



bg

Prescripció saludable de medicaments en temps de crisi

Vivim època de crisi, retallades, baixa de moral i incertesa sobre el futur professional personal i sobre el futur del sistema de salut. La crisi econòmica determina que l'estat disposi de menys recursos, també per al sistema de salut. Per pal·liar la situació es poden fer dues coses: o bé s'incrementen els ingressos (incrementant la despesa de l'estat en sanitat, la càrrega impositiva per posar-la al nivell de la mitjana de la UE, els copagaments sobre medicaments o imposant noves taxes), o bé es redueix la despesa.

A Catalunya la despesa en medicaments equival a un 25 a 30% de la despesa pública en salut. Aquesta proporció és considerablement més alta que les dels països del nostre entorn. Per altra banda, dades recents indiquen que Espanya és el segon o tercer consumidor mundial de medicaments, en quantitats per habitant.

En aquest número ens preguntem si un ús més saludable i prudent dels medicaments pot produir estalvis que permetin evitar o minimitzar les retallades en altres capítols, com personal i certes prestacions assistencials.

L'examen de les característiques del consum de medicaments a Espanya suggereix que hi ha molt espai de millora. Però més enllà de la visió purament econòmica, és una oportunitat per subratllar que actualment, més que mai, la **prescripció de medicaments pot ser més saludable del que és ara**.

La selecció de medicaments no és un exercici d'austeritat, sinó d'intel·ligència clínica

“Per què s'aproven medicaments i tot seguit se'm diu que no els prescrivui?”

Prescripció raonada

L'OMS defineix la prescripció raonada com a la recomanació del medicament adequat, a la dosi i durada adequades, a un cost raonable, i amb informació per al pacient i planificació del seguiment.¹

El metge ha de procurar que el cost dels medicaments sigui el més baix possible, sempre que això no limiti la qualitat de l'assistència. No obstant, la responsabilitat no és solament del metge. Per exemple, s'aprova el finançament de medicaments nous, més cars que els seus anàlegs, sense experiència d'ús i amb poc o nul valor terapèutic afegit. No es planteja ni tan sols avaluar-ne l'efectivitat en la pràctica clínica, ni fer un seguiment intensiu dels seus efectes indesitjats en els primers pacients que els prenen. Al mateix temps, els prescriptors som pressionats per limitar-ne les prescripcions. “Per què s'aproven medicaments i tot seguit se'm diu que no els prescrivui?”, es pregunten molts companys. L'escenari és complex i els recursos del SNS són limitats. La seva equitat i sostenibilitat estan amenaçades. Cal doncs optimitzar l'eficiència en l'ús dels recursos.

La selecció de medicaments no és un exercici d'austeritat, sinó d'intel·ligència clínica: disposar

d'un nombre limitat de medicaments, seleccionats a partir dels problemes clínics i buscant-ne la millor alternativa terapèutica possible en termes d'eficàcia, seguretat, comoditat i cost, permet concentrar el coneixement, la formació continuada i la recerca i l'avaluació de l'experiència clínica en els problemes de la pràctica clínica i en els medicaments recomanats per al seu tractament.

Un cop d'ull a les xifres

L'any passat, la despesa en medicaments a l'atenció primària de l'ICS va suposar un 51,3% de tota la despesa, per sobre de la despesa en personal (41,3%). Tot i això, cal tenir en compte que a l'ICS el creixement de la despesa farmacèutica va ser inferior al de les institucions concertades. Ambdós aspectes posen en relleu que hi ha espai per a la millora, més enllà de les mesures sobre el personal i en el sí del sistema públic.

A Espanya el 2010 es van gastar 14.185 milions d'euros (M€) en medicaments a càrrec del SNS i es van facturar 961 milions de receptes. Cada recepta reflecteix l'estat dels coneixements i actituds del metge. A Catalunya, l'any passat s'hi van facturar 151 milions de receptes a l'atenció primària (2,7% més que el 2009), a un cost per al sistema de salut de 1.849 M€ (1,9% menys que el 2009), amb un cost mitjà de 12,20 € per recepta.²

Aquestes xifres no inclouen els medicaments **dispensats a través de farmàcies d'hospital**, els quals originen un creixement de la despesa molt més gran, de l'ordre de 15% anual. S'estima que a Catalunya el 2010 aquesta despesa va ser de gairebé 500 M€. Generalment, les mesures de reducció dels preus dels medicaments com les aplicades a partir de l'1 de juliol de 2010, i una altra vegada a partir de novembre de

2011, que donen lloc a una reducció de la despesa, se segueixen d'un increment del nombre de receptes (2,7%), probablement a conseqüència d'una pressió comercial per prescriure més.

No coneixem les conseqüències d'aquest augment de l'ús de medicaments en la població. Potser les persones que ja rebien polimedicació són els principals receptors d'aquestes noves receptes. Ignorem quins han estat els efectes d'aquest increment de gairebé 3%, tant els beneficiosos com els indesitjats, i quants d'aquests són originats per interaccions farmacològiques.

Equivalència farmacològica

Un mateix fàrmac, amb la mateixa dosi, forma farmacèutica (que determina la via d'administració) i presentació, està disponible en diferents marques, amb preus sovint variables. A principis d'any a Galícia s'hi va aprovar una llei segons la qual el sistema de salut només finançaria la versió més barata de cada fàrmac (mateix fàrmac, mateixa quantitat, mateixa via d'administració). Aquesta decisió està tenint un seguit de conseqüències: aplicació de mesures similars a altres comunitats autònomes, acords al *Consejo Interterritorial* per promoure la prescripció per denominació comuna internacional (DCI), i finalment el Reial Decret-Llei 9/2011, de 19 d'agost, en vigor des de l'1 de novembre, el qual determina algunes mesures, com la prescripció per DCI o la reforma del sistema de preus de referència, entre d'altres.

Equivalència terapèutica

Més enllà de la selecció de la marca més barata de cada medicament, també es poden substituir

Els gairebé 1.000 milions de receptes anuals a càrrec del SNS reflecteixen 1.000 milions de decisions basades en el coneixement

Quadre 1.

	Concepte	Exemple
Equivalència farmacològica	Medicaments amb els mateixos principis actius, quantitat i via d'administració. No tenen necessàriament el mateix aspecte (per ex., comprimit en comptes de càpsula, color o mida diferent, etc.).	Diferents versions d'omeprazol 20 mg per via oral.
Equivalència terapèutica	Medicaments del mateix grup farmacològic i dels quals n'hi pot haver de genèrics. (Els genèrics són més barats que la marca original; de vegades també hi ha "marques còpia" que són tant o més barates que els genèrics).	Diferents inhibidors de la bomba de protons (IBP): omeprazol, pantoprazol i altres més cars, amb patent vigent (lansoprazol, esomeprazol, etc.). No hi ha assaigs clínics que demostrin que un fàrmac en particular té una relació benefici-risc més favorable que els altres en les seves principals indicacions.

nombrosos medicaments de preu elevat, amb patent vigent, per equivalents terapèutics dels quals n'hi ha de **genèrics** disponibles (vegeu el Quadre 1). A **Gran Bretanya** es calcula que la substitució del consum de 10 fàrmacs amb patent vigent (i per tant de preu elevat), per alternatives amb versions genèriques (per ex., rosuvastatina per simvastatina, o bé esomeprazol per omeprazol), podria produir un estalvi de l'ordre de 1.400 milions de lliures (M£).³ Una anàlisi anàloga, realitzada al **País Basc**, indica que si se substituïssin tots els inhibidors de la bomba de protons (IBP) per omeprazol, l'estalvi seria de 17,6 M€, dels 28 M€ que s'hi gasten en IBP; si se substituïssin totes les estatines per simvastatina s'estalviarien 31 M€, dels 43 M€ que es gasten en aquest grup.⁴ A Catalunya, la substitució de medicaments amb patent vigent per equivalents terapèutics genèrics, una substitució que depèn sobretot del metge, podria generar un estalvi considerable sense alterar els resultats clínics.

Medicaments genèrics

La normativa estableix que els medicaments genèrics han de tenir una garantia de bioequivalència amb els originals de marca. L'àrea sota la corba de concentracions plasmàtiques i el valor de la concentració plasmàtica màxima (C_{màx}) no poden ser diferents en menys de 20% i en més de 25% de les del producte de referència. **Aquests criteris són els mateixos que els que s'apliquen per als medicaments de marca original**, quan se'n comprova la qualitat al llarg dels anys (vegeu el Quadre 2).

No s'ha de confondre novetat comercial amb millora terapèutica per als pacients

S'ha proposat substituir els medicaments "jo també" protegits per patent, per alternatives de les quals hi ha genèric disponible, substituir moltes formes farmacèutiques d'alliberació retardada (que no tenen avantatge terapèutic demostrat) per formulacions convencionals, i escollir sistemàticament la marca més barata d'un mateix medicament.⁵

No s'ha de confondre novetat comercial amb millora terapèutica per als pacients. Les meres innovacions comercials, basades sobretot en nous fàrmacs "jo també" (per ex., esomeprazol, escitalopram, dexketoprofèn), noves formulacions farmacèutiques (per ex., d'alliberació retardada), presentacions, canvis de via d'administració (per ex., pegats cutanis) i combinacions a dosis fixes (per ex., alendronat amb vitamina D),⁶ sobrecarreguen considerablement la factura de medicaments del sistema de salut, sense afegir avantatges demostrables —basats en proves obtingudes en assaigs clínics comparatius— sobre els seus congèneres més antics (vegeu el Quadre 3).

A Catalunya s'han proposat algunes mesures per contenir la despesa farmacèutica. La substitució centralitzada dels 10 primers medicaments de marca per la versió respectiva més barata hagués pogut estalviar uns 90 M€ l'any 2010, i si s'haguessin substituït tots els fàrmacs pels de preu més barat, s'haurien estalviat 203 M€. Cap d'aquestes mesures no va ser aplicada pel Departament de Salut. Aquestes mesures poden ser d'aplicació i efectes immediats, però el seu impacte és efímer, l'efecte sobre el pacient és limitat, i no garanteixen una millora de

Quadre 2. Resultats clínics d'estudis comparatius entre medicaments de marca i genèrics.¹

Una revisió sistemàtica de les publicacions mèdiques, en la qual es van incloure assaigs clínics, metanàlisis d'assaigs clínics, estudis observacionals i enquestes d'opinió, va concloure que no hi ha estudis de resultats en salut, en els quals es comparessin marques amb els genèrics corresponents, que hagin trobat diferències entre marques i genèrics.

En els assaigs clínics no es varen trobar diferències entre la marca original i versions genèriques de medicaments amb marge terapèutic estret, com procainamida, warfarina, carbamazepina o fenitoïna, ni tampoc amb preparats d'àcid valproic, flufenazina, salbutamol, triamterèn + amilorida, atenolol, amlodipina, simvastatina ni omeprazol.

En revisions sistemàtiques i metanàlisis d'assaigs clínics es va comprovar equivalència clínica per a medicaments cardiovasculars com bloquejadors β-adrenèrgics (7 de 7 assaigs), diürètics (10 d'11 assaigs), bloquejadors dels canals de calci (5 de 7 assaigs), antiagregants plaquetaris (3 de 3 assaigs), estatines (2 de 2 assaigs), bloquejadors alfa-adrenèrgics (1 assaig), antiarítmics (1 assaig) i warfarina (5 de 5 assaigs).

En una revisió sistemàtica sobre antiepilèptics, amb 9 assaigs clínics i 7 estudis observacionals en els que es va comparar la incidència de crisis d'epilèpsia en pacients tractats amb fenitoïna, carbamazepina o àcid valproic de marca amb les seves versions genèriques, tampoc no s'hi van trobar diferències.

Amb clozapina, en un assaig clínic encreuat s'hi va registrar empitjorament en 14 pacients amb la genèrica i en 2 amb la marca. Aquests resultats no van ser confirmats en un altre assaig, en el qual no s'hi van observar diferències.

1. Bol Ter Extremeño 2011; 2, n°2.

http://sescam.jccm.es/web1/profesionales/farmacia/usoRacional/documentos/fich_descarga_RCMMFG_RevAct_02052011.pdf

Quadre 3. Els fàrmacs “jo també”: cal una setena estatina?

Cada any els sistemes nacionals de salut gasten milers de milions d'euros en fàrmacs “jo també”, els quals no suposen cap avantatge terapèutic significatiu. Enguany s'ha comercialitzat la pitavastatina, la setena estatina. Els missatges comercials afirmen que tindria menys risc d'interaccions perquè no és metabolitzada pel sistema del citocrom. No obstant, a les dosis recomanades no redueix més l'LDL que altres estatines, no hi ha dades que indiquin que redueixi la morbiditat cardiovascular, i pot presentar interaccions amb diversos fàrmacs.

Els nous fàrmacs “jo també”, protegits per patent, són objecte de forta promoció comercial, però en el moment de la seva aprovació hi ha poca informació sobre l'eficàcia i la toxicitat en comparació dels ja disponibles.

La introducció en terapèutica de fàrmacs repetitius és un malbaratament, perquè és innecessària, planteja incertesa sobre els seus possibles efectes indesitjats i incrementa els costos. A més, obliga a dedicar recursos de recerca, gestió i informació i formació continuada, que no es poden dedicar a altres activitats que són més prioritàries.

Els fàrmacs “jo també” només haurien de ser finançats pel SNS si se'n demostrés la superioritat (i no sols no inferioritat) en comparació d'altres disponibles, o bé per a grups específics de persones (com nens o gent gran).

1. Med Lett Drugs Ther 2010;52:57-58.

2. Gagne JJ, Choudhry NK. JAMA 2011;305:711-12.

la prescripció a llarg termini. Cal, per tant, complementar-les amb mesures que assegurin un ús més adequat dels medicaments.

Fa set anys ens preguntàvem, per què l'estatina, l'antihipertensiu o l'antipsicòtic que generen més despesa no són “el millor” de cada grup.⁷ I constatarem que **el preu dels medicaments no té relació**

amb el seu valor terapèutic, perquè en el mercat dels medicaments els compradors i venedors no hi tenen el seu paper clàssic: com més car és un medicament més agressiva n'és la promoció i més benefici econòmic genera, de manera que, paradoxalment, d'entre els fàrmacs d'un mateix grup, el més consumit no acostuma a ser el de millor relació benefici/risc, sinó el que genera més guanys (vegeu la taula 1).

A principis de 2011 s'anunciava la decisió del govern britànic d'establir el preu dels nous medicaments segons el seu valor terapèutic.⁸ Aquesta proposta té una motivació evident-

El preu dels medicaments no té relació amb el seu valor terapèutic

ment raonable, però és més aviat un brindis al sol. Com es defineix i es quantifica el valor tera-

pèutic? Hauríem de pagar un preu elevat per l'AAS cardiovascular? De fet, l'aprovació d'un nou medicament no hauria d'implacar automàticament que el seu consum hagi de ser finançat pel sistema de salut (vegeu la figura 1). Lamentablement, encara que la legislació

ho preveu explícitament, a Espanya es financen gairebé tots el medicaments que s'aproven.

Un canvi d'orientació per a la indústria?

Com la indústria del cinema, en les darreres dècades els guanys del sector farmacèutic s'han basat en alguns medicaments que generen supervendes (o *blockbusters*) (vegeu la taula 1), però sembla que aquest model està en crisi. L'anomenada “filosofia de les supervendes”, que ha dominat la indústria farmacèutica en

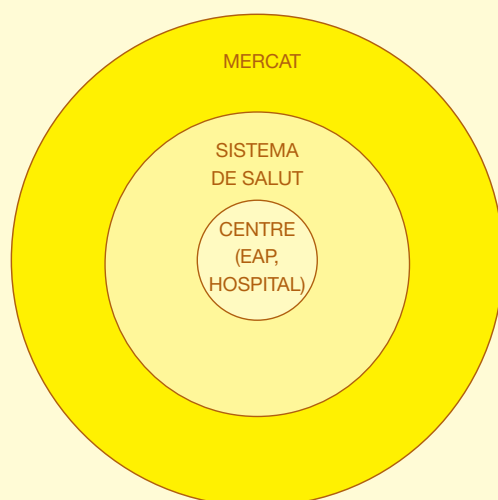


Figura 1. Les agències de medicaments (EMA, AEMPS) regulen la comercialització de medicaments (cercle extern). Dels medicaments autoritzats, el SNS n'hauria de seleccionar els que són més “cost-efectius”, és a dir els més eficients, sobre la base de la seva necessitat clínica, eficàcia, efectivitat, perfil i incidència dels efectes indesitjats, conveniència i cost (cercle intermedi). Les àrees de salut, incloses atenció primària i atenció especialitzada, hospitalària o no, a través de les seves comissions farmacoterapèutiques (CFT), poden seleccionar un nombre encara més limitat de medicaments, segons les seves necessitats clíniques, i de manera coordinada amb les seves activitats de formació continuada, establiment de protocols terapèutics, recerca clínica i farmacovigilància.

els darrers anys, proposa que els medicaments han de ser desenvolupats per a tantes persones com sigui possible per tal d'assolir unes vendes milionàries; és preferible que aquests medicaments “ni curin ni matin”, i que els usuaris els hagin de prendre durant tota la vida (per ex., estatines). La seva promoció s'acompanya de redefinicions de la malaltia i el malestar: es diu que qui ha patit un episodi de depressió ha de prendre antidepressius “preventius” durant tota la vida, s'exagera el reflux gastroesofàgic o la mera “protecció gàstrica” per justificar l'ús d'IPB de per vida, per no parlar de l'osteoporosi i l'enorme mercat farmacotòxic que es mou al seu voltant.⁹

Taula 1. Els cinc medicaments que generen més vendes al món no són essencials ni de primera elecció.

Lipitor® (atorvastatina)
Plavix® (clopidogrel)
Nexium® (esomeprazol)
Seretide® (salmeterol + fluticasona per via inhalatòria)
Crestor® (rosuvastatina)

(Dades d'IMS, vendes anuals mundials de juny de 2010 a maig de 2011).

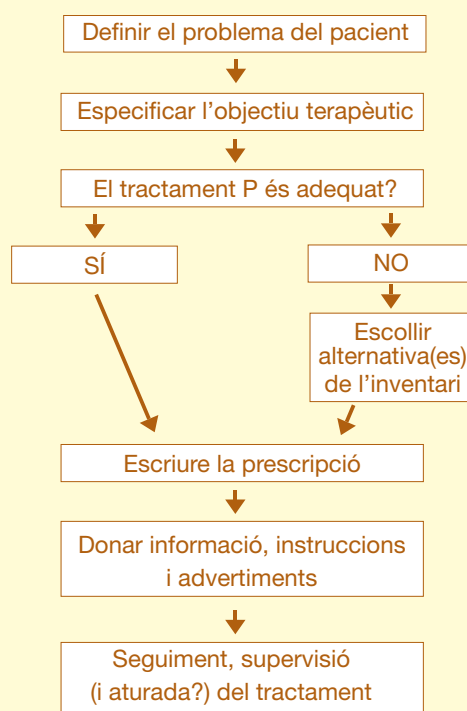
Practicar la prescripció saludable dels medicaments

L'any 1998 es va publicar la Guia de la bona prescripció de l'OMS. La FICF i el Col·legi de Metges de Barcelona en van publicar una versió en català l'any següent.¹ En aquest document, que podeu descarregar de la web de la FICF (www.icf.uab.cat/es/pdf/publicacions/gbpe.pdf), s'hi descriuen els procediments que cal aplicar per garantir una prescripció raonada dels medicaments. Essencialment el procés es basa en dues passes: **en primer lloc**, cal seleccionar els medicaments P (Preferits, de Primera elecció) per a les patologies més comunes, sobre la base de la comparació de l'eficàcia, els efectes indesitjats, la conveniència i el cost comparats de les diferents opcions existents per al tractament d'una malaltia. Així per exemple, se seleccionen els antihipertensius de primera i segona elecció entre els diürètics, IECA, ARA-II, bloquejadors β -adrenèrgics, bloquejadors dels canals de calci i bloquejadors alfa. Així es defineix un inventari personal (o de l'equip d'atenció primària, del servei hospitalari, etc.) dels medicaments preferibles per a cada situació i per a cada pacient concret.

En segon lloc, quan es prenen decisions terapèutiques davant d'un pacient concret, se segueix el procediment que es resumeix a la figura 2. Aquest procediment assegura que:

- Es defineixi de la manera més precisa possible quin és el problema que es vol tractar.
- S'especifiqui quin objectiu es vol assolir.
- Es comprovi que el medicament P és l'adequat per a aquell pacient concret (no hi tingui alguna contraindicació) i eventualment se n'esculli un de més adequat.
- S'informi al pacient sobre els objectius del tractament i se li donin instruccions, i
- Es planifiquin adequadament el seguiment i els criteris per aturar el tractament o continuar-lo.

Figura 2. El procés de la prescripció raonada.



OMS. Guia de la bona prescripció.¹

Tot i que la prescripció raonada dels medicaments no garanteix que se'n limiti la despesa, pot suposar un pas clau per a què el seu ús sigui més eficient (vegeu Quadre 4).¹⁰

El SNS no pot fer recaure la responsabilitat de la selecció de medicaments en el metge. Amb la quantitat de fàrmacs que hi ha comercialitzats, és impossible per a un sol professional o fins i tot per a un equip mantenir-se al dia sobre les novetats relatives a eficàcia, efectes indesitjats i costos. Si el SNS seleccionés els medicaments que finança seguint els criteris esmentats anteriorment, descarregaria considerablement al metge d'aquesta responsabilitat. El NICE britànic, el *Scottish Medicines Consortium* (SMC) a Escòcia, l'IQWiG a Alemanya o l'*Haute Autorité de Santé* (HAS) a França són organismes que efectuen aquesta tasca.

Quadre 4. Principis per a una prescripció més prudent de medicaments.¹

1. Pensar més enllà dels fàrmacs

- Considerar primer un tractament no farmacològic.
- Pensar en les possibles causes tractables.
- Buscar oportunitats per a la prevenció.
- Sempre que sigui possible, aplicar la prova del pas del temps, sobretot per a problemes autolimitats.

2. Practicar una prescripció més estratègica

- Utilitzar un nombre limitat i ben conegut de medicaments.
- Diferir el tractament farmacològic no urgent.
- Evitar un canvi injustificat de fàrmac.
- Ser prudent amb les formes d'ús no contrastades de fàrmacs: indicacions no autoritzades, eficàcia no provada.
- Sempre que sigui possible, començar un tractament només amb un fàrmac al mateix temps.

3. Mantenir una vigilància especial dels possibles efectes adversos

- Tenir un elevat grau de sospita de reaccions adverses.
- Ser conscient de les síndromes d'abstinència.
- Educar el pacient sobre possibles efectes adversos per a què els pugui reconèixer.

4. Ser prudent i escèptic amb els nous medicaments i les noves indicacions

- Buscar informació no esbiaixada.
- Esperar que els fàrmacs portin prou temps al mercat.

- Assegurar-se que el fàrmac millora un veritable resultat clínic, més que tractar o emascarar una variable subrogada.
- Estar atent a l'ampliació d'indicacions.
- Evitar ser seduït per la farmacologia molecular elegant.
- Estar atent a la publicació selectiva d'assaigs clínics.

5. Treballar amb el pacient per a establir objectius comuns

- No accedir automàticament a les peticions de fàrmacs.
- Considerar la manca de compliment quan un problema és refractari i abans d'afegir nous medicaments al tractament.
- Evitar reiniciar un tractament farmacològic que no havia produït resposta prèviament o que havia causat una reacció adversa.
- Suspendre el tractament amb medicaments que no siguin necessaris.
- Respectar les reserves dels pacients sobre els medicaments.

6. Considerar l'impacte del tractament farmacològic a llarg termini i en un sentit ampli

- Tenir en compte els resultats a llarg termini.
- Tenir en compte que alguns sistemes aparentment millorats poden invalidar l'efecte beneficiós marginal d'un nou fàrmac.

1. Schiff GD, Galanter WL, Duhig J, Lodolce AE, Koronkowski MJ, Lambert BL. Arch Intern Med 2011;171:1433-40.
<http://www.icf.uab.es/WebsietesDB/shortcut.asp?refid=91205>

Suport a la prescripció saludable

La prescripció raonada és un procés de decisió clínica complexa en la qual el **coneixement** hi té un paper essencial. Per tant, la formació continuada lligada a l'avaluació de resultats hauria de ser la peça angular d'una estratègia global de promoció de l'ús saludable dels medicaments que combini diferents intervencions.

Aquestes mesures haurien de formar part d'una estratègia pública més àmplia per promoure **informació i formació mèdica continuada realment independents**, que no sols ha d'enfortir les habilitats clíniques dels prescriptors, sinó també la seva responsabilitat professional. Un element clau per assegurar l'eficàcia d'aquestes polítiques és la participació i implicació activa dels prescriptors. A més, cal promoure una implicació més activa dels especialistes en la selecció de medicaments, coordinada amb l'atenció primària, per tal d'evitar la prescripció induïda que sigui evitable, i sobretot per garantir la continuïtat assistencial. Aquestes mesures s'han de situar en el marc de polítiques de finançament coherents, que considerin el valor terapèutic afegit dels fàrmacs com a eix central. En cas contrari, els metges ens seguirem preguntant quin sentit

té promoure la prescripció raonada dels medicaments en un context irracional.

Quadre 5.

El 5 de maig de 2011 el Parlament de Catalunya va aprovar per unanimitat impulsar un pla de racionalització de la despesa farmacèutica que inclogui les mesures següents:

- Substituir medicaments, en la prescripció amb finançament públic, per versions més barates i amb efectes terapèutics iguals, mitjançant l'ús de sistemes d'informació i incentius.
- Crear i enfortir la gestió professional del coneixement mitjançant comissions farmacoterapèutiques i d'altres tipus, amb recursos suficients per a garantir la informació i la formació continuada dels professionals, per tal que els avenços científics i tecnològics amb valor terapèutic i diagnòstic afegit arribin amb rapidesa als pacients.

Un element clau és el suport institucional a la selecció dels medicaments que reuneixin les millors garanties d'efectivitat, seguretat i eficiència. La constitució de **Comitès Farmacoterapèutics** (CFT) permet canalitzar el suport tècnic als metges, tant d'atenció primària com d'hospital, així com garantir-ne la participació en la presa de decisions institucionals. A Catalunya caldria promoure el desplegament de

tasques de difusió d'informació, formació continuada i recerca. L'experiència a l'Àmbit de Terres de l'Ebre, on es va constituir recentment un CFT per a l'atenció primària, ha aconseguit augmentar el grau d'acompliment de l'Estàndard de Qualitat de la Prescripció i a la vegada una reducció de més de 600.000 € l'any 2010 respecte a l'any anterior (vegeu el Quadre 5).

L'any 2008 es va constituir la Comissió Farmacoterapèutica (CFT) de l'ICS, la qual té com a objectius:

- Consensuar una **guia farmacoterapèutica** que inclogui els medicaments amb un perfil d'eficàcia, seguretat, comoditat i cost més favorables per a cada situació, en cada àmbit assistencial.
- Contribuir a **millorar la qualitat de la prescripció**, sobre la base de criteris d'idoneïtat, efectivitat, seguretat i eficiència, i
- Contribuir a **millorar la formació continuada** i a **desenvolupar línies d'avaluació i de recerca aplicada** en matèria de terapèutica amb medicaments.

En aquestes tasques de **selecció, seguiment i suport**, hi cal la participació activa i la confiança dels clínics (vegeu el Quadre 6).

La despesa del SNS en medicaments és resultat de les prescripcions del conjunt dels seus metges. Cap empresari amb seny permetria que qui decideix el que es compra a la seva em-

Per què es permet que el coneixement, la informació, i fins i tot la formació en el sistema de salut, siguin majoritàriament desenvolupats per les companyies farmacèutiques?

Les mesures formatives són poc atractives per a polítics i gestors. Tanmateix, són les que tenen efectes més duradors

presa s'informi sobre les bondats i defectes del que compra a través del venedor. Tampoc no ho farien els empresaris farmacèutics. Per què es permet que el coneixement, la informació, i fins i tot la formació en el sistema de salut, siguin ma-

ajoritàriament i preferentment desenvolupats per les companyies farmacèutiques? En els darrers 12 mesos s'han efectuat dues rebaixes de preus, que han frenat l'increment de la factura en medicaments, a la vegada que augmentava un 3% el nombre de receptes. Tanmateix, en el sistema de salut hi és habitual la difusió de missatges comercials. Mentre no es corregeixi aquesta greu deficiència, el sistema de salut no tindrà autonomia clínica per decidir en funció de les necessitats dels pacients, i no segons les necessitats del mercat.

Cal que el sistema de salut desenvolupi la seva pròpia cultura sobre la pràctica mèdica, les tecnologies i l'ús de medicaments. I cal que ho faci amb els mecanismes de consens més flexibles i realistes, però amb el rigor a què obliga la doble responsabilitat professional de procurar el millor per als pacients i defensar la viabilitat del sistema de salut.

L'objectiu de les mesures formatives o culturals és ajudar els metges a què prescrivin millor. El fet que tinguin efectes més lents les fa poc atractives per a polítics i gestors sanitaris, els quals tendeixen a buscar efectes immediats. No obstant, són les

Quadre 6. Les autoritats sanitàries haurien de crear un context adequat per a la prescripció saludable.

- El sistema de salut ha de seleccionar els medicaments més idonis amb procediments públics i transparents. (Ens sembla que l'SMC escocès és l'exemple més realista d'aquest model).
- Els **preus** dels nous medicaments i el seu **finançament** a càrrec del SNS haurien de tenir relació amb el seu valor terapèutic.
- La **promoció** comercial en els centres del sistema de salut hauria d'estar prohibida. Els seus continguts fora del sistema de salut haurien d'estar sotmesos a un control estricte.
- La indústria farmacèutica no hauria d'organitzar ni realitzar activitats de **formació continuada** dels professionals. En tot cas, la formació oferta per la indústria no hauria de ser acreditada.
- El SNS hauria de comptar amb un sistema propi d'**informació sobre medicaments i terapèutica**. El conjunt del SNS i cadascun dels seus centres haurien de comprovar i avaluar de manera continuada i sistemàtica els resultats obtinguts amb els medicaments, en termes d'efectes beneficiosos i efectes indesitjats.
- S'haurien de constituir a totes les àrees o regions sanitàries **Comitès Farmacoterapèutics**, integrats i liderats pels professionals, que:
 - elaborin protocols terapèutics,
 - seleccionin els medicaments més adequats,
 - organitzin la formació continuada dels seus professionals,
 - coordinin la continuïtat assistencial entre atenció primària i hospitals (prescripció induïda i altres problemes) i
 - estimulin l'avaluació dels efectes terapèutics i els efectes indesitjats (farmacovigilància).

que tenen efectes més duradors, i són les que en darrer terme poden donar millors resultats per als pacients. Els butlletins, protocols de tractament elaborats per consens, formularis i les visites personals per part de professionals qualificats poden ser eines útils per aconseguir aquest objectiu, si són de qualitat, orientats a problemes i produïts de manera independent de les companyies farmacèutiques (vegeu el Quadre 7).

Conclusions

Hi ha moltes possibilitats i oportunitats per millorar l'ús de medicaments en el SNS, de manera que la millora de la qualitat i l'atenció curosa a les necessitats dels pacients no impliqui un augment dels costos, sinó al contrari. Però per a què això sigui així, cal impulsar decididament la selecció de medicaments en el conjunt del SNS, prohibir l'activitat comercial als centres del SNS, establir sistemes d'informació sobre medicaments i terapèutica propis del SNS, que la formació continuada sigui desenvolupada al marge de la indústria farmacèutica i sense interferències

comercials, i desenvolupar una cultura d'avaluació dels resultats en salut.

En el proper número revisarem algunes àrees terapèutiques com diabetis, asma i MPOC, hipercolesterolèmia, hipertensió arterial i demència d'Alzheimer.

Bibliografia

1. Guia de la bona prescripció. Manual pràctic. Quaderns de la Bona Praxi, n° 10. COMB, Barcelona 1999. (Versió catalana de la *Guide to Good Prescription* publicada pel Programa d'Acció sobre els Medicaments Essencials de l'OMS).
2. PAM 2011;35:364-70.
<http://www.icf.uab.es/WebsietesDB/shortcut.asp?refid=90755>
3. Moon JC, Flett AS. BMJ 2011;342:30-32.
<http://www.icf.uab.es/WebsietesDB/shortcut.asp?refid=89972>
4. INFAC 2010;18:43-48.
<http://www.icf.uab.es/WebsietesDB/shortcut.asp?refid=89973>
5. Hughes D, Ferner R. BMJ 2010;340:690-92.
<http://www.icf.uab.es/WebsietesDB/shortcut.asp?refid=88185>
6. Butll Groc 2007;20:1-4.
www.icf.uab.es/ca/pdf/informacio/bg/bg201.07c.pdf
7. Butll Groc 2004;17:13-18.
www.icf.uab.es/ca/pdf/informacio/bg/bg175.04c.pdf
8. Hawkes N. BMJ 2011;342:13.
9. Collier R. CMAJ 2011, 17 juny.
www.cmaj.ca/cgi/rapidpdf/cmaj.109-3874v1
10. Diogène E, Figueras A. J Epidemiol Comm Health 2011;65:387-88.

Quadre 7. A la web de la Fundació Institut Català de Farmacologia hi podeu trobar: www.icf.uab.cat

- La col·lecció completa del Butlletí Groc.
- Un servei de notícies (no més de dues per setmana, per evitar la infoxicació!).
- Un servei d'atenció de consultes terapèutiques sobre malalts sobre els quals es fa difícil prendre decisions (sospita d'efecte advers, sospita d'interacció farmacològica, comorbiditat que pugui modificar l'efecte esperat del fàrmac, embaràs, etc.).
- La base de dades SIETES sobre novetats rellevants en farmacologia, terapèutica i polítiques farmacèutiques.
- Resums d'avaluacions de medicaments nous.
- Llibres de text d'accés lliure.

Director Joan-Ramon Laporte. **Redactora en cap** Montserrat Bosch.

Comitè de redacció C Aguilera, A Agustí, M Bosch, I Danés, R Llop.

Comitè editorial JM Castel, G Cereza, A Figueras, I Fuentes, L Ibáñez, JR Laporte, D Rodríguez, X Vidal.

Fundació Institut Català
de Farmacologia



© Fundació Institut Català de Farmacologia. Hospital Universitari Vall d'Hebron, P Vall d'Hebron 119-129, 08035 Barcelona. Tel. 93 428 30 29. Fax 93 489 41 09. www.icf.uab.cat. La Fundació Institut Català de Farmacologia és independent dels laboratoris farmacèutics i de les administracions sanitàries. No té finalitats de lucre i promou un ús saludable dels medicaments.

Els articles i notes publicats a Butlletí Groc no poden ser utilitzats per a anuncis, publicitat o altra promoció de vendes, ni poden ser reproduïts sense autorització escrita.

ISSN 0214-1922 - Dipòsit legal: B-20.962-88

Les peticions de subscripció d'estudiants, que són gratuïtes, s'han de dirigir a la Fundació Institut Català de Farmacologia (envieu-nos document acreditatiu).



Centre Col·laborador de l'OMS
per a la Recerca i la Formació
en Farmacoepidemiologia



Hay una versión de este boletín en castellano. Si desea recibir información de manera regular en castellano, comuníquelo a la Fundació Institut Català de Farmacologia.