



**Documentos semFYC**

**Variables  
que determinan la prescripción  
del médico de familia**



**FACTORES QUE INFLUYEN EN LA PRESCRIPCIÓN FARMACOLÓGICA  
DEL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA**

*Este documento ha sido impreso  
gracias a la colaboración de*



**FACTORES QUE INFLUYEN EN LA PRESCRIPCIÓN FARMACOLÓGICA  
DEL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA**

**AUTORES**

Vicente Cabedo García  
Ramón Cunillera Grañó  
Juan José García Díez  
Luis Jolín Garijo  
Margarita Martín Bun  
Sandra Prados Torres  
Caterina Vicens Caldentey

COORDINADOR DEL GRUPO  
Juan Carlos Abánades Herranz

1. Introducción .....	5
2. Factores intrínsecos dependientes del profesional médico .....	7
2.1 Ética profesional .....	7
2.2 Falta de cultura de evaluación .....	7
2.3 Formación de pregrado .....	9
2.4 Formación de postgrado .....	10
2.5 Formación continuada. El farmacéutico de Atención Primaria .....	10
2.6 Relación interprofesional y paciente pluripatológico .....	12
2.7 Otros factores de influencia no aclarada (edad, sexo, organización del equipo, situación laboral) .....	12
3. Factores externos dependientes de la población atendida .....	15
3.1 Características clínicas de los pacientes .....	15
3.2 Valores culturales de la población respecto al medicamento .....	15
4. Factores estructurales dependientes, en su mayoría, de la administración sanitaria .....	19
4.1 Oferta de medicamentos .....	19
4.2 Sistema de registro de nuevos medicamentos .....	20
4.3 Financiación de la prestación farmacéutica .....	20
4.4 Indicadores de farmacia .....	21
4.5 La industria farmacéutica .....	23
5. Bibliografía .....	25

## 1. INTRODUCCIÓN

Como queda recogido en las Declaraciones de Helsinki y Ginebra el médico tiene como misión fundamental "la protección de la salud del hombre, función que desempeña en plenitud de sus conocimientos y de su conciencia".

No cabe duda de que, en este sentido, el uso de fármacos para el tratamiento de algunas enfermedades, ha permitido al médico influir favorablemente sobre el pronóstico de las mismas. Pero, al mismo tiempo, la introducción en el mercado de medicamentos cada vez más potentes y la amplia y no siempre adecuada utilización de los mismos, puede generar la aparición de consecuencias desfavorables para la salud de la población. La dimensión de este problema ya fué contemplada hace más de una década por la OMS, definiendo la utilización de medicamentos como "la comercialización, distribución, prescripción y uso de medicamentos en una sociedad, con acento especial sobre las consecuencias médicas, sociales y económicas resultantes".

Por otro lado, el médico de Atención Primaria (AP) trabaja estableciendo una relación no comercial con los pacientes, pero de la que se derivan importantes intereses económicos para el sistema sanitario, la industria farmacéutica y la sociedad en general.

En este marco, los médicos de familia nos encontramos en el centro de un complejísimo entramado de influencias que acaban configurando la prescripción farmacéutica de nuestro Sistema de Salud. Pacientes, autoridades sanitarias y laboratorios influyen de forma diferente sobre el médico de familia, condicionando los principios éticos de beneficencia, justicia, solidaridad y autonomía, en la prescripción farmacéutica.

En este documento nos proponemos revisar estas influencias. Aunque al final del texto el lector encontrará unas referencias bibliográficas se trata, principalmente, de un documento de reflexión que parte de un hecho básico: el uso racional de los medicamentos comienza por una postura ética correcta en el médico de mantener, necesariamente, una voluntad de ser efectivo, para resolver un caso clínico concreto, y también, una voluntad de ser eficiente con los recursos empleados; sin la voluntad en ambos terrenos no será posible racionalizar la prescripción.

## **2. FACTORES INTRÍNSECOS DEPENDIENTES DEL PROFESIONAL MÉDICO**

### **2.1 Ética Profesional**

Para un observador externo debe resultar extraño que los propios médicos analicemos causas que explique actitudes que nos atribuirían como inherentes a la profesión. A un profesional de la medicina se le supone que busca el bienestar de su paciente y ello lo hace con todo el arsenal terapéutico de que dispone. También se supone que "el bien hacer" guía su práctica clínica y para ello busca la información necesaria que le permita mantener un nivel suficiente de competencia.

Como gestor de recursos públicos, el médico de familia de entidades públicas también debe velar para que éstos sean distribuidos de la mayor equidad posible, y advertir que, ante recursos limitados, aquellos que se empleen de manera ineficiente irán en detrimento de otros recursos potenciales a los que el paciente no tendrá acceso. Sin embargo, esta segunda parte, en ocasiones, puede entrar en conflicto con la satisfacción del paciente, solo sabedor de que se busca su bienestar personal.

El uso racional de medicamentos empieza por la postura éticamente correcta ante dilemas como el planteado. El médico debe mantener necesariamente una voluntad de ser efectivo para resolver el caso clínico (se le supone siempre así) y también una voluntad de ser eficiente con los recursos empleados (que el paciente no le supondrá). Sin la voluntad en ambos terrenos - modulada por su motivación y conocimientos- no le será posible aplicar racionalización a la prescripción.

Antes de analizar todos los demás factores creemos obligado que se realice la pregunta ¿siempre existe esa doble voluntad?. Si es así podemos seguir con el análisis, pero si no, antes debemos solucionar este punto o lo que sigue no tendrá ningún sentido.

### **2.2 Falta de cultura de evaluación**

La voluntad que imprime a nuestros actos un componente de corrección ética ("el bien hacer"), no puede ser siempre supuesta. Y aunque así fuera, los resultados derivados de poner en práctica deben ser cotejados con lo que las pruebas científicas nos demuestran como correcto. Para establecer mejoras

cualitativas en la prescripción es absolutamente necesario entrar en una cultura de evaluación.

Entrar en el mundo de la evaluación individual, en un contexto profesional teóricamente liberal organizado en equipos, es difícil. No obstante, si la evaluación se entiende como una oportunidad de mejora, porque es capaz de dar instrumentos útiles para hacerlo mejor, podrá aceptarse con naturalidad como una actividad más de la que se llevan a cabo en los equipos de AP.

En la actualidad los médicos del primer nivel asistencial recibimos información periódica, básicamente cuantitativa, sobre nuestra prescripción (número de envases prescritos, importe de los mismos, gasto por receta, gasto por usuario,...). Pero esta información empieza a quedarse coja: sé que he recetado 40 envases de captopril en el último mes, pero ¿es mucho o poco?, ¿los estoy pautando a hipertensos ligeros, mayores de 70 años, sin repercusión visceral ni otros factores asociados o los pauto a pacientes con fracción de eyección del ventrículo izquierdo inferior a 40?, ¿qué dosis y qué pauta posológica estoy prescribiendo?.

Por ello consideramos que la información recibida debe ampliarse, proponiendo dos técnicas de evaluación sinérgicas: el "peer review" y los estudios de utilización cualitativa de medicamentos.

La técnica más recomendada, y que goza de mayor prestigio en la literatura, es el "peer review" o revisión por pares, entre cada prescriptor y un evaluador (el director del centro o el profesional líder en los temas de farmacia).

A esta técnica es fundamental que se añada el diseño y puesta en marcha de estudios de utilización de medicamentos de carácter cualitativo. Nos referimos a diseños donde se evalúe la adecuación de un tratamiento (antihipertensivos, hipolipemiantes, antibióticos, benzodiazepinas,...) en un contexto sanitario concreto, comparando los datos reflejados en las historias clínicas con unos criterios de calidad definidos de forma explícita, a partir de la literatura científica más relevante.

Las recomendaciones derivadas de estos análisis deberían servir para corregir actitudes y prácticas sobre la prescripción, lo cual solo será posible a partir de la rigurosidad y el consenso en el diseño y de la capacidad del evaluador. La intervención de las Sociedades Científicas, como evaluadoras de las distintas recomendaciones, puede ser un elemento que dé mayor rigor al conjunto de la evaluación, aumentando la aceptación por parte de los profe-

sionales. Los Servicios de Farmacia de AP, a través de las comisiones de Uso Racional del Medicamento, deben facilitar la ejecución de estas actividades.

## **2.3 Formación de Pregrado**

### **2.3.1 Del fármaco al problema versus del problema al fármaco.**

La farmacología es la ciencia que estudia los fármacos, esto es, los agentes químicos que tienen acción sobre los seres vivos. Dicho estudio comprende: su origen y química, su acción farmacológica general, absorción, destino y excreción, intoxicación -incluyendo hábito o dependencia y contraindicaciones- valoración biológica, preparados, vías de administración y, por último, indicaciones terapéuticas y plan de administración, incluyendo prescripción.

Esta asignatura se estudia, salvo excepciones, en tercero de Medicina. No es de extrañar que debido al abismo existente entre la ciencia básica de la Farmacología y su aplicación a la Terapéutica Básica y a que los conocimientos en el campo del conocimiento de los medicamentos pueden quedarse obsoletos en cuatro años, por término medio, el reciente licenciado en Medicina no sea capaz de hacer un uso racional del medicamento.

La Farmacología Clínica es una disciplina académica y práctica que debería salvar ese abismo. El problema terapéutico se debe revisar desde el punto de vista del prescriptor, revisando el papel de un fármaco específico, discutiendo las pruebas científicas de su valor práctico (comparando estrategias terapéuticas y fármacos que compiten entre sí) y presentando conclusiones sobre cuándo, por qué y forma de utilizar un determinado tratamiento. Por otro lado debería ser un componente fundamental de los sistemas de exámenes calificadoros.

### **2.3.2 Patología hospitalaria versus problemas de salud en AP**

Por otro lado, la formación pregraduada de los médicos está alejada de la realidad. Los estudiantes conocen, básicamente, patología y medicación hospitalarias; no es de extrañar, por tanto, que el médico carezca de los conocimientos y pautas que le permitan manejar científicamente las situaciones habituales en las consultas de AP. La elección del fármaco oportuno para la multitud de procesos atendidos, muchos de ellos empíricos, sintomáticos o preventivos hacen del proceso de toma de decisiones terapéuticas, y de elec-

ción de un medicamento concreto, un eje fundamental en el razonamiento médico y, por ello, sujeto al rigor del pensamiento científico, debiendo formar parte del pregrado de Medicina de Familia.

## 2.4 FORMACIÓN DE POSTGRADO

Consideramos prescripción terapéutica un acto libre y responsable del médico, derivado de una decisión preventiva o terapéutica, que conduce a la administración de medicamentos a la población atendida. Entendiéndolo pues como un proceso, una técnica o incluso un procedimiento administrativo, requerirá de unos conocimientos, habilidades y aptitudes que habrá que aprender y adquirir.

Durante el postgrado MIR de Medicina de Familia no se trata este tema con la suficiente profundidad ya que, en el Programa Docente, no existe ningún apartado específico que desarrolle la prescripción farmacéutica. El aprendizaje por "ósmosis", a partir de la experiencia del tutor, se puede convertir en recurso frecuente para la adquisición de conocimientos en un medio en el que, por desgracia, la información sobre la eficacia, efectividad e impacto real de numerosas técnicas terapéuticas es deficiente.

La lectura crítica de literatura científica entraña dificultades y riesgos de interpretaciones erróneas, a pesar de que se estima que una parte de la actividad del médico consiste en la lectura de información científica. Es pues necesario reforzar estos conocimientos metodológicos en el postgrado, de modo que la discusión metodológica de la literatura científica debiera constituir un ejercicio rutinario durante este periodo de formación, al igual que lo es la presentación de casos clínicos. La utilización de protocolos consensuados de actuación o la lectura de revisiones solo atenua la necesidad de efectuar un análisis crítico de la información original.

La formación de postgrado es una variable asociada a un menor gasto farmacéutico y a una mayor calidad de la prescripción, siendo un hallazgo ampliamente contrastado en la literatura.

## 2.5 FORMACIÓN CONTINUADA. EL FARMACÉUTICO DE ATENCIÓN PRIMARIA

Disponer de una formación continuada en terapéutica de carácter independiente y crítico es, en la actualidad, un esfuerzo personal, voluntario y costoso

y, por tanto, escaso. El presupuesto que la Administración dedica al perfeccionamiento y renovación de los conocimientos sigue siendo ridículo. La llegada de farmacéuticos a las gerencias de AP supone un respiro. Este profesional interviene desarrollando métodos formativos/informativos para modificar la prescripción farmacéutica entre los que destacan:

- Difusión de material escrito (boletines farmacoterapéuticos, recomendaciones sobre nuevos fármacos, ...).
- Participación en las sesiones de los equipos.
- Información grupal e individualizada.
- Feed-back informativo sobre la propia prescripción.
- Participación en los protocolos farmacoterapéuticos de los distintos programas de salud.
- Coordinación del diseño de guías farmacoterapéuticas.
- Incorporación de objetivos de farmacia a las estrategias de gestión, ect.

Los farmacéuticos de AP deben implicar a los médicos de familia en la mejora de la calidad de la prescripción, de modo que se formen grupos multiprofesionales que estimulen e intervengan sobre el resto de compañeros. Tras cinco años de estudio, Mata y cols. concluyen que el estímulo e intervención de un grupo de profesionales del propio equipo, se relacionó, entre otros, con un descenso del 27% en la prescripción de medicamentos considerados de valor intrínseco bajo.

Así mismo, las Sociedades Científicas tienen mucho que decir sobre la formación continuada de sus miembros y, en ese camino, nuestra Sociedad ha apoyado la elaboración de una Guía de uso de medicamentos en Atención Primaria que fué editada por el Ministerio de Sanidad y Consumo; en ella, se ha pretendido poner a disposición de los médicos de AP un instrumento de estudio y consulta sobre cerca de 600 principios activos, de posible uso en nuestro medio. Ha sido realizada desde la independencia de nuestras posiciones, con rigor y con la participación de más de 100 profesionales (médicos de familia y consultores de distintas especialidades). Iniciativas de este tipo deben tener continuidad.

## **2.6 RELACIÓN INTERPROFESIONAL Y PACIENTE PLURIPATOLÓGICO**

Un volumen importante de las prescripciones realizadas por el médico de familia son generadas por otros niveles asistenciales (especialistas y hospital). Según diversos autores pueden suponer entre el 18,8 y el 30% de la prescripción asumida y ello plantea frecuentes problemas, al no adecuarse a una guía previamente consensuada en AP. La definición de protocolos y guías farmacoterapéuticas conjuntas, que incluyan los problemas de salud más prevalentes, soluciona buena parte de estos problemas. Las actuales Comisiones Paritarias, a través la de Uso Racional del Medicamento, deberían priorizar este problema y facilitar las necesarias reuniones conjuntas.

Por otro lado, no es infrecuente encontrarnos con pacientes con pluripatología que precisan valoración y seguimiento de sus problemas por distintos especialistas. Tampoco es infrecuente que, en esta policonsulta, los tratamientos previos del paciente no sean tomados en consideración (masificación de las consultas especializadas, falta de informe escrito de otros especialistas, olvido del paciente de los medicamentos que está tomando,...).

En esta dimensión el médico de familia adquiere gran relevancia como figura indispensable para armonizar el tratamiento final y decidir sobre la relación beneficio/riesgo que distintos fármacos pueden tener para un paciente concreto. No olvidar que la responsabilidad final de cualquier tratamiento debe recaer en el médico de AP.

## **2.7 OTROS FACTORES DE INFLUENCIA NO ACLARADA ( EDAD, SEXO, ORGANIZACIÓN DEL EQUIPO, SITUACIÓN LABORAL)**

No existen datos lo suficientemente contrastados que permitan relacionar el perfil de la prescripción con la edad o el sexo del médico prescriptor, debido a la dificultad de establecer la influencia de otros factores interrelacionados como son la formación, experiencia profesional, respuesta a la presión del paciente, ámbito de trabajo,...

Al no estar concluida la reforma, una de las características que definen el modelo de AP de nuestro país es la coexistencia de distintos tipos de organización sanitaria.

Los resultados de distintos estudios ponen de manifiesto diferencias en la prescripción según el modelo de atención sanitaria, aunque los resultados son, también, controvertidos. En general muestran una disminución, en los

equipos con respecto al modelo tradicional, del gasto farmacéutico y una mejora en la calidad de la prescripción, así como un descenso en el número de recetas prescritas por habitante (indicador muy poco sensible); además, es menor el gasto por habitante en los equipos urbanos que en los rurales, lo que puede explicarse por el envejecimiento de la población y por un mecanismo de compensación ante la desprotección que ocasiona el aislamiento, la dificultad de solicitar pruebas complementarias, etc.

Finalmente, existen diferentes opiniones a la hora de establecer la existencia de una asociación entre la situación laboral y la prescripción. En el estudio realizado por Jimenez se observa una menor prescripción de los médicos sustitutos de corta duración, hecho no confirmado por el estudio de Cabedo, en el que se destaca la importancia de la falta de dedicación exclusiva como generadora de un mayor gasto farmacéutico ( no necesariamente implica peor prescripción).

### **3. FACTORES EXTERNOS DEPENDIENTES DE LA POBLACIÓN ATENDIDA**

#### **3.1 Características clínicas de los pacientes**

Investigaciones actualmente en marcha (FIS 96/0576) han puesto de manifiesto que las características clínicas (cantidad y tipo de enfermedades) de los pacientes, explican una buena parte de la utilización de recursos sanitarios de una población (medidos en número de visitas) y de la variabilidad de la práctica médica (medida en número de pruebas diagnósticas solicitadas y número de derivaciones a especialistas).

Concretamente, la variabilidad en el número de visitas realizadas que se explican por la patología que presenta el paciente es de un 50%; o lo que es igual, la mitad de las visitas realizadas por los pacientes dependen de sus enfermedades.

Con respecto al consumo farmacéutico, los primeros resultados de este proyecto de investigación, basados en un estudio ecológico, establecen un poder explicativo de la patología del paciente sobre el consumo farmacéutico (medido en número de prescripciones y gasto total) de entre un 50 y un 55%. Estos resultados contrastan con el escaso poder explicativo de la edad y género de los pacientes.

Es razonable suponer que si se dispusiera de un sistema de información lo suficientemente desarrollado como para medir la prescripción farmacéutica y relacionarla con estas mismas características de los pacientes, encontraríamos resultados similares.

Si el proceso patológico del paciente explica el 50% del gasto farmacéutico en AP, es básico comenzar a conocer si esos recursos se aprovechan de forma eficiente; los estudios de utilización de medicamentos comentados en el apartado 2.2. pueden ser una herramienta útil para ello.

#### **3.2 VALORES CULTURALES DE LA POBLACIÓN RESPECTO AL MEDICAMENTO**

El acto médico de la prescripción está claramente influenciado por todo el conjunto de conocimientos y actitudes de la población respecto a los productos farmacéuticos.

El libre comportamiento de los ciudadanos respecto al uso del medicamento influye de forma variable sobre la aceptación o rechazo de éstos, frente a las decisiones que el profesional de la medicina toma en torno al acto de prescribir. No es menos cierto que dicho comportamiento condiciona, en un grado no evidenciable, las decisiones profesionales, puesto que en innumerables ocasiones el médico de familia, como agente de salud de su paciente, se debate entre el bien común (eficiencia), el bien particular (efectividad) y la satisfacción del cliente, cuando extiende una receta.

Desde el punto de vista genérico e intuitivo, fruto de nuestra experiencia, y con elementos más propios de la sociología que de la ciencia médica, desarrollamos algunos de los factores que determinan la cultura del medicamento. De su planteamiento pueden derivarse algunas medidas correctoras que quedan a consideración del lector.

### **3.2.1 El "poder mágico" de los medicamentos**

Forma parte de la cultura occidental la visión mágica de los productos farmacéuticos en el proceso curativo de las enfermedades somáticas. En las neurosis de ansiedad, como ejemplo muy frecuente en nuestras consultas, la aparición de somatizaciones sirve para demandar gran cantidad de medicamentos (en ocasiones publicitados como "mágicos") para solucionar problemas cuyo origen cabe buscarlo en el terreno de las emociones. Curiosamente, la farmacopea aplicada al campo de la psiquiatría, cuando la alteración emocional se torna patológica, no es aceptada de un modo tan universal.

Es generalizada la opinión profesional sobre la dificultad que supone terminar un acto médico sin prescripción farmacéutica, hasta el punto que, impregnados de dicha actitud, hay médicos que toleran mal el uso de consejos higiénicos como medida terapéutica exclusiva.

### **3.2.2 Consumismo social**

En nuestra sociedad los medicamentos también forman parte de los bienes de consumo.

La accesibilidad a los medicamentos, tanto a los necesarios como a los potenciales, forma parte del concepto de bienestar social, confundiendo el derecho social a la cobertura sanitaria con el derecho al consumo de medicamentos.

Prueba de ello es el apreciado "almacén" de medicamentos que no falta en ningún hogar o la conocida figura del "Dr. Shopping", al cual se accede para deleite de los mayores consumistas. La publicidad de los fármacos no éticos o de mostrador, mediante técnicas de marketing indistintas de otros productos de consumo (aún recordando su condición de medicamentos), también contribuye al mismo proceso.

### **3.2.3 Influencia de los medios de comunicación**

El mundo de la comunicación vende productos noticiables sometidos a la ética propia del periodismo.

Ello significa que el atractivo de la presentación de un evento relacionado con la salud, la forma de explicarlo, los puntos que se destacan o la oportunidad con que se difunde se alejan mucho de los patrones propios de la deontología médica. Su influencia en la cultura popular es enorme cuando el medio de comunicación es audiovisual, que habitualmente utiliza mensajes más imprecisos pero más penetrantes.

### **3.2.4 Delegación de responsabilidad frente al estrés de la enfermedad**

Un mecanismo de defensa psicológico de uso común es la dilución de la responsabilidad ante un hecho amenazante. El enfermo o su familia entrega la total responsabilidad del proceso curativo al médico. Cuando esto se produce ante enfermedades de entidad, nos sirve a los médicos como elemento facilitador en la toma de decisiones (todavía no estamos suficientemente acostumbrados a solicitar ni a exigir el consentimiento informado).

Sin embargo, ante procesos patológicos banales, los más frecuentes en AP, la promoción de la autonomía del paciente (con el grado de información necesario) iría en su propio beneficio.

En la actualidad, la delegación de la responsabilidad en el médico provoca, en muchas ocasiones, una creciente medicalización de enfermedades banales, con ineffectividad por el uso de medicamentos inadecuados (antibioterapia en procesos gripales, por ejemplo) e ineficiencia por el coste que generan.

### 3.2.5. El "tabú" de la automedicación

El nivel de automedicación con productos sin receta es muy superior en los países en que es posible adquirir dichos fármacos lejos de las oficinas de farmacia. Los índices de morbilidad de dichos países no son superiores al nuestro.

En España, con índices de consumo de medicamentos financiados por la Seguridad Social próximos al resto de países comunitarios, existe cierto reparo en aconsejar la automedicación, si bien ésta alcanza niveles que se intuyen altos. La comercialización de todos los productos farmacéuticos exclusivamente en las oficinas de farmacia no favorece la distinción entre los que requieren receta de los que no la necesitan.

Es probable que, unido al anterior concepto de promoción de la autonomía, cuando el médico transmite información sobre el tratamiento de procesos banales, erróneamente, se dirige más a evitar la incorrecta automedicación que a dotar al paciente de conocimientos para que ésta sea correcta.

### 3.2.6 La inconstancia: escaso cumplimiento de los tratamientos.

Todos los estudios de cumplimiento de los tratamientos farmacológicos establecen cifras inferiores al 40% de tratamientos correctamente realizados.

El acto médico se establece desde la mútua confianza, puesto que sabemos que, sin ella, crecen los grados de incertidumbre de médico y paciente, hasta hacer imposible la relación entre ambos. Ambas premisas pueden hacer concluir que existe algún elemento externo que determina que tratamientos bien iniciados por confianza, no se terminen.

Además de presentaciones farmacológicas inadecuadas o informaciones sesgadas, la inconstancia es, probablemente, un signo identificativo de nuestra sociedad y un elemento más que genera ineficiencia, puesto que los procesos asistenciales sin cumplimentación del tratamiento suponen un gasto inefectivo.

## 4. FACTORES ESTRUCTURALES DEPENDIENTES, EN SU MAYORÍA, DE LA ADMINISTRACIÓN SANITARIA

Cuando hablamos de factores estructurales estamos haciendo una aproximación al panorama global de la utilización de medicamentos en términos de políticas farmacéuticas, de registro, de selección y de uso de medicamentos, analizando aquellos aspectos, quizás más estáticos, que definen el marco general de actuación en el que se mueve el médico y sobre los cuales, éste, escasamente puede incidir, siendo, por otra parte, factores que ejercen una notable influencia en el conjunto de los que determinan nuestra prescripción. Además, incluiremos en este apartado el capítulo correspondiente a la industria farmacéutica.

Como ya hemos comentado, el médico debe asumir su parte de responsabilidad en la gestión eficiente de los recursos que utiliza, aunque es cierto que son los políticos y gestores los que deberán arbitrar las medidas político-administrativas necesarias para adecuar el gasto farmacéutico a lo que el Estado está dispuesto a asumir.

Si bien es cierto que usar medicamentos de dudosa o nula eficacia (o utilizar innecesariamente nuevos fármacos que no aportan ninguna ventaja con respecto a los ya disponibles o con una desfavorable relación beneficio/riesgo/coste) implica, en general, una mala calidad de la prescripción, también es cierto que la Administración Sanitaria es la única responsable de que dichos productos se encuentren en el mercado y disfruten de una financiación pública.

### 4.1 OFERTA DE MEDICAMENTOS

Expresaba Lude en 1979: "No se ha demostrado nunca que un número infinito de fármacos dé lugar a mayores beneficios para la Salud Pública que un número más limitado de productos. Por el contrario, la existencia de un número elevado de medicamentos puede dar lugar a confusión en todos los niveles de la cadena del medicamento y constituir un despilfarro de recursos humanos y económicos. Esta premisa sigue vigente cuando se desea una política de medicamentos donde la salud de los ciudadanos es el objetivo principal.

El número de especialidades farmacéuticas comercializadas en los países europeos occidentales presenta amplias variaciones en función de las diferentes estructuras de mercado, de las regulaciones del sistema de patentes

y de la política de registros existente; así, por ejemplo, España tiene una cifra de presentaciones farmacéuticas tres veces superior a las existentes en países nórdicos, hecho que, lejos de mejorar la calidad de la prescripción, contribuye a entorpecer la tarea del médico a la hora de elegir el fármaco adecuado, induciendo mayor confusión y demanda de información, lo que potencia que se incrementen las presiones de la industria farmacéutica hacia el médico prescriptor.

#### **4.2 SISTEMA DE REGISTRO DE NUEVOS FÁRMACOS**

A la hora de autorizar el registro de un determinado medicamento se debe garantizar seguridad, eficacia y calidad de fabricación. Esta evaluación es competencia de la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios del Ministerio de Sanidad y Consumo.

En los últimos años se ha constatado, mediante diversos estudios, que una parte de los medicamentos registrados e incluso financiados a cargo de la Seguridad Social no poseen eficacia clínica demostrada o se consideran farmacológicamente inaceptables, por tener una relación beneficio/ riesgo claramente desfavorable. Esta proporción de fármacos inútiles varía mucho de unos países a otros, en función de los diferentes sistemas de registro.

En Noruega, por ejemplo, además de los criterios de seguridad y eficacia existen dos normativas que son: la cláusula de necesidad y la regla de los cinco años; la primera de ellas, permite rechazar el registro de nuevos productos farmacéuticos cuando las necesidades terapéuticas se encuentran cubiertas, cuantitativa y cualitativamente, por otros productos ya comercializados; la regla de los cinco años implica que la justificación para la presencia de un fármaco en el mercado se reconsidere cada cinco años.

En España, la Ley del Medicamento de 1990, prevee que sólo se puedan comercializar aquellos medicamentos que hayan demostrado ser eficaces, así como la retirada de la autorización de aquellas especialidades farmacéuticas que no cumplan dichos criterios de eficacia.

#### **4.3 FINANCIACIÓN DE LA PRESTACIÓN FARMACÉUTICA**

La atención farmacéutica que reciben los españoles bajo cobertura del Sistema Nacional de Salud puede considerarse una de las mejores posibles, tanto por la equidad en el acceso como por la calidad de la prestación. Los pensio-

nistas reciben gratuitamente los medicamentos, mientras los trabajadores activos aportan el 40% o bien el 10% en función de las características del medicamento y de la patología para la que van dirigidos. Globalmente, un 91% del gasto de farmacia lo aporta el Estado y sólo el 9% es aportado por los usuarios, cifra que tiene una tendencia descendente de año en año (en 1984 era del 15,75%).

La Ley del Medicamento de 1990 separa la autorización o la aprobación (registro) de un medicamento de su financiación a cargo de la Seguridad Social. En 1993 se publica el Real Decreto sobre Financiación Selectiva que regula la selección de medicamentos a efectos de financiación por el Sistema Nacional de Salud y que excluyó 800 especialidades farmacéuticas de la prestación. Esta medida, aunque insuficiente (estamos en las puertas de una necesaria ampliación), fue una de las primeras actuaciones del Programa de Uso Racional del Medicamento.

En algunos países como Alemania, Francia, Italia y Nueva Zelanda se han creado listas positivas de medicamentos, que incluyen la relación de los medicamentos financiados, mientras que otros como Alemania, Irlanda, Reino Unido, Holanda y España han elaborado, por el contrario, listas "negativas" que corresponden a medicamentos que quedan excluidos de la financiación pública. Además, en algunos países, se han exigido criterios económicos o de relación coste/efectividad para decidir el nivel o porcentaje de cofinanciación.

En países como Holanda y Alemania se financia sólo una parte del precio del medicamento, aplicando los llamados precios de referencia, que consisten en fijar un precio máximo por medicamento, siendo el paciente quien se hace cargo del resto si el producto prescrito tiene un coste superior al de referencia.

#### **4.4 INDICADORES DE FARMACIA**

Un indicador es un instrumento de medida que nos permite cuantificar algo. Existen indicadores cuantitativos, que permiten realizar una valoración cuantitativa de la prescripción de un determinado médico, equipo, área o provincia (número de recetas, envases, coste por receta, coste por usuario,...).

Pero, también, existen indicadores cualitativos, que permiten cuantificar una valoración, en principio cualitativa de la prescripción; son los Indicadores de Calidad de la Prescripción y tienen como finalidad:

- Detectar el uso de medicamentos inadecuados.
- Detectar utilización insuficiente de medicamentos con eficacia demostrada (por ejemplo, morfínicos en pacientes oncológicos terminales con dolor).
- Detectar utilización excesiva de un determinado fármaco, en comparación con alternativas de una relación beneficio/ riesgo/ coste más favorable.

Las características que debe reunir un indicador son:

- Sensibilidad y fiabilidad.
- Han de abordar cuestiones relevantes.
- Han de estar justificados desde el punto de vista científico.
- Han de ser consensuados.
- Para que sean válidos el consumo del producto, al que hacen referencia, debe ser elevado.
- Han de ser fáciles de obtener.
- Su definición ha de ser comprensible.

Entre los indicadores cualitativos más utilizados se encuentran los basados en el valor intrínseco de todos los fármacos prescritos y los que establecen una jerarquía de uso de medicamentos que se utilizan en las mismas indicaciones (primera línea, segunda línea y uso excepcional), estableciendo niveles de utilización en función de criterios beneficio/ riesgo/ coste.

Sin embargo, todos estos indicadores, cuya fuente de información son los datos mecanizados e informatizados procedentes de la receta médica, son de difícilísima interpretación cuando no se disponen de datos diagnósticos ni, tan siquiera, información adicional acerca de la indicación, del esquema terapéutico seguido o de las características del paciente tratado; datos todos ellos imprescindibles para poder valorar la calidad del uso de medicamentos con valor intrínseco elevado (VIE).

Aún cuando el 100% de los medicamentos prescritos sean de VIE, no se puede asegurar que se esté realizando una prescripción de calidad, puesto que se pueden estar utilizando en situaciones inadecuadas donde no exista indicación para su uso (por ejemplo, utilización de hipolipemiantes en mujeres premenopáusicas, con hipercolesterolemia ligera- moderada, sin otros factores de riesgo asociados). Por otra parte, en los últimos años, los fármacos que van introduciéndose en el mercado son de elevado valor terapéutico (aunque la inmensa mayoría son escasamente innovadores, aportando pocas ventajas frente a los ya existentes), y como consecuencia, el indicador de VIE global de los medicamentos prescritos cada vez irá teniendo un valor más limitado.

No cabe duda de que los indicadores de calidad son una herramienta útil para medir la calidad de la prescripción, como mecanismo de monitorización periódica, para describir situaciones puntuales o como fuente de información a gestores, si bien se debe continuar en la línea, ya expuesta anteriormente, de promover estudios de metodología rigurosa de tipo indicación- prescripción, de esquema terapéutico seguido o de adecuación al tratamiento, con revisiones de historias clínicas, para poder llegar a definir unos estándares óptimos para dichos indicadores, que estén basados en datos científicos y perfiles epidemiológicos, huyendo de criterios estrictamente económicos.

#### 4.5 LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA

Aunque la actividad de la industria farmacéutica en AP se adapta, habitualmente, al marco normativo (Real Decreto 1416/97), consideramos que en la práctica habitual, se están introduciendo una serie de perversiones sobre las que conviene reflexionar.

La industria farmacéutica debe proporcionar información científico-técnica de sus productos a los facultativos, para que estos juzguen la conveniencia de prescribirlos. Sin embargo, esta información se desliza cada vez más a una promoción y, ésta, a incitar el consumo de medicamentos.

Para lograr una promoción consumista de fármacos, el marketing de la Industria presiona al médico mediante:

- Repeticiones insistentes del mensaje publicitario; se recuerda un producto ya conocido desde hace tiempo. El exceso de visitas por parte de los profesionales de la Industria genera que un producto no se prescriba por su aportación científica, sino por la labor de promoción: a mayor promoción mayor consumo.

- La continua aparición de medicamentos novedosos que superan a los previos en aspectos parciales, no siempre lo suficientemente contrastados, sin aportar avances terapéuticos significativos, pero que incitan a su prescripción.

- El volumen de material informativo que se oferta, impide un estudio ponderado de las ventajas que aporta un medicamento y la decisión prescriptora queda a merced de la impresión causada. El material recibido, a través de la visita médica por un médico tipo de AP, supera las 500.000 pesetas anuales.

- El sistema actual de visitas médicas propicia la obtención de prebendas, si la promoción del fármaco es bien acogida por el facultativo; esta acción de refuerzo genera círculos viciosos de dudosa justificación Ética.

Ante esta situación, que incide de forma tan difusa como evidente en nuestros hábitos de prescripción, consideramos conveniente la idea original de que la industria farmacéutica debe informar de las características científico-técnicas de sus productos, pero no promocionarlos como un bien de consumo en un sistema sanitario con financiación pública.

Para ello, es conveniente impulsar la figura del farmacéutico de AP, como profesional capaz de integrar y aquilatar la información que ofrece la industria farmacéutica y transmitirla, de forma objetiva y crítica, a los equipos de AP en sesiones periódicas.

## 5. BIBLIOGRAFÍA

- ALBEROLA, C. Uso racional de medicamentos; ¿algo posible?. Centro de Salud. 1993; 1: 39-40.

- ARNAU, J. Medidas de contención del gasto farmacéutico e indicadores de calidad en el uso de los medicamentos: ¿prescribir menos o prescribir mejor?. Aten. Primaria. 1994; 13: 155-156.

- ARROYO, MP; CANO, E; ANSORENA, R. et al. Prescripción delegada por especialistas en Atención Primaria. Aten. Primaria. 1995; 16:538- 544.

- AZAGRA, R; AGUY+, A; CAPELL-, D. Estudios cualitativos sobre prescripción en Atención Primaria. 1991; 8: 434- 436.

- BARBER, N. What constitutes good prescribing?. BMJ. 1995; 310: 923-925.

- BARROS, JAC. La publicidad de los medicamentos: ¿riesgo o beneficio?. Gaceta Sanitaria. 1996; 10: 81-90.

- BAOS, V. Guía del uso de medicamentos en Atención Primaria. Ed. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria y Ministerio de Sanidad y Consumo. 1/ de. 1994. (Reimpresión, 1996).

- BAOS, V. La formación del médico de familia para el uso racional de los medicamentos. Aten. Primaria. 1995; 16: 243-244.

- BAOS, V. Sin receta. La automedicación correcta y responsable. Ed. Temas de Hoy. Madrid. 1996.

- BRICKER, EDM. Industrial Marketing and Medical Ethics. N ENGL J MED. 1989; 320: 1690-1692.

- BUITRAGO, F; MENDOZA-ESPEJO, R. Responsabilidad del médico de Atención Primaria en el uso racional de medicamentos. Aten. Primaria. 1995; 15: 137-138.

- CABEDO, VR; POVEDA, JL; PEIRÓ, S. et al. Factores determinantes del gasto por prescripción farmacéutica en Atención Primaria. Aten. Primaria. 1995; 16: 407- 416.

- CASTILLO, P. Promoción y publicidad farmacéutica: ¿quo vadis?. Med. Clin. 1992; 99: 305- 309.

- CARNICERO, J. La prestación farmacéutica en el Sistema Nacional de Salud y en la Comunidad Foral de Navarra. Serie de Informes Técnicos, N° 13. Gobierno de Navarra. Departamento de Salud. 1996.

- CATAL-N, A. El farmacéutico de Atención Primaria como agente dinamizador de una farmacoterapia racional. Centro de Salud. 1996; 4: 431-435.

- CATALAN, R; GAL-N, S; BENTUÉ, C et al. La visita médica. Aten. Primaria. 1995; 12: 629- 630.

- COMITÉ DE EXPERTOS DE LA OMS. Aplicación de análisis de sistemas. Serie de Informes Técnicos, N° 596. Organización Mundial de la Salud. Ginebra. 1976.

- CRESPO, B; GUERRA, FJ. Evolución de la prestación farmacéutica en el Sistema Nacional de Salud ( periodo 1984- 1994). Aten. Primaria. 1995; 16: 546-550.

- EBASE. Estudio básico y exploratorio de la visita médica en España. DOYMA. Madrid. 1995.

- FIDALGO, ML; LOPEZ, C. Automedicación: análisis de los resultados de una encuesta realizada a usuarios de una oficina de farmacia. MEDIFAM. 1995; 5: 245- 252.

- GARCIA, F. Uso racional de los medicamentos. Med Clin. 1990; 94: 628-632.

- GARCIA, M; LARDELLI, P; BUENO, A. et al. El clínico al día: ¿un peligro para el paciente?. Med Clin. 1995; 105: 622-627.

- Indicadores de calidad en la prescripción farmacológica. INSALUD. Madrid. 1994.

- JIMENEZ, A; ORDOÑEZ, MV; CÓRDOBA, JA et al. Factores relacionados con el gasto y la calidad de la prescripción farmacéutica en Atención Primaria. Aten. Primaria. 1995; 16: 131-136.

- JOLÍN, L. Responsabilidad en la prescripción y relación con la industria farmacéutica. En: Sobre bioética y Medicina de Familia. Documentos SEMFYC, N° 7. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Barcelona. 1996.

- LAPORTE, JR; ORME, LM. Drug utilization and the teaching for rational drug use. En: Dukes, MNG. Drug utilization studies, methods and uses. WHO Regional Publications European Series. N° 45. 1993.

- Ley del medicamento. Ley 25/1990, de 20 de Diciembre. BOE. 1990.

- LUNDE, PKM; BAKSAAS, I. Utilización de medicamentos, fármacos esenciales y políticas de salud en países desarrollados. En: Laporte, JR; Tognoni, G. Principios de epidemiología del medicamento. 2ª Ed. Masson-Salvat. Barcelona. 1993.

- MADRIDEJOS, R; CABEZAS, C; FLOR, F. Publicidad de medicamentos en las revistas médicas. Aten. Primaria. 1996; 17: 408-410.

- MATA, M; AVELLANA, E; DAVINS, J. et al. Mejora continua de la calidad de la prescripción crónica en un centro de Atención Primaria: seguimiento de 5 años. Aten. Primaria. 1994; 13: 172-176.

- OLIVA, B. Ética en la prescripción del médico de Atención Primaria. II encuentro de Bioética en Atención Primaria. Sociedad Aragonesa de Medicina Familiar y Comunitaria. Zaragoza. 1996.

- OSTEGARD, DJ. Relationships between Family Physicians and the Pharmaceutical Industry. J FAM PRACT. 1992; 34: 29-31.

- PEREZ, MT; CATALÁN, A ; PARELLADA, N. Criterios de elaboración de un formulario de medicamentos en un Área Básica de Salud e impacto sobre la prescripción. Aten. Primaria. 1994; 14: 1128- 1134.

- PEREZ, ML; MORATALLA, G; LUBIÁN, M. Estudio de la prescripción inducida en un centro de salud. Aten. Primaria. 1994; 14: 769-774.

- PRADOS, S. Evaluación del comportamiento de los Grupos de Atención Ambulatoria en Atención Primaria. Beca FIS 96/ 0576. (Comunicación personal).

- Programa de Uso Racional del Medicamento. INSALUD. Madrid. 1994.

- Real Decreto 83/ 1993, de 22 de enero que regula la selección de los medicamentos a efectos de su financiación por el Sistema Nacional de Salud. BOE, 19 de Febrero. 1993; 43: 5.292- 5.295.

-SAURA, J; DE LA PEÑA, M. La prescripción farmacológica en Atención Primaria: un problema por resolver, una necesidad docente de los médicos de familia. FMC. 1994; 2: 437.

- TORRALBA, M; MONTERESIN, JA; GONZALEZ, r. et al. Factores condicionantes de la calidad de la prescripción, medida en valor intrínseco y grado potencial de uso. Aten. Primaria. 1994; 14: 1069-1071.

- TURABIÁN, JL. Prescripciones crónicas: el balance adecuado entre el mal tratamiento y el buen servicio. Aten Primaria. 1992; 9: 61-62.

- WHO. Guidelines for the medical assesment of drug for use in self-medication. Who ( Regional Office for Europe). Copenhagen. 1986.