

## Bibliografía

1. Molero JM, Pérez Morales D, Brenes Bermúdez FJ, Naval Pulido E, Fernández-Pro A, Martín JA, et al. Referral criteria for benign prostatic hyperplasia in primary care. *Aten Primaria*. 2010;42:36–46.
2. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). The management of lower urinary tract symptoms in men. Clinical guidelines CG97 [consultado 3/10/2011]. Londres: NICE; 2010. Disponible en URL: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/12984/48557/48557.pdf>.
3. Roehrborn CG, Siami P, Barkin J, Damiao R, Major-Walker K, Nandy I, et al. The effects of combination therapy with dutasteride and tamsulosin on clinical outcomes in men with symptomatic benign prostatic hyperplasia: 4-year results from the CombAT study. *Eur Urol*. 2010;57:123–31.
4. Oelke M, Bachmann A, Descazeaud A, Emberton M, Gravas S, Michel MC, et al. Directrices sobre el tratamiento de los STUI no neurogénicos en el varón [consultado 3/10/2011]. European Association of Urology; 2011, <http://www.uroweb.org/gls/pdf/spanish/19-%20DIRECTRICES%20SOBRE%20EL%20TRATAMIENTO%20DE%20LOS%20STUI.pdf>.
5. American Urological Association Practice Guidelines Committee. AUA guideline on the Management of Benign Prostatic

Hyperplasia (BPH) [consultado 3/10/2011]. Washington: American Urological Association Education and Research; 2010. Disponible en: <http://www.auanet.org/content/guidelines-and-quality-care/clinical-guidelines.cfm?sub=bph>.

José María Molero García<sup>a,\*</sup>, David Pérez Morales<sup>a</sup>, Francisco Brenes Bermúdez<sup>b</sup>, Esperanza Naval Pulido<sup>b</sup>, Antonio Fernández-Pro Pedraza<sup>c</sup>, Juan Antonio Martín Jiménez<sup>c</sup>, Jesús Castiñeiras Fernández<sup>d</sup> y José Manuel Cozar Olmo<sup>d</sup>

<sup>a</sup> *Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC), España*

<sup>b</sup> *Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMergen), España*

<sup>c</sup> *Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMg), España*

<sup>d</sup> *Asociación Española de Urología (AEU), España*

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [jmolero@gmail.com](mailto:jmolero@gmail.com)

(J.M. Molero García).

doi:10.1016/j.aprim.2011.07.006

## Eco a partir de: el Dr. Capote y el factor impacto

### Echo from Dr. Capote and the impact factor

Sr. Director:

Recientemente se ha publicado en su revista una carta al director de Buitrago<sup>1</sup> bajo este título.

Los abajo firmantes hemos tenido ocasión de abordar la experiencia de la medicina rural en el reciente XXII Congreso Nacional de Entrevista Clínica y Comunicación en Burgos a partir de una novela irlandesa recientemente traducida<sup>2</sup>.

Entre nuestros objetivos estaba el poner en valor la satisfacción del trabajo en el medio rural, espacio ahora docente en la oferta formativa MIR de nuestra especialidad y no siempre bien valorado ni atractivo para nuestros compañeros, en función sobre todo de la limitación de recursos que ha venido padeciendo.

Se partía de la puesta en común de frases del texto que reflejan el trabajo de un médico rural en la Irlanda del Norte de los años 1960 y nos agradecería aquí hacernos eco de los comentarios habidos en el grupo para sumarnos al reconocimiento del compañero Higinio Capote y de otros muchos médicos anónimos de nuestro país.

- La urbanización de nuestros pueblos, la mejora de comunicaciones y la existencia de nuevas tecnologías de formación y comunicación son cambios importantes en el trabajo de los médicos rurales.
- La soledad y el aislamiento del médico rural siguen siendo fuente de incertidumbre y de aumento de sus capacidades resolutivas.

- Valoramos más la importancia del trabajo en equipo y complicidad con los compañeros próximos (enfermera y núcleos cercanos) y del círculo de allegados al paciente como referencia y apoyo. Esto potencia el aspecto comunitario de nuestra labor.
- La valoración de la honestidad e interés del profesional por encima del acierto diagnóstico y de los posibles errores. También el eco de ellos en la comunidad atendida.
- El impacto emocional de atender en situaciones críticas tras una relación de proximidad y ocio.
- El ritmo pausado de consultas que facilita la comunicación.
- Reconocimiento y gratitud. Quedan muy claros en la respuesta al Dr. Capote por las poblaciones que atendía. Aspecto importante que nuestro estimado Jordi Cebrià (compañero del grupo de comunicación recientemente fallecido) glosó en un artículo que recomendamos<sup>3</sup>.
- Pasa por nuestras manos todo... más allá de lo sanitario.

Algunas frases de la novela citada: «Aunque el mismo Jesucristo estuviera pasando consulta, algunos de los más mayores preferirían que los viera yo.»

Y como colofón: «A veces, un médico rural puede marcar la diferencia».

Muchas gracias.

## Bibliografía

1. Buitrago F. El doctor Capote y el factor impacto *Aten Primaria*. 2011;43:162.
2. Taylor P. Doctor en Irlanda. Madrid: Espasa Calpe; 2009.
3. Cebrià J, Segura J. El agradecimiento, tan presente en la consulta. *Jano*. 2006;1607:56–8.

M. Pilar Arroyo Aniés<sup>a,\*</sup> y Rafael Gracia Ballarín<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Medicina de Familia y Comunitaria, Centro de Salud Huarte, Navarra, España

<sup>b</sup> Medicina de Familia y Comunitaria, Centro de Salud Amurrio, Álava, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [parroyoa@cfnavarra.es](mailto:parroyoa@cfnavarra.es) (M.P. Arroyo Aniés).

doi:10.1016/j.aprim.2011.09.012

## Prescripción basada en el *marketing*

### Marketing-based prescribing

Sr. Director:

En el año 2004 se financian en España los fármacos SYSADOA (*symptomatic slow action drugs for osteoarthritis*), que incluyen los principios activos glucosamina, condroitinsulfato y diacereína, a los que se atribuye un efecto analgésico y protector sobre el cartilago articular, este último probablemente asociado con un beneficio en el proceso subyacente de la osteoartritis (artrosis en nuestro medio).

Inmediatamente, tras su financiación, aumentó de forma importante su prescripción en la Comunidad de Madrid, liderada por glucosamina (fig. 1). Gran parte de la bibliografía disponible, aunque cuestionada, avaló su eficacia en osteoartritis durante varios años, tanto en el alivio del dolor como en la disminución del estrechamiento del espacio articular<sup>1</sup>. Su prescripción fue creciendo en los años sucesivos, favorecida por el hecho de que son fármacos sin efectos adversos de interés (salvo diacereína, asociada con alta incidencia de diarrea) y que podrían ser de utilidad en pacientes que no toleran AINE. En el año 2007 se publicó un metaanálisis que cuestionaba la eficacia de condroitinsulfato<sup>2</sup> y, en 2010, se publicó otro reforzando lo anterior y haciéndolo extensivo a glucosamina y a la asociación de condroitinsulfato y glucosamina<sup>3</sup>.

Llama la atención que mientras la tendencia de prescripción de condroitinsulfato es creciente en todo momento, la de glucosamina se estabiliza a partir de 2007, no coincidiendo con la publicación de estas importantes evidencias ni de otras previas, pero sí con la comercialización de glucosamina como genérico en ese mismo año y el freno de su prescripción. La conclusión que se puede sacar parece obvia: no son las evidencias científicas, sino las estrate-

gias de *marketing* de la industria farmacéutica las que están marcando la evolución de la prescripción de estos fármacos.

El problema es que este hecho no es algo excepcional. La influencia del *marketing* de la industria farmacéutica en las prescripciones es incuestionable, a pesar de que los profesionales que emiten las recetas suelen minimizar o no reconocer su influencia<sup>4</sup>. Es la industria farmacéutica la que decide qué fármacos hay que promocionar y cuáles abandonar, según su rentabilidad. Aquí, las técnicas de *marketing* constituyen estrategias decisorias fundamentales<sup>5,6</sup>.

En el caso de los SYSADOA, la situación es más llamativa porque son fármacos de eficacia cuestionada, que en países como Estados Unidos ni siquiera son considerados medicamentos, sino suplementos dietéticos. Y, si impacta su elevada prescripción, que en la Comunidad de Madrid sólo condroitinsulfato llega a superar a naproxeno y diclofenaco, no llama menos la atención que sean fármacos sujetos a financiación pública.

En estos momentos, en que se está debatiendo con intensidad la sostenibilidad del sistema sanitario público, es una aberración consentir que nos gastemos millones de euros anuales en financiar fármacos «inútiles» (solo en Madrid, en el año 2010, supusieron 8.726.311 de euros), lo que cuestiona el sistema selectivo de financiación contemplado en el artículo 89 de la Ley de Garantías y Uso Racional del Medicamento del año 2006. La exclusión de estos fármacos, que ya se ha realizado en países como Suecia, debería extenderse a España, potenciándose una financiación que realmente sea selectiva, facilitando la prescripción y ayudando a la maltrecha economía sin perder calidad terapéutica.

Parece evidente que, en el caso de los SYSADOA, su prescripción está más determinada por los condicionamientos del mercado que por los aspectos que deberían regirlo, como son fundamentalmente las evidencias de seguridad y eficacia. Quizás sea ahora un buen momento, con la crisis aposentada en el sistema sanitario, para que empiecen a cambiar las cosas. No perdamos la esperanza. Todos tenemos nuestra parte de responsabilidad y, al menos, debemos levantar nuestras voces para recabar un poco de coherencia.

### Bibliografía

1. Richy F, Bruyere O, Ethgen O, Cucherat M, Henrotin Y, Reginster JY. Structural and symptomatic efficacy of glucosamine and chondroitin in knee osteoarthritis: a comprehensive meta-analysis. *Arch Intern Med.* 2003;163:1514-22.
2. Reichenbach S, Sterchi R, Scherer M, Trelle S, Bürgi E, Bürgi U, et al. Meta-analysis: chondroitin for osteoarthritis of the knee or hip. *Ann Intern Med.* 2007;146:580-90.

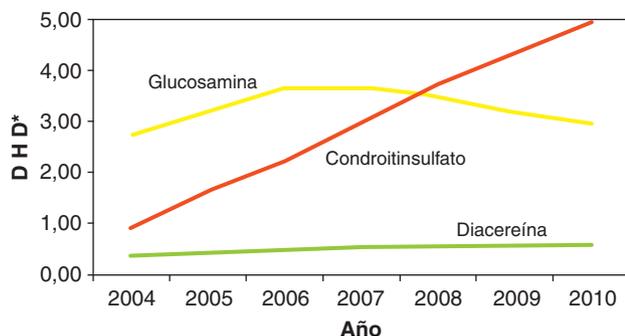


Figura 1 Evolución del consumo de SYSADOAs en la Comunidad de Madrid. Dosis habitante/día = DDD por 1.000 habitantes y día.