

## 15 artículo

M<sup>a</sup> de los Ángeles Cruz Martos [[Buscar autor en Medline](#)]  
 Inmaculada Fernández Esteban [[Buscar autor en Medline](#)]



### Resultados en salud. Estudios en farmacoterapia

- |  |                                    |                                   |
|--|------------------------------------|-----------------------------------|
| <a href="#">Ver resúmen y puntos clave</a> | <a href="#">Ver texto completo</a> | <a href="#">Volver al sumario</a> |
|--|------------------------------------|-----------------------------------|

#### Texto completo

Tradicionalmente la calidad de la prescripción se ha evaluado a través de estudios descriptivos sobre consumo farmacéutico, cuyos resultados procedían de las bases de datos que explotan la información generada por la facturación de recetas. Con el tiempo, se ha ido produciendo un avance hacia estudios cualitativos en los que la prescripción se relaciona directamente con la indicación que la ha generado, y que estaban ligados a un esfuerzo importante en la obtención de los datos, pues se basaban fundamentalmente, en sus etapas iniciales, en la revisión de la historia clínica en papel.

El progreso en los sistemas informáticos que se ha puesto de manifiesto en los últimos años en las Comunidades Autónomas ha ido reduciendo las limitaciones que suponía la falta de mecanización de los registros asistenciales y esto unido a la necesidad de ir avanzando en la medida de la efectividad y eficiencia de los tratamientos farmacológicos, ha impulsado a los Farmacéuticos de Atención Primaria (FAP) a trabajar, junto con otros profesionales sanitarios, en otro tipo de investigación más "resolutiva": la investigación de resultados en salud (IRS), en la que se relacione el proceso asistencial o la intervención sanitaria, en nuestro caso el tratamiento farmacológico, con el resultado en términos de salud para un paciente o pacientes concretos con determinadas características demográficas o diagnósticas.

#### ¿Qué entendemos por resultados en salud?.

Los resultados en salud se han definido de diferentes maneras, aunque todas estas concepciones llevan implícitos dos componentes, el cambio en la salud y el motivo al que éste se atribuye<sup>1</sup> :

- cambio en el estado de salud asociado con el uso o provisión de un servicio sanitario
- efecto atribuible a una intervención o a la ausencia de la misma en el estado de salud
- resultados o efectos de determinados procesos relacionados con la intervención médica, la práctica clínica o la organización y suministro de servicios sanitarios u otros factores socioeconómicos, sobre la salud de un paciente concreto o de una población.

La investigación realizada a través de ensayos clínicos en poblaciones muy seleccionadas y con protocolos de tratamiento muy concretos, nos ofrecen información clara sobre la eficacia de un fármaco. El modo de trasladar esta información a las situaciones reales de la práctica clínica habitual supone el salto entre eficacia y efectividad/eficiencia del tratamiento farmacológico.

Se debe realizar un esfuerzo en incorporar los resultados que nos ofrece la medicina basada en la evidencia, a través de los ensayos clínicos y revisiones sistemáticas, a la práctica cotidiana de nuestro entorno, buscando resultados en salud en nuestros pacientes. Llevar la evidencia a la práctica es un proceso complejo<sup>2</sup> que suele requerir varias fases en las que intervienen tanto profesionales sanitarios como pacientes: el conocimiento de la mejor evidencia disponible, la aprobación de la nueva evidencia, la posibilidad de la aplicación a los grupos adecuados de población, tener acceso a la nueva alternativa terapéutica y conocerla, vencer la resistencia al cambio y conseguir el acuerdo con el paciente que mejore el cumplimiento<sup>3</sup>. La IRS es una herramienta que nos permite cuantificar el cambio producido desde el primer paso al último, informándonos sobre la modificación del estado de salud del paciente producida tras la implantación del tratamiento farmacológico. Por ello, la IRS no supone una alternativa a los ensayos

#### bibliografía

1. Borman B, Wilson N. Outcomes, Indicators, and Community Health Status. (Discussion Paper for the "Action for Health and Independence Conference", October 1998). Wellington: Ministry of Health, 1998.
2. McColl A, Roderick P, Gavia J, Smith H, Moore M. Performance indicators for primary care groups: an evidence based approach. *BMJ*. 1998;317:1354-1360.
3. Anónimo. El camino desde la investigación hasta mejorar la atención médica. *Evid. based med. (Ed. esp.)*. 2005;4(2):60-63.
4. Badia Llach X, Lizán Tudela L. Reflexiones sobre la investigación de resultados en salud. *Aten Primaria*. 2002;30(6):388-391.
5. Ministerio de Sanidad y Consumo. Marco Estratégico para la Mejora de la Atención Primaria de Salud:2007-2012. Proyecto AP21. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006.

[Ver más](#)

#### enlaces

No hay enlaces de interés

|               |                    |
|---------------|--------------------|
| número actual | números anteriores |
| contactar     | rceap en pda       |
| alertas       | sobre la revista   |

clínicos, sino un complemento a los mismos, proporcionando la validez externa de la que suelen carecer y midiendo las consecuencias clínicas y económicas de las intervenciones sanitarias. El objetivo que persigue la IRS hace que la Atención Primaria de Salud sea el marco principal de desarrollo de estos estudios<sup>4</sup>.

A pesar de la controversia que genera, en este artículo asumiremos que los resultados en salud suponen tanto la medición del resultado final (eficacia farmacoterapéutica en la morbi/mortalidad) como los resultados intermedios (valores analíticos, de control de la tensión arterial, de hemoglobina glicosilada,...) ya que el beneficio en la morbi/mortalidad tarda en producirse y su evaluación debe realizarse a largo plazo. Esto explica la dificultad de que pueda medirse directamente y la necesidad de recurrir a la medida de variables intermedias que se relacionen con el efecto final en la salud del paciente<sup>1,5</sup>.

### **¿Por qué realizar IRS desde atención primaria en relación con los medicamentos?**

La necesidad de conocer y evaluar los resultados en salud de nuestro sistema sanitario viene recogida en la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud<sup>6</sup> y en la Ley de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios<sup>7</sup>.

La importancia que tiene que este tipo de investigación se realice desde la Atención Primaria de Salud viene determinada porque es en este nivel donde habitualmente se produce el primer contacto con el paciente y se mantiene en el tiempo, se realizan los procesos necesarios para su seguimiento y, por tanto, donde se recogen las experiencias de los pacientes y se producen los resultados en salud. El grueso de la información se encuentra en este ámbito<sup>8</sup>. En la **tabla 1** se sintetizan las características que hacen de la Atención Primaria el marco idóneo para realizar estudios de IRS<sup>9,10</sup>.

Así, el Marco Estratégico para la Mejora de la Atención Primaria de Salud en España (Proyecto AP21), publicado en diciembre de 2006, recoge una serie de estrategias orientadas a la mejora de la efectividad y la resolución entre las que se establecen, entre otras, el impulso del uso racional y calidad de los medicamentos, la evaluación y difusión de los resultados en salud y la promoción de un sistema de referencia de medición de resultados en salud. Algunas de las líneas de actuación de estas estrategias se recogen en la **tabla 2**.

Como se observa, la mejora en la efectividad y resolución de la Atención Primaria pasa inexcusablemente por el uso racional y de calidad de los medicamentos y la promoción de la evaluación de resultados en salud, aspectos en los que el FAP está trabajando activamente<sup>11-25</sup>.

### **Instrumentos de medida en resultados en salud**

Para poder cuantificar la efectividad/eficiencia del tratamiento farmacoterapéutico, como medida de resultado en salud, se necesitan instrumentos de medida estandarizados (indicadores) que nos aporten información sobre los tratamientos en un momento dado y su evolución en el tiempo. Esta información resulta esencial para facilitar, a los agentes del sistema sanitario, las decisiones a tomar en relación a la gestión farmacoterapéutica, con el objetivo de mejorar la calidad de los tratamientos que reciben los pacientes.

Existen algunas experiencias a nivel internacional de evaluación de resultados en salud (Estados Unidos<sup>26</sup>, Canadá<sup>27</sup>, Nueva Zelanda<sup>1</sup>, Reino Unido<sup>28</sup>, OCDE<sup>29</sup>, ...), pero en muy pocos casos hay indicadores en los que se vinculen estos resultados a la prescripción de fármacos. Las patologías en las que se ha asociado el tratamiento farmacológico con el resultado en salud son del área cardiovascular (insuficiencia cardíaca, cardiopatía isquémica, accidente cerebro-vascular)

La construcción de indicadores se puede realizar de manera no sistemática, sistemática (basada en la evidencia), por consenso (ej.: técnica Delphi), combinando el modo sistemático y el consenso (ej.: método RAND) o basados en guías. Si la evidencia disponible es limitada, las técnicas de consenso podrían ser lo más apropiado<sup>30</sup>. Teniendo en cuenta que los médicos de primaria están bastante de acuerdo sobre los indicadores de resultados en salud más valiosos para sus pacientes<sup>31</sup> y que un alto porcentaje de los indicadores de resultados en salud que se encuentran en la literatura están apoyados en niveles de evidencia inferior al que proporcionan los estudios de casos y controles o cohortes<sup>32</sup>, una técnica que combinara una construcción sistemática, es decir, basada en la evidencia, y que cuente con el consenso de los médicos, podría ser la más adecuada. La combinación de la evidencia científica con las técnicas de consenso tiene la ventaja de que se puede ampliar la evaluación a aquellos aspectos donde la evidencia es insuficiente y puede ser más adecuada que la aproximación meramente sistemática por acercarse más a la práctica clínica real<sup>26</sup>.

Los FAP pueden jugar un papel importante en la definición de indicadores basados en la mejor evidencia científica que puedan vincularse a resultados en salud. Esto unido al

conocimiento clínico de otros profesionales sanitarios (médicos y enfermeras), y en el marco del consenso con todos los agentes implicados, puede conllevar al éxito en el establecimiento de indicadores farmacoterapéuticos de resultados en salud.

Por tanto, una aproximación adecuada para la construcción de indicadores en resultados en salud pasaría por las siguientes fases<sup>33</sup> :

- Determinación de la medida de salud en la que se quiere intervenir
- Creación de un grupo focal de expertos.
- Búsqueda bibliográfica para identificar intervenciones de efectividad probada.
- Valoración metodológica de los artículos y de la eficacia de las intervenciones según la medicina basada en la evidencia.
- Creación de indicadores.
- Evaluación continúa del valor del indicador y proceso de mejora.

Para garantizar su utilidad, los indicadores de resultados en salud deben cumplir, en lo posible, las siguientes características<sup>1,2,8,26,30,34,35</sup> :

- Aceptabilidad, tanto para el que va a gestionar la información que proporcionen como para el que va a participar en la generación de los resultados (Clínicos)
- Viabilidad: los datos deben ser válidos, disponibles y accesibles en las bases de datos.
- Confiabilidad: comparables y reproducibles
- Sensibilidad al cambio, por pequeño que este sea
- Validez predictiva: con capacidad de predecir la calidad de los resultados en salud
- Atribuible al sistema de atención sanitaria
- Relevancia: que mida aspectos de interés para los agentes implicados
- Disponibilidad en un tiempo que tenga sentido desde el punto de vista de su utilidad y a un coste razonable
- Que puedan ser evaluados a lo largo del tiempo

En el Marco Estratégico para la Mejora de la Atención Primaria en España 2007-20125 (**proyecto AP21**) y en el proyecto sobre **Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud**<sup>36</sup>, del Ministerio de Sanidad y Consumo, se recogen una serie de indicadores farmacoterapéuticos que se muestran en la **tabla 3**.

Como se puede observar, y a pesar de que lo que se pretende por parte del Ministerio de Sanidad es medir la efectividad/eficiencia de las intervenciones, en el caso de la utilización de medicamentos, la construcción de estos indicadores difícilmente puede dar lugar a la obtención de información sobre resultados en salud, ya que son indicadores exclusivamente de prescripción, no ligados a datos clínicos de los pacientes.

Esta situación nos lleva a que, actualmente, no exista una homogeneidad en cuanto a la construcción de indicadores farmacoterapéuticos de resultados en salud a nivel estatal aunque a nivel autonómico existen ya algunas propuestas<sup>37</sup>. Ante esta circunstancia, y siempre que sea posible, para la construcción de un indicador es preferible comenzar por la adopción de definiciones ya utilizadas a nivel internacional o autonómico y, si no es posible, de estudios y trabajos previos de nuestro entorno.

### **Fuentes de información. Registros.**

La fuente de información para el estudio de resultados en salud es fundamentalmente la historia clínica (HC), ya sea en papel o incluida en los sistemas informáticos de información clínica.

El avance de las aplicaciones informáticas ha permitido, en los últimos años, conseguir una mejora en la explotación de los datos de la HC y vincular la prescripción con códigos de pacientes, indicación y con información sobre resultados en salud. Estos sistemas de información de servicios sanitarios nos permiten obtener datos sobre los diferentes tratamientos farmacológicos y sus resultados en salud (intermedios o finales) de la población que acude a los servicios sanitarios de manera más ágil que la HC en papel.

Entre las utilidades de los sistemas de información clínica encontramos<sup>9,38</sup> :

- Facilitan una planificación del programa asistencial individual, simplificando el registro de los datos y optimizando la gestión del tiempo.
- Permiten compartir información con pacientes y profesionales para coordinar la asistencia.
- Identifican subgrupos relevantes de población para una atención proactiva, en especial para actividades relacionadas con la promoción de la salud y la medicina preventiva.
- Pueden incluir sistemas de apoyo en la toma de decisiones clínicas y protocolos orientados a la mejora del manejo de los pacientes.
- Proporcionan recuerdos y sistemas de alerta para profesionales y pacientes.

- Facilitan la evaluación de la calidad asistencial y la monitorización del desempeño del equipo asistencial y del sistema sanitario, permitiendo identificar de forma más sencilla oportunidades de mejora.

Entre las ventajas que nos proporciona la utilización de los sistemas de información clínica enfocados a la IRS se pueden destacar<sup>39</sup>:

- Permiten realizar estudios poblacionales, ya que recoge información de todas las historias clínicas de los pacientes, nos seleccionando muestras de pacientes que puede que no sean representativas
- La información que se obtiene es homogénea
- Los datos se consiguen rápidamente y con bajo coste de ejecución
- Son flexibles, permitiendo readaptar los criterios en cada evaluación
- La información es fácilmente reproducible en los entornos que utilicen los mismos sistemas.

En una revisión realizada por la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del Instituto de Salud Carlos III se ha evaluado la efectividad de diferencias estrategias, entre las que se encuentran los sistemas de información clínica, cambios organizativos, participación comunitaria, diseño de la práctica clínica, apoyo a la toma de decisiones y autocontrol, destinadas a la mejora de la salud en cuatro patologías crónicas (asma, diabetes, hipertensión e insuficiencia cardíaca)<sup>38</sup>. Entre las variables de resultado se consideran el manejo clínico de los enfermos (que incluye el tratamiento farmacológico y pruebas de control de la enfermedad), resultados clínicos (gravedad y sintomatología) e indicadores de capacidad de autocontrol.

Se concluye que, reunir en una misma intervención estrategias de autocontrol con sistemas de información clínica, ofrece resultados positivos en capacidad de autocontrol. Los buenos resultados en capacidad de autocontrol y manejo se han asociado a la consecución de buenos resultados clínicos, lo que deriva en una mejora significativa del estado de salud de la población.

Estos sistemas poseen también limitaciones que nos condicionarán el diseño y los resultados de la IRS<sup>39</sup>:

- Obliga a adecuarse al modo de almacenamiento de los datos con el que funciona cada sistema de información clínica
- Hace necesario que los profesionales realicen una cumplimentación adecuada de los datos en la historia clínica
- Resulta complicado valorar a pacientes que están siendo seguidos por otros clínicos fuera del ámbito de atención primaria

Como ya hemos comentado anteriormente, la evaluación de los resultados en salud se debe basar en primer lugar en la utilización de las mejores evidencias disponibles para, con ello, establecer indicadores que nos midan la efectividad/eficiencia de las intervenciones farmacoterapéuticas. Es importante mejorar la calidad de los registros en AP para obtener el máximo beneficio en la explotación de los datos, aunque el hecho de que una de las limitaciones sea la falta de información completa que se recoge actualmente en los sistemas de información clínica no debe ser un impedimento para la realización de este tipo de investigación, pues siempre es mejor conocer, aunque sea con limitaciones, que la ausencia de conocimiento. Los beneficios que esta actitud puede generar en los clínicos pasa por la motivación que les puede producir conocer el resultado de su propio trabajo<sup>5</sup>.

### **Confidencialidad. Protección de datos**

Cuando se plantea la utilización de los registros de la HC para realizar un estudio de IRS es importante respetar las normativas que se refieren a la confidencialidad y protección de datos de carácter personal. Lo fundamental es tener en cuenta la finalidad que se le va a dar a la información obtenida y la competencia que tienen los profesionales y/o organismos para poder acceder a esos datos.

Dos son las legislaciones a contemplar: la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal<sup>40</sup> (LOPD) y la Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica<sup>41</sup> (LBAP).

En el artículo 4.1 de la LOPD se recoge que los datos de carácter personal sólo se podrán recoger para su tratamiento, así como someterlos a dicho tratamiento, cuando sean adecuados, pertinentes y no excesivos en relación con el ámbito y las finalidades determinadas, explícitas y legítimas para las que se hayan obtenido, en nuestro caso, el asistencial y el art. 4.2 establece que los datos de carácter personal objeto de tratamiento no podrán usarse para finalidades incompatibles con aquellas para las que los datos hubieran sido recogidos, aunque no se considerará incompatible el tratamiento posterior

de estos con fines históricos, estadísticos o científicos por lo que, en principio, y en lo que respecta a ésta ley, estaría legitimada la utilización de los datos recogidos en la HC para estudios de IRS.

En cuanto a la LBAP, en su artículo 16.3, establece la regla general de uso de la información contenida en la historia clínica del paciente con fines judiciales, epidemiológicos, de salud pública, de investigación o de docencia, remitiéndose a lo dispuesto por la LOPD, a la Ley 14/1986, General de Sanidad, y demás normas de aplicación en cada caso. Regula el mencionado artículo que el acceso a la historia clínica con estos fines obliga a preservar los datos de identificación personal del paciente, separados de los de carácter clínico-asistencial. El hecho de preservar el anonimato del paciente se contempla de manera general en los estudios de IRS.

Cuando un profesional se plantea realizar un estudio de IRS deberá tener en cuenta, además de respetar las dos legislaciones mencionadas, que el archivo de datos sobre el que quiera efectuar el estudio está registrado en la Agencia Estatal de Protección de Datos y solicitar al Responsable del Fichero la autorización para la cesión y tratamiento de estos datos. El Responsable del Fichero deberá garantizar la confidencialidad de los pacientes, no permitiendo que se incluya información que permita su identificación.

### **Prioridades de investigación en resultados en salud**

Existen numerosos estudios descriptivos que aportan datos de consumo de farmacia obtenidos a través de sistemas informáticos de prescripción, pero hasta el momento se ha avanzado menos en la conexión entre la utilización de medicamentos y los resultados en la mejora de la salud de los pacientes.

En nuestro entorno, la mayor parte de las publicaciones sobre resultados en salud relacionados con la farmacoterapia, siguen manteniendo la orientación descriptiva, centrándose en la presentación de resultados intermedios y avanzando en la capacidad que tienen estos estudios para fomentar la autoevaluación. Es menos habitual la evaluación centrada en resultados finales sobre la morbi/mortalidad, aunque en este sentido se han realizado ya aproximaciones<sup>33</sup>.

Encontramos ejemplos de estudios descriptivos en diferentes campos de la terapéutica, como: adecuación de la prescripción de indicadores de la bomba de protones a las indicaciones aprobadas<sup>42</sup>; utilización de indicadores de resultados en salud para la evaluación de la terapia antihipertensiva<sup>19,20,25</sup>, análisis de la asociación entre el cumplimiento de los indicadores de farmacia y los indicadores de control asistencial en hipertensión, dislipemia y diabetes mellitus tipo 2 (DM2)<sup>11</sup>, determinación de la correlación entre el consumo de fármacos para la osteoporosis y las tasas de fracturas de cadera<sup>12</sup>, evaluación del manejo de los trastornos lipídicos relacionándolo, entre otros factores, con el tratamiento hipolipemiente<sup>15,43</sup>; descripción del grado de control de los pacientes con DM2, relacionándolo con el tratamiento con antidiabéticos<sup>13,14,18,21,44</sup>; evaluación del impacto de la adherencia al tratamiento con estatinas en la aparición de eventos coronarios no fatales<sup>45</sup>, determinación de la relación entre los indicadores de prescripción de antimicrobianos y los resultados en salud en pediatría<sup>22</sup>, análisis del nivel de registro de variables antropométricas y analíticas para el seguimiento del tratamiento de pacientes con DM2, evaluación de la morbilidad, uso de recursos y coste en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) tratados con bromuro de tiotropio<sup>17</sup> etc. También se encuentran propuestas de estudios de intervención como los dirigidos a: reducir las interacciones clínicamente relevantes con la combinación de estrategias habituales del FAP<sup>46</sup>, evaluar el impacto de la implantación de una guía de práctica clínica de EPOC en la mejora de la adecuación del tratamiento y del registro del hábito tabáquico y de las espirometrías<sup>24</sup> o valorar la repercusión de una estrategia de incorporación de información sobre prescripción-indicación en el área cardiovascular<sup>23</sup>.

Entre las prioridades para la IRS hay que destacar las enfermedades crónicas, debido al aumento en la esperanza de vida y al aumento de la morbilidad. Las enfermedades crónicas afectan a la calidad de vida y al estado funcional de las personas que las padecen e incrementan el consumo de recursos sanitarios. Se ha descrito que el 75% del gasto farmacéutico está relacionado con las enfermedades crónicas<sup>38</sup>.

### **Aplicabilidad de los resultados**

La IRS integrada en proyectos que impliquen la conjunción de los sistemas de información clínica y la medicina basada en la evidencia, puede ser innovador de cara a una mejora continua del producto asistencial<sup>33</sup>. El feed-back de la información puede ayudar a identificar las áreas de mejora y promover cambios de conducta, pudiendo introducir la IRS en programas de calidad asistencial.

Es importante trasladar a los profesionales la información generada a través de los estudios de resultados en salud, que le permitan la autoevaluación de sus prescripciones,

tanto en adecuación (mediante la identificación de los individuos expuestos a tratamientos inadecuados), como en efectividad lograda (mediante la identificación de sujetos que no han alcanzado los objetivos terapéuticos o que presentan un control clínico insuficiente). Ésta identificación se podría materializar mediante sistemas de alarma integrados en el sistema de información clínica o mediante la generación periódica de listados de individuos en tratamiento susceptibles de mejora terapéutica.

Indirectamente, la medición de estos resultados repercutirá en la mejora de los registros que se producen en los sistemas de información clínica, como elemento fundamental para la generación de conocimiento.

Otro enfoque diferente es el de la inclusión de los indicadores de resultados en salud como normas técnicas de calidad en la cartera de servicios de las Comunidades Autónomas<sup>37</sup>, lo que supone un avance fundamental al ser éste un instrumento muy importante para potenciar la calidad asistencial.

### **Papel del farmacéutico en el desarrollo del IRS.**

Las actividades de los profesionales sanitarios de Atención Primaria deben orientarse a conseguir los mejores resultados en la salud de los usuarios de sus servicios y, en este sentido, los FAP tienen un papel fundamental en promover todas las actividades que contribuyan a la mejora continua de la calidad de la prescripción farmacéutica y, en último término, al beneficio del paciente, impulsando el uso efectivo y eficiente de los medicamentos.

Numerosas publicaciones han puesto de manifiesto la necesidad de promover la investigación en Atención Primaria<sup>47,48,49</sup>. En particular en lo que afecta a la investigación en farmacoterapia, se hace patente la necesidad de progresar desde los estudios descriptivos de utilización de medicamentos a aquellos que nos aportan una información más útil, por abarcar los resultados clínicos que se consiguen con el tratamiento farmacológico. Esto implica un avance en los planteamientos de los objetivos de los estudios que se realizan desde los Servicios de Farmacia de Atención Primaria y ofrece nuevas oportunidades que el FAP, sin duda, debe aprovechar. El FAP ha demostrado su liderazgo en el desarrollo de herramientas de ayuda a los clínicos en la toma de decisiones farmacoterapéuticas, por lo que, en este momento, debe cuestionarse si sus actuaciones están consiguiendo, en la práctica, el objetivo de mejorar el estado de salud de los pacientes y debe afrontar como una responsabilidad la generación de conocimiento sobre los resultados clínicos derivados del uso de los medicamentos. Una revisión de las publicaciones presentadas en el último Congreso Nacional de la Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Primaria nos permite constatar que los FAP están realizando este tipo de estudios y que están incluyendo la IRS entre sus líneas de trabajo ya que podemos encontrar numerosas experiencias en diferentes áreas terapéuticas<sup>11-25</sup>. Esto les sitúa en una buena posición para proponer y desarrollar estudios observacionales sobre resultados en salud en farmacoterapia e implicar a otros profesionales sanitarios, ejerciendo un papel de dinamizadores.

En definitiva, los FAP deben implicarse necesariamente en el análisis de los datos obtenidos a través de las fuentes de información de prescripción y de los resultados en salud generados a través del estudio de la información de la historia clínica, para disponer así de los datos de efectividad/eficiencia de los tratamientos que le permitan plantear líneas de actuación que mejoren en la práctica el uso racional del medicamento.

