

## Evaluación de la calidad de la prescripción farmacéutica

Sr. Director: En la sección «Reflexiones en Medicina de Familia» de la revista que usted dirige, se ha publicado el artículo de J. Soto: «Evaluación de la calidad de la prescripción farmacéutica: ¿no nos estamos olvidando de medir los resultados en salud obtenidos en los pacientes? (Aten Primaria. 2006;37:347-9).

Después de leerlo con mucha atención, no estamos de acuerdo con la opinión del firmante de que la calidad de prescripción de un servicio de salud se deba medir a través de los resultados en salud conseguidos tras la aplicación de los indicadores de calidad. Se da por hecho que cuando se aprueba un fármaco para su comercialización es porque aporta algo para aumentar la salud de la población. Los resultados en salud se evidenciarían después de varios años de aplicación de estas medidas, pero hay que tener en cuenta que depende de varios factores, y la asistencia sanitaria sólo la mejora en un 10-15%; actuaciones en medio ambiente, medidas higienicodietéticas y la genética de las personas suponen un porcentaje muy superior. ¿Cómo podemos afirmar que la mejoría se debe exclusivamente al uso de un determinado fármaco? Podemos decir que una prescripción es de calidad cuando maximiza los beneficios, minimiza los riesgos, minimiza los costes y respeta la opinión de los pacientes.

El objetivo básico de los fármacos debe ser modificar el curso de la enfermedad disminuyendo su morbimortalidad. En general todos los fármacos que se incluyen en los indicadores de calidad de prescripción cumplen con este objetivo. Lamentablemente, aún hay en la farmacopea española un grupo de fármacos que no cumplen con esta premisa. Dentro de este grupo podemos nombrar, entre otros, fármacos como rivastigmina, donepezilo, galantamina o mentamina, acerca de los que el Instituto Nacional para la excelencia clínica (NICE) británico ha recomendado la retirada de la financiación pública.

Minimizar los riesgos de efectos secundarios implica utilizar fármacos con contras-

tada experiencia en condiciones reales de práctica clínica. Las características de nuestros pacientes pueden no ser las mismas que las de los pacientes que participaron en los ensayos clínicos, y reacciones adversas a fármacos con baja incidencia pueden no ser detectadas en los ensayos clínicos. Podemos describir como ejemplo de este problema lo sucedido con la cerivastatina y el rofecoxib, retirado en septiembre de 2004 al detectar un aumento de episodios cardiovasculares.

Minimizar los costes no implica utilizar fármacos que no reúnan garantías para los usuarios del sistema sanitario; con esta medida lo que se logra es una mayor eficiencia. Una mayor eficiencia siempre implica una mayor calidad. Dentro de la mayoría de las definiciones de calidad de la asistencia sanitaria figura la eficiencia como un atributo que debe estar presente para conseguirla. Los fármacos genéricos cumplen con esta dimensión.

La opinión de los pacientes debe ser tenida en cuenta cuando se realiza una prescripción, ya que va a influir en el cumplimiento terapéutico. El paciente debe ser informado de las distintas alternativas y, conjuntamente con el médico, adoptar una decisión. Ésta va a aumentar su satisfacción y, por lo tanto, la calidad de la atención sanitaria.

El razonamiento que realiza el autor en cuanto a la finalidad que se busca con los distintos indicadores tampoco es correcto:

– Los IECA, ARA-II, penicilinas y el resto de antibióticos son todos fármacos de elevado valor terapéutico. Si se revisan las guías de práctica clínica sobre infecciones en atención primaria, y se observa la incidencia de las enfermedades, se evidencia que un elevado porcentaje de infecciones, superior al 50%, tiene como tratamiento de primera elección el grupo de penicilinas y derivados.

– En cuanto al porcentaje de IECA respecto a los ARA-II, apenas hay estudios que demuestren mayor eficacia de los segundos, y si se tiene en cuenta la eficiencia de ambos es superior en los IECA, excepto en un grupo muy reducido de pacientes.

– En cuanto a la utilización de fármacos genéricos, por definición estos productos son bioequivalentes al producto original; la única diferencia radica en el precio, que es inferior, por lo tanto su eficiencia es muy superior.

A estos indicadores se les puede hacer alguna crítica, como que se mide el fármaco que se prescribe pero no se sabe si la indicación es la correcta, indicador centrado en el fármaco. Puede suceder que un facultativo utilice un porcentaje de penicilinas correcto respecto al resto de los antibióticos, pero que no las esté prescribiendo en cuadros que la precisen, «tratar amigdalitis virales con penicilinas». Los indicadores deberían relacionar diagnóstico y tratamiento, lo que será posible llevar a cabo con la historia clínica informatizada.

Por lo que atañe a los factores que modulan la calidad de prescripción, podemos enumerar la administración sanitaria, el comportamiento de los médicos, la industria farmacéutica, las oficinas de farmacia y la población. Dado que la autora del artículo trabaja en la industria farmacéutica, nos gustaría aportar unas ideas acerca del papel de ésta en España.

La industria farmacéutica utiliza múltiples métodos para la promoción de sus productos: publicidad en revistas, guías de práctica clínica, patrocinar eventos lúdico-científicos, visita médica, etc. En un reciente estudio sobre la información científica que la industria farmacéutica proporciona a los médicos de familia, se llega a la conclusión de que una elevada proporción de los mensajes publicitarios que facilitan los visitantes, un 44%, no se deriva del estudio de la investigación que estos representantes dan a los médicos.

Este hecho y otros muchos que precisarían una valoración desde el punto de vista ético nos debe hacer reflexionar sobre si se está cumpliendo en nuestro país la actual Ley General del Medicamento y el Código Español de Buenas Prácticas para la Promoción de Medicamentos. La actual visita médica no está cumpliendo con el principal motivo de su existencia y precisa de una urgente modificación. Entre las posibles soluciones se pueden apuntar:

- La visita médica debe ser grupal y hay que abandonar la visita individual. La información facilitada sería de mayor rigor científico y aumentaría la capacidad crítica.
- Las aportaciones a los congresos de la industria farmacéutica deben pasar de lo lúdico a lo científico-formativo.
- La financiación de actividades formativas debe vehicularse a través de las sociedades

**Palabras clave:** Calidad de la prescripción farmacéutica. Resultados en salud. Indicadores de calidad.

científicas. No debe realizarse de forma individual, ya que con este sistema la influencia de los laboratorios en el docente es muy alta.

- Limitar los estudios poscomercialización de productos. En la gran mayoría de los casos, este tipo de estudios lo único que pretende es promocionar un determinado producto.

**Manuel Castro Pazos  
y Alberto Raúl Juncal Fondevila**

Unidad de Atención Primaria de Monteporreiro. Pontevedra. España.

- 
- Baos Vicente V. Calidad de prescripción. Cumplimento terapéutico. Madrid: Du Pont Farma; 1997.
- Bombardier C, Laine L, Reicin A et al. Comparison of upper gastrointestinal toxicity of rofecoxif and naproxen in patients with rheumatoid arthritis. *N Engl J Med.* 2000;343:1520-8.
- Casado Pérez P, Ricote Belinchón M, Zarco Rodríguez J. Gestión de calidad en atención primaria. Madrid: Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista; 2001.
- Melguizo Jiménez M. Hacia un nuevo modelo de relación: médicos de familia/industria farmacéutica. *Aten Primaria.* 1997;19:16-8.
- Rivera Casares F, Richart Rufino MJ, Navas Cutanda J, Rodríguez Górriz E, Gómez Mouro C, Gómez Barcia B. La información científica que la industria farmacéutica proporciona a los médicos de familia. *Ate Primaria.* 2005;36:14-8.
- Saturno PJ, Quintana O, Varo J. ¿Qué es la calidad? Tratado de calidad asistencial en atención primaria. Madrid: DuPont Pharma; 1997.
- Soto JH. Evaluación de la calidad de prescripción farmacéutica: ¿no nos estamos olvidando de medir los resultados en salud obtenidos en los pacientes? *Aten Primaria.* 2006;37:347-9.
-