamente, cada 3-5 años, las agencias evalúen los nuevos medicamentos en términos de eficacia, seguridad, precio y financiación pública en función de los resultados de estudios independientes. Solicitar a las personas responsables de las resoluciones de la EMA y la AEMPS la declaración de conflicto de intereses y en caso que las tengan, impedir su participación en la toma de decisiones.
- Coordinación de las agencias independientes de evaluación de medicamentos.

B. Propuestas de apoyo técnico y científico

16. Información de la relevancia clínica de los fármacos.

- La mayoría de los nuevos medicamentos no suponen un avance terapéutico respecto a los ya existentes. Durante el período 2000-2011, de 144 medicamentos evaluados por el Comité de Evaluación de Nuevos Medicamentos (CENM), el 78% no suponía un avance terapéutico, y para otro 12 % no se disponía de información adecuada para hacer un pronunciamiento).
- Dado que la EMA ni la AEMPS cuando aprueban un medicamento no indican su relevancia clínica, pensamos que debería hacerlo el CENM, informando, en el momento de la aprobación del nuevo medicamento (de forma independiente y con criterios objetivos) a los profesionales médicos de APS y hospitalaria para que conozcan el lugar real de estos medicamentos.

17. Promoción de Guías Terapéuticas y Guías de Práctica Clínica Independientes basadas en la selección razonada de medicamentos.

- Potenciar las Guías Terapéuticas (GT) independientes basadas en la selección razonada de medicamentos.
- La administración no debería promover formularios de medicamentos y otorgarles el nombre de GT.
- Un listado de medicamentos con información exclusivamente descriptiva no orienta al clínico sobre las mejores opciones para resolver los problemas de salud.
- Las Guías de Práctica Clínica (GPC) son documentos que ayudan enormemente a los profesionales en la toma de decisiones en la consulta diaria, tanto en el plano diagnóstico, terapéutico o de seguimiento. Son documentos que ayudan en la actualización permanente de conocimientos de los profesionales.
- Evitar que las instituciones públicas elaboren o utilicen GPC financiadas total o parcialmente por la industria farmacéutica ni las que hayan incluido autores con conflictos de intereses.
- Las autoridades sanitarias, los profesionales y las sociedades científicas deberían promover la elaboración de GPC que sigan claros criterios basados en la selección razonada de medicamentos.
- Evitar la duplicidad de GPC en el territorio.

18. Elaboración por parte del Ministerio de un listado de medicamentos priorizados con los criterios de selección razonada de medicamentos de la OMS.

- Habría que asegurar que los criterios utilizados para la priorización de los medicamentos siguen las recomendaciones de la OMS: 1. eficacia, 2. toxicidad, 3. comodidad y 4. coste.
- El Ministerio y las Consejerías de las distintas CCAA podrían promover una guía básica de medicamentos y a nivel de los propios Servicios de Atención Primaria y Centros de Salud elaborar unas guías más concretas que podrían llegar hasta plantear el tratamiento de los problemas de salud más prevalentes en el APS, siempre con el consenso y participación de los profesionales que lo deben aplicar.
- La semFYC disponen de una GT basada en los criterios de selección razonada de medicamentos de la OMS que contiene el tratamiento priorizado de más 400 problemas de salud.

19. Promoción de los tratamientos no farmacológicos.

- Son múltiples las situaciones clínicas donde existen evidencias sólidas de la efectividad y eficiencia de intervenciones no farmacológicas y cambios en el estilo de vida; sin embargo, generalmente hay una preponderancia de los tratamientos farmacológicos. Los profesionales sanitarios deberían revisar el valor de estos tratamientos en las diferentes situaciones donde las evidencias existentes así lo determinen.
- Esta labor de los profesionales debería ir acompañada de un esfuerzo de las autoridades sanitarias para hacer llegar a la población la existencia y efectividad de este tipo de intervenciones.

- Las administraciones sanitarias deberían promover la investigación clínica sobre la efectividad de las intervenciones terapéuticas no farmacológicas en APS para el tratamiento de enfermedades crónicas y agudas.

20. Mejoras en la formación médica continuada.

- Los profesionales encuentran dificultades para conseguir una adecuada formación médica continuada (FMC) ya que en general deben sufragar con sus propios ingresos las revistas científicas, realizar las actividades formativas fuera del horario laboral, etc.
- La inversión en FMC de la industria farmacéutica es muy superior a la inversión pública.
- Potenciar la FMC del uso racional del medicamento para las instituciones sanitarias y Asociaciones Profesionales.
- La FMC tiene que venir determinada por los objetivos del sistema sanitario y por las necesidades de los profesionales en función de estos objetivos.
- La administración sanitaria debe hacer llegar periódicamente a los médicos prescriptores (de APS, especializada y hospitalaria) información terapéutica contrastada e independiente.
- Es necesario que las sociedades científicas, las universidades y los colegios profesionales sanitarios sigan criterios de selección razonada de medicamentos en sus propuestas formativas y los documentos que emitan.

21. Papel del farmacéutico / farmacólogo de referencia de las ABS y hospitalarios.

- Potenciar la figura del farmacéutico / farmacólogo de referencia de APS y en el ámbito hospitalario, como consultor de los profesionales que realizan asistencia directa, con mayor presencia en los centros de trabajo para aportar información objetiva e independiente sobre los nuevos fármacos, nuevas indicaciones, etc.
- Ayudar individualmente al médico prescriptor (de APS y hospitalaria) a valorar sus hábitos de prescripción, los resultados de sus indicadores y sobre todo aportar alternativas prácticas para la mejora de su prescripción.
- Promover la realización de Guías Terapéuticas, listados de medicamentos esenciales (“Lista sabia”), listados de fármacos de primera elección para las enfermedades más frecuentes en cada ámbito, etc.
- Informar de las iniciativas de las agencias de evaluación de nuevos medicamentos y de farmacovigilancia de las respectivas CCAA e internacionales que supongan una mejora en la calidad de la prescripción.
- Establecer una consultoría activa en el manejo de situaciones complejas: polimedicación, pacientes de edad avanzada, insuficiencia renal, hepática, etc.
- Ante la existencia de alertas de la AEMPS indicaran las alternativas más adecuadas en cada caso, etc.

22. Información y educación de la población.

- En los últimos años hay una tendencia creciente a medicalizar diferentes aspectos de la vida que tienen su origen en campos ajenos al sanitario y que, por tanto, no deberían buscar solución al mismo ya que la respuesta dada no tendrá resultados. Del mismo modo, diferentes situaciones que no deben ser consideradas como enfermedad (embarazo, menopausia, vejez), han pasado a tener un papel destacado en las demandas de la población. Es fundamental la educación y la información en este sentido.
- Desde las direcciones de APS y de los propios centros, hay que informar a los usuarios de todos aquellos aspectos sobre política, selección, eficacia y eficiencia de medicamentos, y nunca dejar solos a los profesionales sanitarios en esta tarea.
- No puede quedar a criterio de cada médico de familia prescribir o no los medicamentos de servicios privados, la prescripción de medicamentos provenientes de otros niveles asistenciales, de medicamentos EFG, etc. Esta política debe quedar por escrito desde la dirección y debe ser consensuada con los profesionales que lo deben aplicar.
- Los médicos han de poder entregar por escrito a los pacientes todas estas decisiones y consensos.
- Se deberían plantear actividades informativas colectivas (asociaciones de pacientes y de consumidores), así como individuales y a nivel de todos los medios posibles, referentes al uso racional de medicamentos, promoción de la automedicación responsable, botiquín para cuadros menores, cumplimiento terapéutico, revisión periódica de medicamentos y su idoneidad, etc.

- De forma destacada, se deben promover periódicamente campañas de corresponsabilidad en el gasto.
- Las administraciones deberían dar a conocer los recursos independientes sobre la salud existente en Internet e informar de los riesgos que comporta el uso de información sanitaria no independiente.

23. Revisión periódica de la adherencia terapéutica y de la idoneidad de los medicamentos prescritos.

- Diferentes investigaciones han evidenciado las tasas de falta de cumplimiento terapéutico existentes y las consecuencias de las mismas, entre las cuales hay que mencionar la pérdida de eficacia de los tratamientos y la consiguiente prescripción de nuevos fármacos. La OMS ha llegado a decir que intervenciones que favorezcan la adherencia terapéutica probablemente aporten más beneficios a la población que la mayoría de nuevos fármacos.
- Los profesionales sanitarios, y en menor medida otros actores como las autoridades sanitarias y farmacéuticos de las oficinas de farmacia, han de implementar actividades que contribuyan a la mejora de la adherencia terapéutica y a incluir la investigación de la misma en la práctica clínica diaria.
- Igualmente se debería promover la evaluación continuada de medicamentos instaurados como crónicos que se dieron en un momento determinado para resolver una situación puntual. Especialmente acusado en la esfera de problemas de salud mental y tratamientos sintomáticos.

24. Promoción de Investigación Independiente.

- Prácticamente la totalidad de la investigación utilizada para la aprobación de los medicamentos y la mayoría de la investigación existente después de su comercialización está promovida y/o patrocinada por la industria farmacéutica. Algunos fármacos han provocado miles de muertes (caso VIOXX® año 2004), muchos autores y publicaciones han denunciado los sesgos que comporta esta investigación (no publicación de los estudios con resultados negativos, etc.)
- Las autoridades sanitarias y las agencias de evaluación de medicamentos deberían solicitar investigación independiente antes de la aprobación de nuevos principios activos y para la continuación de su licencia en el tiempo.
- Cada vez la aprobación de los fármacos se hace más rápidamente y la incertidumbre sobre su seguridad y efectividad es cada vez mayor. Cada año se retiran medicamentos y la AEMPS informa de alertas por motivos de seguridad. El ámbito político debería garantizar el seguimiento y efectuar una investigación independiente que permita establecer, en el menor tiempo posible, la seguridad y efectividad de los nuevos medicamentos.
- También serían básicos los estudios de investigación comparativa entre los nuevos fármacos y los tratamientos habituales y que el CMENM indica que son de elección y con los cuales los nuevos medicamentos pretenden competir.