

# La calidad en la prescripción de medicamentos

Baos Vicente V \*

## RESUMEN

■ Realizar una prescripción de calidad requiere la adecuación de los diversos factores que modulan la selección y el uso de los medicamentos. Los agentes que constituyen la «cadena del medicamento» suponen una influencia directa sobre la actitud y el rigor en el uso de la terapia farmacológica. La necesidad de la formación continuada en terapéutica es un requisito imprescindible

para mantener una alta calidad en la prescripción de los fármacos. La participación en actividades de farmacovigilancia, contribuir a la educación sanitaria a la población, incidir en el cumplimiento terapéutico, realizar estudios de utilización de medicamentos, son, entre otras, actividades necesarias y complementarias de la formación continuada para que el médico de familia mantenga un perfil prescriptor de alta calidad.

## INTRODUCCIÓN

EL USO CORRECTO DE LOS MEDICAMENTOS se ha convertido en los últimos años en nuestro país, en uno de los temas más debatidos, y a la vez más interesantes, para el colectivo de médicos que trabajamos en Atención Primaria. Desde las instancias gestoras del Sistema Nacional de Salud se ha insistido en la necesidad de moderar y reducir la importante factura económica generada por el gasto farmacéutico (alrededor de 729.000 millones de pesetas en 1995), circunstancia que debería ir inevitablemente asociada a un mejor uso de los medicamentos disponibles. Quizá, si no se hubiese producido en los últimos años el importante incremento económico del gasto farmacéutico (13.81% interanual medio desde 1984 a 1994), por encima del Índice de Precios al Consumo (I.P.C.) en el mismo período (6.03% interanual medio), no estaríamos debatiendo y analizando las medidas necesarias para mejorar la calidad de la prescripción de medicamentos (1). Por esta razón, y por la necesidad de considerar el uso de los medicamentos un aspecto relevante de Salud Pública, creo enormemente positivo el desarrollo de una conciencia colectiva entre los profesionales de la sanidad de que el continuo perfeccionamiento en la terapéutica farmacológica constituye un eje fundamental de nuestro trabajo diario, con el consiguiente impacto sobre la salud de la población que atendemos. Todas las actividades relacionadas con la farmacoepidemiología, los estudios de utilización de medicamentos, la formación continuada, la farmacovigilancia, etc., que podamos realizar para mejorar el uso de los medicamentos, son hechos básicos en la práctica del médico de familia en la búsqueda de la mayor calidad asistencial.

## ¿QUÉ ES UNA BUENA PRESCRIPCIÓN?

Esta pregunta clave, resumen de lo que queremos definir como calidad en el uso de los medicamentos,

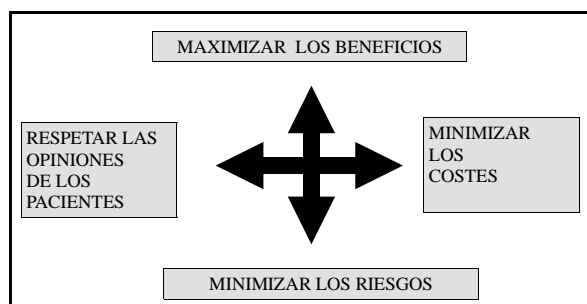
se ha respondido habitualmente con la definición de uso racional difundida por Dukes: «*La prescripción racional se consigue cuando el profesional bien informado, haciendo uso de su mejor criterio, prescribe al paciente un medicamento bien seleccionado, en la dosis adecuada durante el período de tiempo apropiado y al menor coste posible*». Dicha definición recoge ideas básicas respecto a lo que sería una buena calidad en la prescripción: formación adecuada sobre los fármacos, uso correcto farmacológico y aspectos económicos básicos de ahorro.

Sin embargo, en el acto de prescribir un medicamento concreto a un paciente concreto, es decir, en el uso cotidiano de la terapéutica en las consultas habituales, hay otros factores que conviene señalar: el cumplimiento de la terapia prescrita, los beneficios esperados en el uso del medicamento, los efectos adversos, etc. Una definición de «buena prescripción», sencilla pero de enorme interés (2) (Figura 1), vendría definida de la siguiente manera:

- Maximizar la efectividad
- Minimizar los riesgos
- Minimizar los costes
- Respetar las opiniones de los pacientes

FIGURA 1

### FACTORES QUE INTERVIENEN EN UNA "BUENA PRESCRIPCIÓN"



(\*) Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria. Centro de Salud Collado Villalba I. Madrid.

La presencia de estas variables en la conducta prescriptora de los médicos, provocaría de forma inmediata una mejora de la calidad terapéutica, además de ahorro y satisfacción en los pacientes.

### ■ *Maximizar la efectividad*

Éste es el objetivo básico y central del uso de fármacos, modificar el curso natural de la enfermedad disminuyendo su morbimortalidad. Conseguir este objetivo con las máximas garantías de éxito, supone el fin último de nuestra actuación. Usar medicamentos eficaces, desterrando de la farmacopea personal, y ojalá algún día, de la farmacopea española, todos aquellos medicamentos de eficacia no probada, con indicaciones dudosas o no contrastadas de una forma unánime por la comunidad científica, parece un requisito previo e inexcusable de cualquier abordaje o evaluación de la calidad en la prescripción de los medicamentos. Lamentablemente, una gran cantidad de los fármacos usados en nuestro país no cumple este requisito básico, o bien por no haber demostrado adecuadamente su efectividad o por la utilización complaciente e irreflexiva de medicamentos eficaces en indicaciones clínicas incorrectas o manipuladas por intereses comerciales.

### ■ *Minimizar los riesgos*

La seguridad en el uso de medicamentos debe tener diversos niveles de abordaje. La aparición de efectos graves debe ser minimizada al máximo, y en muchos casos provoca la no aprobación por parte de las autoridades sanitarias de un fármaco cuyo perfil beneficio-riesgo sea inaceptable. Pero también es necesario considerar, en cada individuo, los efectos adversos leves y transitorios que pueden influir de una gran manera en el cumplimiento terapéutico y ser causa de abandono temprano de medicamentos necesarios y adecuados. Acercar al nivel del usuario concreto las reacciones adversas a medicamentos (RAM), será una forma de mejorar la calidad en su uso. Por ejemplo, la información y discusión con el paciente de efectos como la boca seca, el estreñimiento, etc., aportará un matiz de calidad en la prescripción final y en la búsqueda de alternativas, sobre todo en tratamientos prolongados donde la tasa de abandonos pueda ser muy alta. La minimización de riesgos pasa por la personalización de la prescripción y la valoración de alternativas, es decir individualizando y no automatizando la prescripción de los fármacos.

### ■ *Minimizar los costes*

Los aspectos económicos del uso de los medicamentos, sobre todo en un sistema de protección social como el nuestro, donde la factura pública supone una importante proporción del gasto sanitario, constituye un dato de

enorme interés, pero que no debe ocultar el bosque de elementos que forman el uso de los medicamentos. Como comentaba en la introducción, el importante crecimiento del gasto farmacéutico ha sido el desencadenante en nuestro país, y en otros de nuestro entorno como el Reino Unido, de una importante reflexión y análisis sobre la utilización de los fármacos.

Los costes de los fármacos tienen otro impacto muy cercano sobre los pacientes. El precio medio de los medicamentos utilizados ha subido espectacularmente, y todas aquellas personas que no gozan de gratuidad en la prestación, deben abonar un precio significativo en numerosos medicamentos de uso común: antibióticos, etc. La utilización de las alternativas más económicas entre fármacos bioequivalentes, el fomento del uso de los auténticos genéricos, la prescripción ajustada a las necesidades del paciente y no a los «gustos» o intereses del médico constituyen compromisos básicos con la población que atendemos, mayoritariamente pertenecientes a la clase media-baja. La microeconomía de la salud también debe jugar un papel en la mejora de la calidad de la prescripción de los médicos de familia que trabajamos en el Sistema Nacional de Salud.

### ■ *Respetar las opiniones de los pacientes*

Los médicos estamos completamente habituados a impartir «órdenes terapéuticas» de una forma unidireccional sin haber dado la más mínima posibilidad de discutir con el paciente los objetivos del tratamiento, la eficacia esperada, los problemas que puedan surgir, las alternativas en caso de fracaso, etc. Estos aspectos son absolutamente imprescindibles en una gran parte del trabajo en Atención Primaria como son: el tratamiento de enfermedades irresolubles crónicas (ej.: patología degenerativa osteoarticular), tratamiento de factores de riesgo cardiovascular (hipertensión arterial, hiperlipidemias), abordaje paliativo de los enfermos terminales... En las enfermedades que provocan una gran utilización de medicamentos, dichos aspectos son escasamente discutidos con los pacientes y evaluada su opinión y su elección, una vez suficiente y comprensivamente informados.

La calidad asistencial se ve medida y mediatizada cada vez más a través de los ojos de la satisfacción del usuario. La participación del enfermo y la corresponsabilidad en la toma de decisiones es una asignatura pendiente de todos los médicos españoles, tanto hospitalarios como en primaria, donde la escasez de tiempo y la falta de una sensibilización previa desarrollada en la formación de pregrado y postgrado, hace que el paciente sea, en la mayoría de los casos, mínimamente informado y consultado sobre los aspectos que interesan a su propia salud.

El impacto de una actitud de coparticipación en los resultados finales sobre el cumplimiento terapéutico y, por añadidura, sobre la efectividad del tratamiento debe hacernos reflexionar sobre este interesante aspecto de la calidad en la prescripción de medicamentos (3, 4).

Por otra parte, frecuentemente sufrimos el conflicto que se puede presentar entre el rigor en la prescripción de calidad del médico y las demandas injustificadas de algunos pacientes. Por ejemplo, solicitar un medicamento de marca en vez de un genérico, exigir la prescripción de antibióticos ante cuadros de origen viral, pomadas anti-varicosas, etc. Este dilema y presión sobre el médico, que en algún caso deteriora el nivel de calidad en la prescripción, son hechos habituales en las consultas de Atención Primaria. No tiene una fácil solución, ni mediante el enfrentamiento continuo ni a través de la complacencia sistemática ante las presiones de la población, pero al menos sí debemos reflexionar sobre el mensaje de desconfianza que traslucen dichas solicitudes (una mayor confianza en el medicamento que en la información o el diagnóstico que ha realizado el médico).

La opinión de los pacientes, sea como aliados nuestros y conformes con nuestra práctica clínica y terapéutica o porque presenten una actitud que nos desagrade, debe ser conocida y valorada en su detalle. Siempre podremos sacar alguna conclusión provechosa y útil para una reflexión periódica de nuestra actividad asistencial.

## LOS FACTORES QUE MODULAN LA CALIDAD DE LA PRESCRIPCIÓN

Cada acto de prescripción de un médico no constituye un hecho aislado, sino una decisión tomada dentro de un contexto más amplio llamado «cadena del medicamento». Este nombre quiere reflejar la existencia de múltiples, pero concretos factores, que están influyendo en el uso terapéutico de los medicamentos.

La modificación de alguno o de varios de los factores que a continuación veremos, modifica claramente la calidad de la prescripción, tanto por actuar de una forma educativa, incentivadora, restrictiva o por cualquier otra forma moduladora. (Tabla I)

**TABLA I**  
**LOS FACTORES QUE MODULAN LA CALIDAD EN LA PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS**

- |  |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. La Administración Sanitaria</li> <li>2. Los Médicos</li> <li>3. La Población</li> <li>4. Las Oficinas de Farmacia</li> <li>5. La Industria Farmacéutica</li> </ol> |
|--|

## 1. LA ADMINISTRACIÓN SANITARIA

En nuestro país, la reciente aprobación de la Agencia Española del Medicamento junto a la Agencia Europea del Medicamento con sede en Londres, serán las estructuras encargadas de regular los medicamentos utilizados en los países europeos. De esta forma, la Administración Sanitaria juega un papel central en la delimitación de la oferta de medicamentos de un país, siendo su estilo y política determinantes en los resultados finales, tanto económicos como de calidad asistencial, que provoquen el uso de los medicamentos (5).

Actualmente existen grandes diferencias entre la oferta muy seleccionada de los países nórdicos y la oferta amplísima de nuestro país, no sólo en medicamentos autorizados para su comercialización, sino también en el número absolutamente excesivo de diferentes marcas para un mismo producto (p. e.: aprox. 43 marcas de amoxicilina, 24 de omeprazol, 23 de enalapril). Esta excesiva oferta innecesaria es debida al retraso legislativo que nuestro país ha tenido en defender la protección de patentes de investigación original, hecho no reconocido hasta el año 1992. La reciente incorporación de los *medicamentos genéricos* modificará, en un plazo medio, la situación actual.

Otro aspecto controvertido es la existencia y autorización de un gran número de medicamentos homólogos, es decir sustancias relacionadas química y terapéuticamente que no presentan diferencias significativas sobre el producto previamente existente (p.e. 11 diferentes inhibidores del enzima conversor de la angiotensina- IECA). En mi opinión, esta gran oferta no contribuye precisamente a un conocimiento amplio y detallado de los medicamentos para un uso correcto. Si consultáramos a nuestros colegas que nos describieran las diferencias y ventajas posibles del uso de los distintos IECA, difícilmente se podrían concretar. Como ya expresaba Lunde (6) 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 a todos los niveles de la cadena del medicamento y constituir un despilfarro de recursos humanos y económicos»*. La vigencia de este razonamiento está claramente por encima de cualquier coyuntura ocasional de bonanza o deterioro económico y debería ser eje central de la política de medicamentos de cualquier administración sanitaria.

En los últimos años se ha introducido en la gestión de los medicamentos, un elemento importante y que afecta claramente a la calidad de los medicamentos empleados en nuestro país. Por primera vez se

separaba la autorización para la comercialización de un producto de la financiación pública por parte del Sistema Nacional de Salud (S.N.S.). La mayor parte de los medicamentos que se incluían en la lista negativa eran medicamentos tales como antigripales (asociación de analgésicos con otras sustancias), complejos vitamínicos, etc. En los años 80, el medicamento más prescrito era un popular producto en sobres que contenía una mezcla innecesaria de sustancias (analgésico + antihistamínico + antitusígeno + vitamina C). A raíz del decreto, el paracetamol en forma simple ha sido el producto más utilizado en número de envases, circunstancia que parece más lógica y más acorde a una mayor calidad de prescripción. Asimismo el uso complaciente de los complejos vitamínicos para casi todo: ancianos, adolescentes, lumbalgias, caída del cabello, etc., ha caído radicalmente a partir de su exclusión de la financiación pública y la cobertura por receta del S.N.S.

Estos hechos demuestran la necesidad de tomar medidas administrativas que mejoren el nivel de utilización de los fármacos en nuestro país, como realizar una selección «cualificada» y no «libre» de los medicamentos a utilizar que es fundamental, y condicionará todo el proceso posterior de uso. La probable existencia de «Precios de Referencia» contribuirá a delimitar aún más la oferta pública.

## 2. LOS MÉDICOS

Los médicos somos los ejecutores finales del uso del medicamento. Decidimos con nuestro criterio qué fármaco usar o no usar diariamente en cada paciente que nos demanda ayuda en las consultas. Es decir, plasmamos un complejo mundo de interacciones —*la cadena del medicamento*—, en el propio paciente. Y todo esto se realiza, la mayor parte de las veces, en el breve espacio de tiempo que dedicamos a realizar todo el acto médico (descripción por parte del paciente,

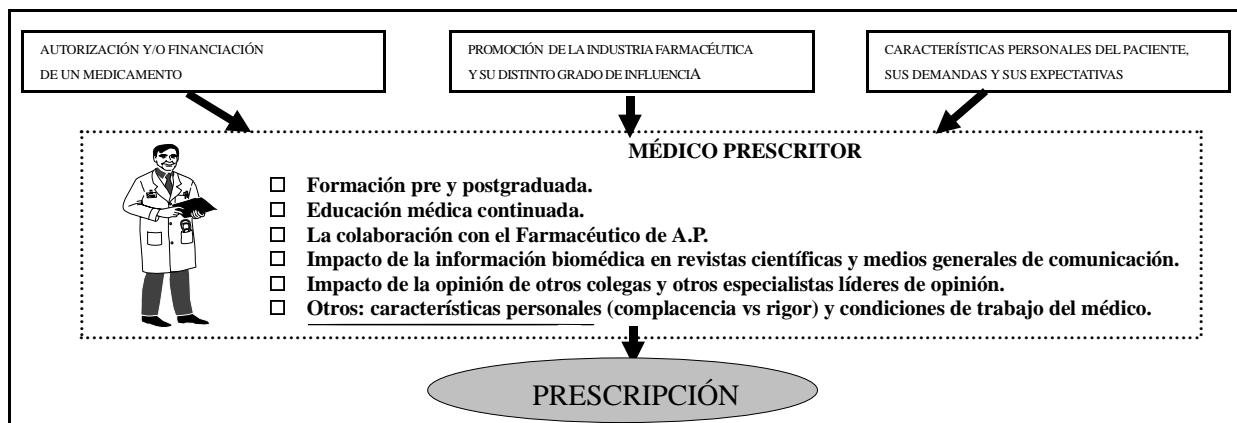
preguntas aclaratorias del médico y/o exploración, presunción diagnóstica y decisión terapéutica). Ninguna máquina es capaz de hacer este proceso tan rápidamente como un experimentado médico de familia en su práctica diaria. Todo este proceso de toma de decisiones está basado en un modelo interactivo de múltiples influencias: Administración sanitaria, sistema de financiación del medicamento, formación individual previa y continuada, promoción de la industria farmacéutica, actitud ante el uso de medicamentos, expectativas esperadas ante un tratamiento concreto, expectativas del paciente, presión de los grupos sociales...) (6) (Figura 2).

La influencia de las decisiones administrativas ha sido descrita en páginas anteriores, mientras que el papel desarrollado por la información/promoción de la industria farmacéutica se desarrollará en las siguientes. Ahora es interesante desarrollar los aspectos propios de los médicos que afectan y modulan el uso y la calidad de los medicamentos prescritos.

### ■ La formación pre y postgraduada

La *formación pregraduada* en Farmacología en nuestro país se basa en un modelo descriptivo clásico, con una escasa relación con el uso práctico de los medicamentos en la práctica clínica, al menos en Atención Primaria. Esta ausencia de contenidos sobre la Farmacoepidemiología en general, provoca distorsiones en la calidad de prescripción que perdura en el tiempo. En la Universidad se describen alrededor de unos 100 principios activos, con una información basada en la estructura química, los aspectos farmacocinéticos (semivida, volumen de distribución, etc.) y una descripción terapéutica inversa a la realizada habitualmente en el acto médico (cada fármaco sirve para tratar tales enfermedades, en vez de que cada problema de salud tiene una terapia específica). Por el contrario, en la práctica profesional debemos memorizar un número ingente de marcas comerciales,

FIGURA 2



enfocar nuestra atención sobre los efectos clínicos y adversos del uso de los medicamentos en pacientes concretos y razonar de forma rápida desde el problema a la terapia farmacológica (7). De esta forma el licenciado en Medicina abandona la facultad sin haber conocido o reflexionado sobre los matices que presenta el uso de medicamentos en su futura práctica.

La *formación postgraduada* en las distintas especialidades médicas, no ha sabido incorporar de forma sistematizada al curriculum formativo, los aspectos relacionados con el uso de los medicamentos. A pesar de ello, la mejoría clara y contundente observada en la calidad de la prescripción en los últimos años, es debida de forma indudable a la generalización de la formación postgraduada en Atención Primaria (9-14). Durante el período de residencia, además de conocimientos se deben adquirir actitudes, que en el caso del uso de medicamentos deben estar basadas en el rigor científico y en la modulación de los diversos factores que influyen, como estamos viendo, en la prescripción.

#### ■ **La Educación Médica Continuada**

La formación continuada del médico de familia supone uno de los ejes básicos del mantenimiento de la calidad en la prescripción de los medicamentos. La rapidez en la renovación de los conocimientos biomédicos y su expresión terapéutica supone un reto permanente para mantener una práctica médica de calidad. La comodidad y los hábitos prescriptores no revisados periódicamente suponen un progresivo deterioro de nuestra calidad profesional (7,15).

La adquisición de una formación continuada en terapéutica de *carácter independiente y crítico* es, en la actualidad, un esfuerzo personal voluntario y costoso, y por lo tanto, escaso. A pesar del tiempo transcurrido y después de importantes inversiones de infraestructuras en Atención Primaria (el hecho más llamativo y conocido por el público de toda la reforma sanitaria), el presupuesto para la formación específica que por parte de la Administración se dedica al perfeccionamiento y renovación de los conocimientos en la principal herramienta de trabajo de sus médicos sigue siendo insuficiente (16).

#### ■ **La colaboración con el Farmacéutico de Atención Primaria**

Los farmacéuticos de Atención Primaria han supuesto un gran apoyo a las medidas formativas y administrativas encaminadas al mejor uso de los medicamentos en Atención Primaria. Las Comisiones de Farmacia son el elemento fundamental en la elaboración consensuada de guías terapéuticas, hojas de información sobre novedades farmacéuticas y otros materiales educativos y de investigación. La realización

de actividades formativas específicas sobre uso de medicamentos supone un elemento de información contrastada en terapias controvertidas. La presencia de estos farmacéuticos como apoyo a los Equipos de Atención Primaria supuso un paso adelante en la mejora del uso de medicamentos en nuestro país.

#### ■ **La información biomédica a través de las revistas científicas y los medios generales de comunicación**

La actualización de los conocimientos médicos en todos sus aspectos y, de manera destacada en la terapéutica, está estructurada a través de las publicaciones realizadas en las alrededor de 20.000 revistas médicas existentes en todo el mundo. Un médico que pretenda leer unas 10 revistas de forma habitual (clínicas, terapéuticas, de revisión, o específicas de su especialidad) deberá leer alrededor de 150 artículos con un tiempo medio de 15 minutos por artículo, dedicando 37 horas al mes a su actualización, es decir una semana extra de su jornada laboral habitual.

La necesidad de actualizar los conocimientos debe ir acompañada de una visión crítica (19, 20) de los numerosos trabajos que, en teoría, suponen importantes avances terapéuticos. Ser cautos y esperar a la consolidación de las novedades descritas, mediante la aparición de diversas publicaciones que lo confirmen, es una buena norma.

Para una gran cantidad de los médicos españoles, la principal fuente de información sobre terapéutica y medicamentos sigue siendo el *Vademecum Internacional* —de reparto masivo y gratuito—, siendo la segunda fuente de información la visita de los delegados de ventas y los obsequios en forma de textos o folletos que ellos mismos entregan (21, 22).

En España, y en el resto de los países, las revistas biomédicas son financiadas con los ingresos publicitarios que mayoritariamente obtienen de la industria farmacéutica. Podríamos diferenciar dos tipos de revistas accesibles a los médicos. Por un lado, están las revistas gratuitas enviadas a domicilio (Ej.: JANO, Siete días, El Médico, etc.) que mezclan artículos variados y de humanidades, de opinión sobre política sanitaria con otros de revisión o actualización sobre algún aspecto médico o terapéutico. Dichas revistas tienen una gran difusión entre los profesionales, denominándose internacionalmente revistas *throw-away* o más popularmente de «usar y tirar». A pesar de ese uso rápido y fugaz tienen un gran impacto, y para muchos médicos es la única fuente de información terapéutica (23).

Las revistas científicas tienen un menor contenido de publicidad y suelen respetar las normas de no

interrupción de los artículos y no asociar medicamentos comentados en los artículos junto a la publicidad comercial de los mismos, precisamente para evitar la sensación de promoción del producto que los autores ni pretendían ni deseaban. Los editores internacionales de las revistas más prestigiosas lanzaron éstas y otras recomendaciones, para mantener una independencia de criterios que las hace precisamente prestigiosas ante los ojos de la comunidad científica (24).

Los medios de comunicación generales (periódicos, revistas, radio, televisión, revistas especializadas de divulgación...) tienen entre sus contenidos habituales programas y secciones dedicados a los temas sanitarios. Si su utilización fuese correcta y sus contenidos adecuados serían el vehículo ideal para hacer llegar a la población mensajes de educación sanitaria de gran utilidad. Pero, lamentablemente, no siempre es así. Las noticias presentadas generalmente no están controladas y, en muchas ocasiones, son exageradas, tendentes en su mayoría a presentar como grandes aportaciones científicas lo que son meramente pequeños avances del conocimiento general de la patología (genoma humano, terapia génica...); o bien hipertrofian el valor de alguna novedad terapéutica, presentándolo como el paradigma del bienestar de la humanidad (fenómenos Prozac®, Viagra®). No siempre estos hechos son atribuibles a la ignorancia científica y falta de asesoramiento de los periodistas, sino que, en ocasiones, sugiere la existencia de una bien planificada estrategia para conseguir la máxima publicidad. En muchas ocasiones, estos hechos provocan en los pacientes y médicos una mayor confusión.

#### ■ **La prescripción delegada por otros especialistas**

Uno de los aspectos más debatidos recientemente es el impacto producido en la calidad y el gasto farmacéutico de las prescripciones realizadas por el médico de atención primaria, pero cuyo origen radica en diversos especialistas hospitalarios o no. Se han realizado numerosos trabajos para cuantificar y analizar una realidad que a todos disgusta por considerarlo una tarea burocrática delegada y no un acto de prescripción por convencimiento o voluntad propia (26-29). Habitualmente se considera que cualquier médico de familia realiza la continuidad del tratamiento indicado por otros especialistas, siendo aproximadamente entre el 30-35% de los envases prescritos y similar porcentaje del gasto farmacéutico que ello provoca. Siempre que el acuerdo en la terapéutica a seguir con ese paciente sea compartido por ambos niveles asistenciales no existiría ningún problema y existiría una continuidad correcta de la atención en distintos niveles asistenciales. Lamentablemente no siempre es así. La falta de acuerdo o de idoneidad de

prescripción, provoca fricciones en los que el paciente no sabe qué decir ni a quién atender: a su médico o al especialista. Esta gran variabilidad de profesionales constituye una distorsión que debería ser evitada mediante la obligatoriedad de recomendar un medicamento con su denominación común internacional (D.C.I.), y así evitar inducciones comerciales. Sin ninguna duda, cualquier médico de atención primaria que considere, bajo su mejor criterio que una terapia es ineficaz o inadecuada, debe tener la suficiente voluntad para modificar dicha situación, por supuesto, con conocimiento de causa y argumentos científicos. Si estas consideraciones se trasladan al paciente de una forma clara y comprensible, la buena relación entre su médico de familia y él se verá reforzada, y por supuesto, la calidad de la prescripción se verá recompensada (30).

### 3. LA POBLACIÓN

La población es el consumidor final de los productos farmacéuticos, y por lo tanto, es necesario conseguir una mayor corresponsabilidad y participación en su utilización. En este aspecto el *uso correcto de la AUTOMEDICACIÓN* constituye un eje fundamental de las actividades que tiendan a mejorar la calidad del uso de los medicamentos.

El autocuidado, y dentro de él la automedicación, es un fenómeno común y enmarcado en el comportamiento humano desde el principio de los tiempos, adecuado cuando se realiza bajo condiciones de conocimiento y seguridad correctas, y positivo para la atención sanitaria global de una población. La automedicación la podemos definir de una forma clásica como «*el consumo de medicamentos, hierbas y remedios caseros por propia iniciativa o por consejo de otra persona, sin consultar al médico*». De esta manera, cualquier medida de tratamiento o alivio desarrollada por el individuo, o en la mayor parte de los casos el entorno familiar, son actividades de autocuidado que usan diversas medidas terapéuticas, y entre ellas en lugar destacado los medicamentos.

La solución o el alivio de multitud de molestias y pequeños problemas de salud que se presentan a lo largo de la vida, se puede realizar desde la propia autonomía de un individuo o una familia bien informada en el uso de técnicas y de medicamentos útiles y seguros para esta misión. Esta forma independiente de tomar medicamentos, es absolutamente complementaria (y no opuesta) a la labor encomendada por la sociedad a los médicos.

Las sociedades desarrolladas, con predominio urbano, han ido perdiendo muchas habilidades de autocuidados que existían en el ámbito rural. Hoy en

día, los estudios de utilización de los servicios sanitarios, nos hablan de que el número de ocasiones en que una persona acude a un médico en un año oscila entre 5 y 7 veces. En las áreas urbanas y periurbanas el número de consultas, la mayoría por enfermedades benignas y autolimitadas, es muy importante. Se ha perdido autonomía y ha aumentado la *médico-dependencia*. Los médicos hemos sido culpables en gran medida de esta situación. Nuestra actitud paternalista obligaba a los pacientes a depender de nuestra opinión y nuestras decisiones, incluso para lo que toda la vida se ha solucionado con remedios simples y caseros (31).

En los últimos años, existe en España un creciente interés por conocer el uso de los medicamentos, y una parte importante del mismo es el *estudio de la automedicación*. En un trabajo interesante se describe e ilustra la situación (32): el 70% de los pacientes que acudían al Centro de Salud habían usado algún mecanismo de autocuidado previo a consultar al médico y el 87% de las personas encuestadas manifestaban estar satisfechas con el uso de la automedicación.

Estas cifras nos hablan de lo frecuente y habitual que es la automedicación en nuestra sociedad, inclusive entre las personas que finalmente han optado por acudir a una consulta médica. Otras muchas personas habrán solucionado su problema sin acudir al médico.

Otro buen escaparate de la automedicación es el estudio de las peticiones realizadas por los clientes en las oficinas de farmacia (35). Un tercio de las personas que entran en las oficinas de farmacia solicitan medicamentos sin aportar ninguna receta médica. La mitad de las veces corresponde a medicamentos prescritos anteriormente por un médico, y que el paciente ha decidido, por su cuenta, volver a utilizar. El resto de las ocasiones es atribuible a la experiencia personal previa, o bien, al consejo de algún amigo o familiar. Es de destacar que solamente un 4% de las veces, la elección ha estado influida por el efecto publicitario de los productos anunciados en los medios de comunicación. Solamente un 20% de las personas consulta al farmacéutico sobre lo que considera más adecuado para sus síntomas en ese momento, limitándose a pedir un producto y una marca determinada.

Las personas jóvenes y los varones son los que se automedican más, mientras que las mujeres y personas de edad avanzada consultan más al médico y utilizan a la vez remedios caseros con mayor frecuencia. Esta diferencia tiene una vertiente sociológica: los varones adultos y los jóvenes, en general, disponen de un menor tiempo por sus actividades laborales o de estudio, mientras que una parte importante de las mujeres adultas y los ancianos disponen de una mayor

posibilidad de consultar al médico sin interrumpir obligaciones laborales.

La Oficina Regional Europea de la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) publicó en 1986 unas DIRECTRICES (36) que son un compendio útil y breve de las *características adecuadas de un fármaco* para recomendar su uso en forma de *automedicación*. De forma resumida, estos fármacos deben ser *eficaces, fiables, seguros y de empleo fácil y cómodo*:

- *Eficaces* sobre los síntomas que motivan su empleo, que en general deben ser de naturaleza autolimitada, es decir no tener una evolución progresiva o agravante.
- *Fiables* para dar una respuesta consistente y suficientemente rápida para que quien los consume note sus efectos beneficiosos.
- *Seguros*, ya que deben emplearse en situaciones de buen pronóstico y cuya identificación no sea difícil para el profano. Son enfermedades que por su frecuencia y características son fácilmente diagnosticables.
- *De empleo fácil y cómodo* para que el usuario no requiera precauciones complejas o poco habituales.
- También deben tener un amplio margen terapéutico -los errores en la dosificación no deben tener repercusiones graves.

Los médicos debemos advertir a los pacientes, al recomendar un tratamiento, las peculiaridades del mismo y su no reutilización y almacenamiento, salvo autorización expresa. Uno de los mecanismos más habituales de la automedicación, consiste en la nueva toma de medicamentos prescritos anteriormente por un médico.

El uso de los medicamentos conlleva una responsabilidad compartida entre todas las personas que intervienen en sus diversas facetas. El consumidor es el último elemento, y a la vez el fundamental, ya que decide finalmente el uso real que da a ese medicamento (37, 38).

#### 4. LAS OFICINAS DE FARMACIA

Las Oficinas de Farmacia constituyen un punto de referencia imprescindible en el uso de los medicamentos, no sólo como dispensadores de recetas médicas, sino también como administradores de los productos de libre dispensación (sin receta, «over the counter» -OTC-) que juegan un *importante papel en la automedicación*, parte significativa del consumo total de medicamentos en nuestro país. Gestionar adecuadamente la utilización de los medicamentos de venta libre para el uso responsable de la automedicación, y disuadir —como

parte de una función educativa— a aquellos pacientes que reclaman medicamentos para los que es necesaria la receta médica, son tareas de importante repercusión social, ya que provocarían efectos inmediatos sobre el mejor uso de los medicamentos en nuestro país. La Oficina de Farmacia es un lugar privilegiado para la **EDUCACIÓN SANITARIA** sobre medicamentos: su presencia en la comunidad, la continuidad de la atención, rapidez y concreción de los consejos sanitarios, son virtudes que las oficinas deberían desarrollar al máximo para cumplir su labor social.

## 5. LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA Y LOS MÉDICOS

Uno de los aspectos que condicionan los usos y hábitos de prescripción de los médicos, son los mecanismos de publicidad y promoción que realiza la industria farmacéutica.

La relación existente entre promoción indirecta (publicidad en revistas especializadas), y sobre todo, la promoción directa (visitadores médicos) y las cifras de prescripción de los diversos medicamentos disponibles es enorme. Este hecho cotidiano no siempre está pre-

sente en el pensamiento de los médicos (42). En España carecemos de un debate público en este tema que condiciona enormemente el hábito del médico prescriptor. Dicho debate se ha producido en el mundo anglosajón (43-48), elaborando desde instancias académicas y profesionales unas recomendaciones que establezcan unas relaciones equilibradas y éticas entre los intereses económicos de la industria y el quehacer científico de los médicos.

## MEDIDAS PROPUESTAS PARA MEJORAR LA CALIDAD EN LA PRESCRIPCIÓN

Como resumen de las páginas precedentes, me gustaría concretar en la Tabla II diversas propuestas que de forma conjunta contribuirían, en los distintos niveles de actuación, a mejorar la calidad del uso de los fármacos.

Por parte de la **ADMINISTRACIÓN SANITARIA** se debería ajustar la oferta de medicamentos disponible en nuestro país a *criterios de calidad farmacológica y coste-eficiencia social*. Mucho se ha avanzado en los últimos 5 años. Los gestores de los Servicios de Salud

TABLA II

PROPUESTAS DE ACTUACIÓN PARA MEJORAR LA CALIDAD DE LA PRESCRIPCIÓN	
• <b>LA ADMINISTRACIÓN SANITARIA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>— Oferta de medicamentos, financiados o no, más seleccionada y racional.</li> <li>— Mecanismos de gestión, incluido económicos, que incentiven a nivel individual y colectivo el uso racional de los medicamentos.</li> <li>— Limitación de los mecanismos de publicidad y promoción de fármacos por parte de la industria.</li> <li>— Garantizar vías de información veraz e independiente de carácter institucional.</li> </ul>
• <b>LOS MÉDICOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>— Formación continuada sobre terapéutica como responsabilidad de la buena práctica clínica.</li> <li>— Conciencia crítica y responsable sobre las relaciones con la industria farmacéutica.</li> <li>— Efectuar Educación Sanitaria sobre medicamentos a la población como parte del acto de prescripción.</li> </ul>
• <b>LA POBLACIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>— Favorecer la actitud crítica de consumidor responsable.</li> <li>— Suministrar a todos los agentes la necesaria educación sanitaria sobre automedicación, cumplimiento de la terapéutica recomendada, etc.</li> </ul>
• <b>LAS OFICINAS DE FARMACIA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>— Dispensación correcta de los medicamentos OTC.</li> <li>— Educación sanitaria a los consumidores.</li> <li>— Mayor actividad inspectora del cumplimiento de la normativa.</li> </ul>
• <b>LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>— Autorregulación de las actividades de promoción y publicidad, en busca de dar información fiable y ética.</li> <li>— Búsqueda constante de productos eficaces y útiles, erradicando la gran cantidad de productos de eficacia no probada o dudosa existentes en la actualidad.</li> </ul>



del Sistema Nacional de Salud deberían buscar elementos de incentiación que mejoren la participación de los profesionales sanitarios en el objetivo de la calidad de las prescripciones a un coste razonable. Proporcionar información institucional contrastada sobre terapéutica es una vía a seguir (el ejemplo de este boletín de "Información Terapéutica") y a ampliar con el desarrollo de «guías de práctica clínica», documentos de evaluación de terapias, tecnologías sanitarias, etc. La supervisión de la publicidad directa que se realiza a los médicos por parte de la industria farmacéutica debería garantizar que no se incidiera de forma poco ética en las decisiones prescriptoras de los mismos.

Los **MÉDICOS** tenemos una obligación permanente de mantener actualizada nuestra competencia profesional, independiente de nuestras condiciones laborales: es un compromiso con nuestros pacientes. La labor educativa de nuestra actividad diaria será la principal fuente de información sobre medicamentos que recibe la población. De nuestra actitud y hábitos, los pacientes aprenden a utilizar correcta o incorrectamente los fármacos que prescribimos. Nuestra relación con la industria farmacéutica debe ser ética y basada en el respeto a las posiciones independientes con que debemos valorar los fármacos que nos son presentados. De nuestra labor educativa debe salir un paciente -consumidor responsable y participativo de las decisiones que tomamos para salvaguardar su salud.

Las **OFICINAS DE FARMACIA** son un elemento clave para mejorar la utilización de medicamentos de nuestro país. Sus programas de Atención Farmacéutica suponen un reto ambicioso para una futura colaboración entre médicos y farmacéuticos.

La **INDUSTRIA FARMACÉUTICA** nos proporciona los avances terapéuticos necesarios para mejorar la salud de la población, pero este beneficio social tiene un importante coste económico para los sistemas públicos de atención sanitaria. Una relación de colaboración basada en la independencia y la formación continuada es la vía para el buen entendimiento con los profesionales sanitarios.

Sin la participación de todos los elementos: Administración Sanitaria, médicos, farmacéuticos, industria farmacéutica y los propios pacientes, no será posible armonizar un uso correcto y de calidad de los medicamentos disponibles.

## BIBLIOGRAFÍA

- Crespo Sánchez-Eznarriaga B, Guerra Aguirre FJ. Evolución de la prestación farmacéutica en el Sistema Nacional de Salud (período 1984-1994). *Aten Primaria* 1995; 16:546-550.
- Barber N. What constitutes good prescribing? *BMJ* 1995; 310(6984):923-925.
- Márquez Contreras E, Gutiérrez Marín C, Jiménez Jerez C, Franco Rubio C, Baquero Sánchez C, Ruiz Bonilla R. Observancia terapéutica en la hipertensión arterial. Validación de métodos indirectos que valoran el cumplimiento terapéutico. *Aten Primaria* 1995; 16:496-500.
- Gil V, Muñoz C, Martínez JL, Belda J, Soriano JE, Merino J. Estudio de los factores implicados en la no observancia terapéutica en pacientes hipertensos. *Med Clin (Barc)* 1994; 102:50-53.
- Lunde PKM, Baksas I. Utilización de medicamentos, fármacos esenciales y políticas de salud en países desarrollados. En JR Laporte, G Tognoni. *Principios de Epidemiología del Medicamento*. 2ª Edición. Ed. Masson-Salvat. 1993, p. 25-47.
- Haaijer-Ruskmap FM, Hemminki E. The social aspects of drug use. En MNG Dukes, Drug Utilization Studies, methods and uses. WHO Regional Publications European Series. Nº 45. 1993, p. 97-124.
- Laporte JR, Orme ML. Drug utilization and the teaching of rational drug use. En MNG Dukes, Drug Utilization Studies, methods and uses. WHO Regional Publications European Series. Nº 45. 1993, p. 183-191.
- Gómez Gascón T, Gómez de la Cámara A, Baos Vicente V. Formación Continuada, Docencia e Investigación. En *Situación actual y futuro de la Atención Primaria de Salud*. Ed. Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública. 1993, p. 137-155.
- Rey ME, Villabí JR. Impacto potencial de la reforma de la atención primaria sobre la prescripción farmacéutica en España: la experiencia de Ciutat Badía. *Med Clin (Barc)* 1987; 89:141-143.
- Hernández J. Estudio comparativo de los perfiles terapéuticos de generalistas agrupados según su formación (MIR/noMIR). *Inf Ter Segur Soc* 1989; 13:45-50.
- Fiol M, Guillaumet J, Llobera J, López R, Pareja A, Pérez JA. La prescripción farmacéutica: comparación entre el viejo y nuevo modelo de atención primaria. *Aten Primaria* 1990; 7:22-28.
- Azagra R, Aguyé A, Capellá D. Estudios cualitativos sobre prescripción en atención primaria. *Aten Primaria* 1991; 8:434-436.
- Arnau JM. Medidas de contención del gasto farmacéutico e indicadores de calidad en el uso de los medicamentos: ¿prescribir menos o prescribir mejor? *Aten Primaria* 1994; 13:155-158.
- Jiménez Puente A, Ordóñez Martí-Aguilar, Córdoba Doña JA, Fernández Gómez MA. Factores relacionados con el gasto y la calidad de la prescripción farmacéutica en atención primaria. *Aten Primaria* 1995; 16:131-136.

15. Solsona Díaz L, Wennberg Rutllant MP, Mata Cases M. ¿Se prescriben correctamente los antibióticos en atención primaria? *Aten Primaria* 1994; 13:409-414.
16. Baos Vicente V. La formación del médico de familia para el uso racional de los medicamentos. *Aten Primaria* 1995; 16:243-244.
17. Pérez Rodríguez MT, Catalán Ramos A, Parellada Esquius 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.
18. Baos Vicente V. *Guía de Uso de los Medicamentos en Atención Primaria*. Ed. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria y Ministerio de Sanidad y Consumo. 1ª. edición 1994. Reimpresión 1996.
19. David L, Sackett R, Haynes B, Tugwell P. Capítulo 12. Cómo leer una revista clínica. En *Epidemiología Clínica. Una ciencia básica para la medicina clínica*. Ediciones Díaz de Santos. Madrid 1989, p. 371-431.
20. Argimón Pallás JM, Jiménez Villa J. Métodos de Investigación aplicados a la atención primaria de salud. Ed. Doyma. Barcelona 1991.
21. Nieto-Hernández T, Altamiras J, Buitrago F. Fiabilidad otorgada al Vademecum entre médicos de atención primaria. *Aten Primaria* 1996; 17:247-250.
22. Catalán R, Galán S, Bentué C, De la Figuera E. La visita médica. *Aten Primaria* 1995; 12:629-630.
23. Madrideojos R, Cabezas C, Flor F. Publicidad de medicamentos en las revistas médicas. *Aten Primaria* 1996; 17:408-410.
24. International Committee of Medical Journal Editors. Advertising in medical journals and the use of supplements. *BMJ* 1994; 308:1692.
25. Guía de Actividades Preventivas en la Práctica Médica. Una valoración de la efectividad de 169 intervenciones. Ed. Díaz de Santos. Madrid 1992.
26. Mimbela MM, Foradada S. Análisis de la interrelación atención primaria - atención especializada en la derivación de pacientes. *Aten Primaria* 1993; 13:65-70.
27. Alonso FA, Anzola B, Arratibel J, Gancedo Z. ¿Quién prescribe? Origen y adecuación de las prescripciones crónicas incluidas en un programa informatizado de largos tratamientos en un centro de salud. *Aten Primaria* 1993; 12:465-468.
28. Pérez Fuentes ML, Moratalla G, Lubián M. Estudio de la prescripción inducida en un centro de salud. *Aten Primaria* 1994; 14:769-774.
29. Arroyo MP, Cano E, Ansorena R, Celay J, Cortés F, Estremera V. Prescripción delegada por especialistas en atención primaria. *Aten Primaria* 1995; 16:538-544.
30. Buitrago F, Mendoza-Espejo R. Responsabilidad del médico de atención primaria en el uso racional de medicamentos. *Aten Primaria* 1995; 15:137-138.
31. Baos Vicente V. Sin receta. La automedicación correcta y responsable. Ediciones Temas de Hoy. Madrid 1996.
32. Clanchet T, Navazo I, Llor C, Llovet D, Vila A, Alaman E. Medidas de autocuidado registradas ante patologías agudas en atención primaria. *Aten Primaria* 1993; 4:165-169.
33. Mann CC, Plummer ML. La guerra de las aspirinas. Dinero, medicina y 100 años de violenta competencia. Ed. McGraw-Hill/Interamericana de México. México 1994.
34. Nebot M, Llauger MA. Autocuidado de los trastornos comunes de salud: resultados de una encuesta telefónica en la población general. *Med Clin (Barc)* 1992; 99:420-424.
35. Fidalgo García ML, López Bilbao C. Automedicación: análisis de los resultados de una encuesta realizada a usuarios de oficinas de farmacia. *Medifam* 1995; 5:245-252.
36. Guidelines for the medical assesment of drug for use in self-medication. World Health Organization (Regional Office for Europe). Copenhagen 1986.
37. Meyer P. La revolución de los medicamentos. Mitos y realidades. Ed. Espasa Calpe. Madrid 1983.
38. Laporte JR, Castel JM. El médico ante la automedicación. *Med Clin (Barc)* 1992; 99:414-416.
39. Anónimo. Y las recetas ¿para qué? Encuesta en 110 Farmacias. OCU-Compra Maestra nº. 151 Marzo 1993, p. 4-12.
40. Ausejo M, Apecechea C, Rodríguez MJ y col. Estudio sobre automedicación de antiinfecciosos en dos oficinas de farmacia. *Aten Primaria* 1993; 11:41-43.
41. Fidalgo García ML, Martínez-Cortés M, Gil Nebot MA. Automedicación en un área sanitaria rural: análisis a través de las oficinas de farmacia. *Farm Clin* 1992; 9:844-853.
42. Castillo Pérez P. Promoción y publicidad farmacéutica: ¿quo vadis? *Med Clin (Barc)* 1992; 99:305-309.
43. American College of Physicians. Physicians and the Pharmaceutical Industry. *Ann Intern Med* 1990; 112:624-6.
44. Council on Ethical and Judicial Affairs of the American Medical Association. Gifts to Physicians from Industry. *JAMA* 1991; 265:501.
45. Ostergard DJ. Relationships between Family Physicians and the Pharmaceutical Industry. *J Fam Pract* 1992; 34:29-31.
46. Bricker EM. Industrial Marketing and Medical Ethics. *N Engl J Med* 1989; 320:1690-1692.
47. Miller LG, Blum A. Physician awareness of prescription drug costs: A missing element of drug advertising and promotion. *J Fam Pract* 1993; 36:33-36.
48. McMurray RJ, Clarke OW, Barrasso JA et al. Gifts to physicians from industry. *JAMA* 1991; 265:501.