



## 15 artículo

Arantxa Catalán [[Buscar autor en Medline](#)]

Laura Diego [[Buscar autor en Medline](#)]

M<sup>a</sup> Àngels Pons [[Buscar autor en Medline](#)]



### Estrategias de las organizaciones sanitarias para la mejora de la utilización de medicamentos

[Ver resumen y puntos clave](#)

[Ver texto completo](#)

[Volver al sumario](#)

#### Texto completo

##### Introducción

Las organizaciones sanitarias disponen de relativamente pocos recursos para lograr que las actividades que se desempeñan en sus centros sean seguras y efectivas y proporcionen los mejores resultados en salud, sin comprometer su sostenibilidad financiera. Por ello es importante que los gestores sanitarios tomen decisiones bien informadas lo que significa que sus estrategias de mejora se han de construir sobre el conocimiento de tres pilares fundamentales:

1. Definir inequívocamente cuales son las áreas clínicas susceptibles de ser mejoradas y elaborar directrices basadas en la mejor evidencia científica disponible.
2. Seleccionar la intervención sanitaria más efectiva en cada caso e identificar los recursos necesarios para llevarla a cabo.
3. Identificar los beneficios obtenidos y los costes que se derivan de los cambios de comportamiento conseguidos.

En los últimos años han proliferado las iniciativas orientadas a modificar **los hábitos de prescripción y el consumo de medicamentos** por parte de médicos y pacientes, respectivamente, por lo que en la actualidad se dispone de un considerable conocimiento de la efectividad de las diversas estrategias de mejora empleadas. Así por ejemplo, hay constancia de que cambios organizativos muy relevantes como, los inherentes a la propia reforma de la atención primaria tuvieron un efecto muy favorable en nuestro país sobre la calidad de la prescripción y el gasto farmacéutico así como también sobre la salud de la población (Madrídejos 1991, Catalán 1997, Villabí 1999).

En este artículo se revisan las características de las estrategias de mejora del empleo de medicamentos utilizadas por las organizaciones sanitarias de nuestro país y de otros países de referencia de nuestro entorno sanitario así como las evidencias científicas que las avalan.

##### Áreas de mejora relacionadas con el empleo de medicamentos

El empleo de medicamentos, sus determinantes y posibilidades de mejora han sido siempre objeto de estudio y análisis en la atención primaria de salud, nivel asistencial donde se concentra el uso de prácticamente el 90% de este recurso terapéutico. Se da la circunstancia de que en este ámbito el gasto farmacéutico ha venido creciendo en los últimos años por encima de cualquier otro capítulo sanitario, los nuevos medicamentos sustituyen indiscriminadamente a los que cuentan con más experiencia de uso y donde la calidad de la prescripción -en términos de aplicación de la evidencia científica- dista mucho de ser la más adecuada.

En su día la Organización Mundial de la Salud ya estableció que los parámetros que determinan la adecuación de la terapéutica farmacológica hacen referencia no sólo a la calidad científico-técnica -seguridad y eficacia- del medicamento prescrito, sino también a su adecuación a la situación clínica concreta del paciente y a la efectividad y eficiencia de los tratamientos prescritos (OMS, 2002).

Las estrategias de mejora del empleo de medicamentos deben contribuir a proporcionar los mejores resultados sanitarios mediante el empleo de una adecuada terapéutica

#### bibliografía

1. Aaserud M, Dahlgren AT, Kosters JP, Oxman AD, Ramsay C, Sturm H. Pharmaceutical policies: effects of reference pricing, other pricing, and purchasing policies. *Cochrane Database of Systematic Review* 2006, Issue 2. Art. No.: CD005979. DOI: 10.1002/14651858.CD005979.

2. Aizpurua I. Drug Evaluation: Spanish bulletins work together. *ISDB Newsletter* 2007; 21(2): 5-6

3. Anderson, J.F., McEwan, K.L., Hurdey, W.P. Effectiveness of notification and group education in modifying prescribing of regulated analgesics. *Canadian Medical Association Journal* 1996; 154:31-9.

4. Ausejo M, Arias J, Cruz MA, Pérez P, Abad A, Mataix A. Resultados del programa de ayuda a la toma de decisiones en osteoporosis: evidencia científica y preferencias de los pacientes. XI Congreso SEFAP. Nuevas estrategias en terrenos conocidos. 2006 Octubre 25-27; Burgos.

[Ver más](#)

#### enlaces

No hay enlaces de interés



farmacológica, sin comprometer la calidad de la asistencia y la seguridad del paciente. Sin embargo, la mayoría de las iniciativas desarrolladas en atención primaria van orientadas al control del gasto farmacéutico, sólo algunas a mejorar diversos aspectos de la calidad científico-técnica de la prescripción o a su adecuación a la condición clínica, y muy pocos estudios aportan el impacto sobre resultados en salud.

Así, se conoce que es factible el control de la factura de farmacia –sobre todo mediante el empleo de genéricos o modulando el mercado de la oferta de medicamentos-, o que es posible introducir mejoras cualitativas de la prescripción fundamentalmente basadas en criterios de selección de fármacos de primera línea. La mayoría de las dificultades se centran en conseguir poner freno a la utilización indiscriminada de los nuevos medicamentos así como a los hábitos de sobreutilización de fármacos.

En relación a los beneficios obtenidos, normalmente las intervenciones proporcionan datos económicos (ej.: ahorro proporcionado por el empleo de genéricos) haciendo muy pocas referencias a las mejoras clínicas obtenidas o a los problemas evitados.

En conclusión, las áreas de mejora en el uso de fármacos deben abarcar todas las dimensiones de lo que la OMS considera una terapéutica farmacológica de calidad, sin olvidar que la evaluación de su efecto ha de formularse en términos de coste/efectividad.

## **Directrices sobre empleo de medicamentos**

### ***Dirigidas a los profesionales sanitarios***

La socialización de la medicina basada en la evidencia y su empleo como base científica para ayudar a tomar decisiones en el campo de la tecnología sanitaria y concretamente del empleo de medicamentos, ha comportado la disponibilidad de un elevado número de directrices sobre medicamentos en forma de: fuentes independientes de información sobre medicamentos, guías farmacoterapéuticas, guías de práctica clínica, etc. Todas ellas se consideran importantes instrumentos de mejora de la práctica asistencial ya que permiten sintetizar la información y ofrecen unas pautas de conducta básicas ante determinados problemas de salud. Prácticamente todos los sistemas sanitarios disponen actualmente de sus propias directrices. Sin ánimo de ser exhaustivos la **tabla 1** recoge algunas de las principales iniciativas nacionales e internacionales disponibles en relación con la información de medicamentos a los profesionales sanitarios.

Finalmente, existen experiencias como la **Red Internacional de Guías de Práctica Clínica** que buscan aumentar la calidad de la asistencia sanitaria fomentando el desarrollo sistemático de guías y su aplicación en la práctica clínica o **Guiasalud** a nivel nacional y con una finalidad similar, con amplias referencias a la terapéutica farmacológica en un entorno asistencial integral. En ambos casos se emplean instrumentos orientados a medir la calidad de las recomendaciones emitidas, entre los que destaca la **Colaboración Agree**.

### ***Orientadas a usuarios y pacientes***

Cada vez son más frecuentes las fuentes que facilitan información rigurosa sobre medicamentos a pacientes o a la población general en la **tabla 2** recoge algunos ejemplos. También disponemos de instrumentos de ayuda a la toma de decisiones clínicas que presentan información contrastada sobre los beneficios y los riesgos de las patologías y sus tratamientos, en un formato que ayuda a que médicos y pacientes decidan conjuntamente. La Cochrane ha establecido los criterios CREDIBLE para evaluar este tipo de información, la **Organización Discern** también ha publicado sus directrices de cómo debían ser este tipo de instrumentos.

Más que en la disponibilidad de directrices, la dificultad en la mejora del empleo de medicamentos estriba en trasladar la evidencia científica disponible a la práctica clínica (Ortún 2007). En este sentido, se han empleado diferentes tipos de intervenciones cuya efectividad es revisada a continuación.

## **Efectividad de las intervenciones disponibles**

Una de las principales fuentes de conocimiento sobre la efectividad de las diferentes intervenciones disponibles, procede de la **Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Group (EPOC)**, grupo de la colaboración Cochrane que produce revisiones sistemáticas de la efectividad de las intervenciones capaces de mejorar la práctica clínica. La experiencia de este grupo así como la taxonomía elaborada para la clasificación de dichas intervenciones de tipo organizativo, financiero, regulador, o dirigidas a profesionales, está disponible en el documento *The data collection checklist*.

También relevante resulta la aportación de Grimshaw y colaboradores que en 2004 hicieron pública una esperada revisión sistemática de los ensayos clínicos publicados desde 1966 hasta 1998 acerca de la efectividad y eficiencia de las diferentes estrategias empleadas para diseminar directrices de práctica clínica (Grimshaw 2004). Las intervenciones evaluadas son básicamente las dirigidas a los profesionales -recordatorios,

difusión de material educativo, auditorias, retroalimentación y visitas educativas- y consiguen mejoras asistenciales entre moderadas y modestas. Prácticamente no existen evaluaciones del coste/beneficio de estas iniciativas.

Específicamente en el ámbito de los medicamentos destaca la revisión de la *Harvard Medical School* que revisa las intervenciones realizadas en las organizaciones de Managed Care (Pearson 2003). Hay evidencia consistente sobre la eficacia de diversas estrategias aunque poco se conoce todavía en relación con los resultados clínicos a largo plazo .

Recientemente se comienza a disponer de datos sobre la efectividad de las intervenciones de mejora de la práctica clínica que implican a los pacientes. Destaca en esta línea las aportaciones de la Dra. Barbara Coulter del *Picker Institute* (Coulter 2007).

A continuación se detalla la eficacia de las diferentes intervenciones empleadas en torno al empleo de medicamentos, que quedan resumidas en la **tabla 3**.

### **Intervenciones dirigidas a los profesionales sanitarios**

- **Difusión de material educativo.** Se conoce que el efecto de la información farmacológica facilitada a través de material escrito -como artículos en revistas, cartas o publicaciones específicas-, material audiovisual o publicaciones electrónicas, a pesar de que sean remitidas individualmente a los profesionales, tiene escasa o muy poca influencia sobre los hábitos de prescripción (Freemantle 2000), especialmente si no va acompañada de otra intervención. Su escaso efecto tiene además corta duración en el tiempo (Grimshaw 2004, Martens 2006) pero a pesar de sus limitaciones constituye una de las iniciativas más empleadas por las organizaciones sanitarias.
- **Educación grupal.** No existe ningún método educativo grupal -participación de los profesionales sanitarios en congresos, conferencias, talleres o periodos de prácticas- que, aplicado de forma aislada, sea efectivo especialmente si se basa en lecciones magistrales, se dirige a personas sometidas a un exceso de trabajo o que asisten por obligación (Pearson 2003). Los cursos que incluyen discusiones de grupo o *roleplaying* son más efectivos ya que refuerzan la presión del grupo en el cambio de hábitos. En todo caso, se emplea poco como estrategia principal para mejorar el uso de medicamentos.
- **Procesos de consenso local.** La inclusión de profesionales para hacerles partícipes mediante su opinión tanto en la priorización de un problema clínico como en las propuestas de solución acordadas constituye una estrategia efectiva para implementar diferentes tipos de directrices clínicas.
- **Visitas educativas.** Se basa en la visita a los centros de salud de personal debidamente formado que facilita información a los profesionales con el fin de cambiar sus actuaciones clínicas. Es uno de los métodos más empleados y considerado de los más efectivos especialmente si se complementa de material escrito, de intervenciones periódicas de recordatorio y si se dirige especialmente a los grandes prescriptores. En las décadas de los 80 y 90 se publicaron múltiples experiencias basadas en esta técnica (Avorn, 1983, Ray, 1986 Font, 1991, Anderson 1996, Thomson 1999). Recientemente su efectividad ha sido cuestionada sobre todo cuando se trata de centros de salud de grandes dimensiones (Freemantle 2002).
- **Líderes locales de opinión.** La mayoría de profesionales son muy sensibles a las valoraciones de sus compañeros, especialmente cuando éstos son líderes de opinión. Mejorar la prescripción mediante métodos participativos como la creación de protocolos, guías o auditorias, requiere involucrar a estos profesionales de gran capacidad de influencia. De la misma forma éstos también han de considerarse el foco de las actuaciones educativas.
- **Auditoria y retroalimentación.** Diversos estudios controlados muestran que los mecanismos basados en devolver a los prescriptores un resumen de su comportamiento clínico tienen un efecto entre modesto y moderado sobre los hábitos de prescripción (Gehlbach, 1984, Parrino, 1989). La efectividad de esta intervención se ve incrementada cuando se recomiendan acciones para pacientes individuales de acuerdo a protocolos predefinidos (Pearson 2003, Madrideoj-Mora 2004), si los médicos están de acuerdo en revisar su actividad profesional y la información se devuelve inmediatamente después de realizar la decisión clínica o si se complementa con programas de formación dirigidos a profesionales y pacientes (Grimshaw 2004). A pesar de que los métodos informáticos actuales permiten mantener un feedback indefinidamente y a bajo coste, los diferentes autores coinciden en afirmar que su efecto positivo, cuando existe, se agota con el tiempo.
- **Recordatorios.** Se ha ensayado con éxito en el proceso de introducción de guías farmacoterapéuticas específicas para mejorar la prescripción de algunos tipos de fármacos ó a través de mecanismos informáticos de prescripción asistida que advierten sobre la existencia de problemas de seguridad atendiendo a las características clínicas de cada paciente (Sequist 2005). La efectividad de esta estrategia es moderada a pesar de ser una de las más empleadas y evaluadas de manera aislada en la literatura (Grimshaw 2004).
- **Intervenciones mediadas por el paciente.** Están orientadas a avanzar hacia una relación igualitaria médico-paciente donde el profesional participa con ciencia y

experiencia clínica mientras que el paciente lo hace con el conocimiento exclusivo de sus molestias, valores y preferencias (Coulter 2002). Recientemente se ha revisado la literatura científica sobre las intervenciones de mejora de la calidad asistencial orientadas a los pacientes (Coulter 2007). En la base de datos de la **Health Foundation** y en el *Picker Institute* (Coulter 2006) pueden encontrarse tanto los estudios incluidos como un informe completo al respecto. Según este análisis las principales estrategias empleadas para implicar a los pacientes se han centrado en aumentar la cultura sanitaria de la población, mejorar el proceso de toma de decisiones compartidas, fomentar el autocuidado de los pacientes y potenciar su seguridad. La **tabla 4** muestra las diversas estrategias empleadas en cada caso.

Cada vez es más sólida la evidencia de que la implicación del paciente puede mejorar la efectividad de las intervenciones sanitarias en términos de calidad, eficiencia y resultados clínicos. En el ámbito de la terapéutica farmacológica, se ha podido demostrar también cómo la implicación de los pacientes puede contribuir a la priorización y selección de medicamentos en patologías crónicas, a mejorar el cumplimiento y a fomentar en general la seguridad en el manejo de los medicamentos. (Coulter 2006)

### **Intervenciones de carácter financiero**

- **Sistemas de pago a los médicos. Incentivos económicos a los profesionales sanitarios.** Aunque se barajan distintos sistemas de compra de servicios sanitarios (pago por servicio, compra capítativa o salario) y se sugieren consecuencias favorables de algunos modelos, no hay estudios rigurosos ni ensayos clínicos que avalen su impacto en el empleo de medicamentos debido a la dificultad de aislar únicamente el modelo empleado (Gosden 2000). En todo caso, el sistema de pago no parece ser el factor con una mayor influencia sobre los hábitos de prescripción, pero sí el más fácil de modificar por los gestores sanitarios (Gerb 2006).

La Colaboración Cochrane ha analizado recientemente el impacto de las políticas farmacéuticas orientadas a modificar los hábitos de prescripción de medicamentos mediante estrategias financieras (Sturm 2007). La revisión recoge tanto experiencias de asignación de presupuestos de farmacia a los facultativos, como la incentivación económica de cambios en las pautas de prescripción. Se evaluaron como resultado aspectos relativos a mejoras cualitativas y cuantitativas en el empleo de medicamentos, la utilización de servicios sanitarios y/o resultados de salud. La gestión del presupuesto de farmacia por parte de los propios facultativos así como la regulación mediante programas indicativos de prescripción han demostrado tener resultados favorables. En ambos casos se ha reportado una reducción del volumen de medicamentos empleados así como del gasto farmacéutico por paciente, junto con un aumento del empleo de genéricos. Los resultados son poco consistentes en cuanto a la contención del uso de los nuevos medicamentos. No hubo evidencias de que se aumentara la utilización de servicios y no hubo estudios que relacionaran la medida con los resultados en salud. La misma revisión sistemática concluye con que no hay evidencia científica sobre la efectividad de los sistemas de incentivación económica sobre el comportamiento de los facultativos.

- **Financiación selectiva.** Las listas negativas de medicamentos que excluyen de forma selectiva ciertos fármacos de la financiación pública, son equivalentes a la introducción de un copago del 100% del previo de venta del medicamento. En España se utilizó esta práctica por primera vez en 1993 mediante los Programas de Selección y Revisión de Medicamentos (PROSEREME) que retiró más de 800 fármacos de escasa o nula utilidad terapéutica. Cinco años después un segundo decreto amplió considerablemente la lista de las especialidades excluidas de la financiación con fondos públicos. En la práctica estas medidas contribuyen tan sólo a incrementar la calidad de la oferta de medicamentos pero han demostrado tener un reducido impacto económico sobre el control de la factura farmacéutica (Catalán, 1995). En la actualidad se comienzan a proponer nuevas formas de financiación basadas en los resultados en salud obtenidos objetivamente en ciertos grupos de pacientes (Jack, 2007)
- **Copago de medicamentos por parte de los pacientes.** Se trata de una medida ampliamente utilizada en los países de la Europa Occidental. Estos mecanismos pueden ser eficientes si existe sensibilidad del consumo respecto al copago y no parecen afectar negativamente el estado de salud. Los mecanismos de copago en servicios sanitarios han sido ampliamente revisados por los economistas de la salud (Puig, 2001 <http://www.econ.upf.es/~puig/publicacions/paper11.pdf>). Hay consenso en que constituyen una medida disuasoria del empleo de medicamentos que evita sobretudo el uso de los medicamentos no esenciales y que por lo tanto no van en detrimento de la calidad de la asistencia sanitaria (Hitiris 2000, Tamblyn 2001).

### **Intervenciones organizativas**

- **Equipos multidisciplinares y nuevos roles profesionales.** La incorporación de farmacéuticos a las estructuras de atención primaria -como agentes que asesoran

tanto a los profesionales sanitarios como a los directivos- o la potenciación de programas de atención farmacéutica dirigida a los ciudadanos desde las oficinas de farmacia, son claros ejemplos de este tipo de medidas. En España la figura del farmacéutico de atención primaria ha jugado un papel fundamental en el desarrollo de sistemas de monitorización del empleo de medicamentos en el diseño y la ejecución de estrategias de mejora así como en el ámbito de la evaluación de medicamentos. La **Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Primaria** facilita una aproximación a la figura y resultados de este nuevo perfil profesional presente en todos los Servicios de Salud en nuestro país y también en otros países europeos.

También el Sistema Nacional de Salud inglés (NHS) viene apostando desde el inicio de su proceso de modernización, por la integración de los farmacéuticos con el fin de que contribuyan a mejorar la calidad de la asistencia sanitaria (Tamblyn 2007). En esta línea el NHS ha venido habilitando medidas orientadas a identificar e impulsar sus competencias profesionales (**Competencies for pharmacists working in primary care**, 2000). Además de concertar específicamente los servicios asistenciales de los farmacéuticos comunitarios mediante un contrato marco (**Implementing the new Community Pharmacy Contractual Framework**, 2005) entre el NHS y el Comité Negociador de Servicios Farmacéuticos, órgano de representación de la farmacia comunitaria.

En general, las actividades de atención farmacéutica se relacionan con una mejoría significativa de variables clínicas intermedias y un aumento de la calidad de vida aunque no han demostrado su efecto sobre la mortalidad. Normalmente este tipo de intervenciones, que suponen a su vez un aumento en la utilización de recurso sanitarios, se han mostrado capaces de aumentar la satisfacción de los pacientes (Murray 2007, Yamada 2005, Weinberger 2002).

- **Intervenciones organizativas dirigidas a pacientes.** La perspectiva del paciente se está incorporando en las agencias de evaluación de tecnología sanitaria para comprobar que desde las organizaciones sanitarias se evalúan aquellos aspectos de interés para los pacientes. En el caso de la agencia británica NICE los pacientes ya forman parte de los paneles de evaluadores.
- **Intervenciones organizativas de carácter estructural: informatización de la prescripción.** El *National Institut of Medicine* recomienda en diversos informes técnicos (*Committee on Quality of Health Care in America, 2001* y *Committee on Identifying and Preventing Medication Errors, 2007*) el registro electrónico de la actividad asistencial como uno de los elementos fundamentales que contribuyen a la mejora de la calidad del sistema sanitario debido a su capacidad para prevenir errores y facilitar la toma de decisiones de los clínicos. Entre las principales ventajas de los sistemas de prescripción electrónica destacan los siguientes: conducen a una significativa reducción de los errores de medicación, se les atribuye un gran beneficio potencial en la prevención de interacciones medicamentosas, alergias y/o contraindicaciones, permiten avanzar en la disminución de la variabilidad de la práctica médica mediante la estandarización de procedimientos terapéuticos, facilitan la auditoría de los hábitos de prescripción y la aplicación de mecanismos de mejora, desburocratizan la consulta, etc. Según sugieren algunos autores la prescripción electrónica acompañada de sistemas de soporte resultan globalmente intervenciones coste-efectivas (Reider 2003, Tamblyn 2003). No obstante hay que recordar que en Australia, donde más del 85% de los médicos de atención primaria utilizan programas de prescripción electrónica, comienzan a preocupar aspectos tales como el tiempo que el médico dedica a la cumplimentación de los registros informáticos así como el efecto que la repetición de recetas (implantado para evitar el factor anterior) tiene sobre el consumo de fármacos (Newby 2003).

## **Estrategias Nacionales**

Desde el inicio del proceso transferencia de competencias en materia de salud, las autoridades sanitarias regionales se han ido dotando de una política farmacéutica propia, en un contexto en el que comparten las medidas de ámbito estatal orientadas a definir la oferta de medicamentos disponible.

A nivel estatal, recientemente el crecimiento del gasto farmacéutico se ha ido moderando fruto de las últimas medidas reguladoras puestas en marcha como el Sistema de Precios de Referencia (Catalán 2001). La *Cochrane Collaboration* ha revisado recientemente el impacto de este tipo de medidas (Aaesrud, 2006). Al mismo tiempo, se está en espera de conocer de qué manera se hará efectivo el modelo de financiación selectiva de medicamentos basado en la identificación de la utilidad terapéutica de los nuevos medicamentos que la nueva ley del medicamento contempla.

A nivel regional se avanza notablemente el desarrollo de intervenciones y las más relevantes son las que se muestran a continuación:

### **Intervenciones dirigidas a los profesionales**

Todas las organizaciones sanitarias regionales se dotan de directrices propias sobre medicamentos. En el ámbito de la evaluación de los medicamentos de reciente comercialización destacan las alianzas orientadas a generar economías de escala en el desarrollo de estos procesos de por sí complejos. El denominado Comité Mixto de Evaluación de Nuevos Medicamentos reúne la actividad de los comités de Andalucía, País Vasco, Navarra, Aragón y Cataluña (Catalán 2000, Catalán 2006, Aizpurua 2007) con el objetivo de delimitar la frontera entre las innovaciones terapéuticas reales y las que únicamente lo son desde el punto de vista comercial.

Algunas CCAA han puesto en marcha iniciativas dirigidas a informar a los profesionales sanitarios sobre aspectos que afectan a los hábitos de prescripción tan relevantes como la publicidad de medicamentos. La Comunidad de Madrid distribuye a los clínicos Fichas de Control de Publicidad de Medicamentos, para dar a conocer los mensajes promocionales incorrectos sobre los que ha actuado la Administración (Pérez 2006). En esta misma línea de trabajo, en el País Vasco, **los informes** de evaluación de nuevos medicamentos van acompañados de una crítica al material promocional que difunden los laboratorios o contrapublicidad. Estas iniciativas, que han tenido buena aceptación por los profesionales sanitarios, pretenden contrastar los mensajes promocionales lanzados por la industria farmacéutica y desarrollar actitudes críticas hacia ellos.

Finalmente añadir que en nuestro país, ya disponemos de la **Guía de Prescripción Terapéutica** (GPT), se trata de una adaptación local a partir de la edición 51 del British National Formulary (BNF).

### ***Intervenciones Financieras***

Aunque inicialmente cuestionados (Tamborero 1997) los incentivos económicos aplicados a la mejora del empleo de medicamentos se han acabado utilizando con éxito en algunas autonomías (ej.: Andalucía y Cataluña, (Catalán 2001)). Así en Cataluña en el 2003, la incorporación de 3.000 facultativos de atención primaria a un nuevo modelo retributivo que incluye la percepción de un complemento de retribución variable, permitió relacionar por primera vez el cumplimiento de objetivos de mejora asistencial y de la calidad de la prescripción farmacéutica a un sistema de incentivación económica individual. De esta experiencia cabe destacar la mejora sobre la calidad de la prescripción así como un retorno -en términos de contención del gasto farmacéutico- de 8 € por cada euro invertido en dicha incentivación, efecto que se mantiene en el tiempo (Catalán 2006, Gené-Badia 2007).

### ***Intervenciones Organizativas***

A nivel regional, avanza notablemente el proceso de informatización de la historia clínica y por tanto la posibilidad de ofrecer a los profesionales sanitarios herramientas de soporte al proceso de toma de decisiones en materia de terapéutica farmacológica y a la prevención de errores (Tamblyn 2007), entorno de la historia de salud digital se ha puesto en marcha la receta electrónica, proyecto que está en fase de expansión en Cataluña.

En el Instituto Catalán de la Salud se están ultimando dos proyectos que, basados en las nuevas tecnologías, darán soporte a los profesionales asistenciales: la guía terapéutica electrónica y la informatización de cinco guías de práctica clínica, ambas integradas en su estación de trabajo clínica. La guía pretende estandarizar el tratamiento farmacológico en patologías agudas de acuerdo con las características de los pacientes. La computerización de las GPC supone la creación de un entorno común de accesos a todas las GPC que permitirá la introducción de datos y la visualización del estado global y longitudinal del paciente. Ambas iniciativas requieren de un proceso posterior de evaluación para medir su impacto sobre profesionales y pacientes.

También se están desarrollando intervenciones dirigidas a pacientes, de las que cabe destacar la iniciativa de la **Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía** que para potenciar la autonomía de los pacientes pone a su disposición diferentes herramientas para ayudarles e implicarles en la toma de decisiones.

Por otro lado, la Comunidad de Madrid como parte de una nueva estrategia de formación en farmacoterapia, ha desarrollado una herramienta para la toma de decisiones en el área de osteoporosis, teniendo en cuenta los valores y las preferencias de los pacientes. Los buenos resultados obtenidos han puesto de manifiesto su validez como herramienta de soporte en las estrategias educativas en farmacoterapia (Ausejo, 2006)

Finalmente destacar en el ámbito de las intervenciones organizativas, la política llevada a cabo en Cataluña en las últimas décadas. La separación de la financiación -en base capitativa- de la provisión de servicios y la diversificación de proveedores de atención primaria, ha demostrado comportar mediante el fomento de la competencia mejoras globales en la calidad de la prescripción de medicamentos para el conjunto del sistema sanitario catalán si bien no genera diferencias significativas a favor de ningún tipo concreto de provisión (Gené 2003).

### ***Estrategias internacionales***

## **Organización Mundial de la Salud**

Desde 1977 en que estableció su primera lista de medicamentos esenciales hasta la actualidad, la OMS viene potenciando una serie de políticas, estrategias e intervenciones imprescindibles para conseguir lo que en la declaración de 1985 se definió como uso racional de los medicamentos.

La **tabla 5** muestra las recomendaciones de la OMS recogidas en 2002 en su publicación **Como desarrollar una política farmacéutica nacional** Especialmente orientada a implicar a los profesionales sanitarios, la OMS publicó en 2001 la **Guía de la Buena Prescripción**, documento de calidad y con valiosas recomendaciones.

La OMS ha proporcionado una lista de medicamentos esenciales como modelo de partida para elaborar el formulario de cada país de acuerdo con sus necesidades más locales. La lista facilita la gestión de los medicamentos.

En general también potencia **estrategias para integrar la evidencia** en la práctica clínica

## **Reino Unido**

Las políticas sanitarias del NHS siempre han constituido un referente para los países, que como España, disfrutan de un Sistema Sanitario de financiación fundamentalmente pública. Las estrategias sobre el uso de medicamentos en el NHS están dirigidas fundamentalmente a modificar los hábitos de prescripción de los médicos de atención primaria mediante la producción y diseminación de información objetiva e independiente. A continuación se apuntan algunas de las herramientas más valoradas por los médicos ingleses según un reciente informe elaborado en 2007 por el **National Audit Office**.

- **National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)**. Organización independiente encargada de emitir directrices nacionales para Inglaterra y Gales en tres áreas; Salud Pública, Guías Clínicas y Tecnologías Sanitarias. El NICE trabaja junto con pacientes, cuidadores, organizaciones de pacientes de forma que las recomendaciones emitidas consideren las preferencias de los pacientes
- **National Prescribing Centre (NPC)**. Organización del NHS que cuenta con diversos programas dirigidos al desarrollo de actividades de formación a los farmacéuticos de atención primaria y otros profesionales relevantes del sistema sanitario. En relación con los nuevos medicamentos genera recursos como (On the Horizon – Future Medicines, Rapid Review Bulletins y New Drugs in Clinical Development Monographs) que facilitan la consideración de aquellas acciones que potencialmente requieran ser gestionadas a nivel local. Dispone además de varias publicaciones sobre medicamentos que se muestran en la **tabla 1**
- **Sistemas electrónicos de soporte a la decisión**. El **sistema PRODIGY** dispone de directrices basadas en la evidencia que son accesibles desde la consulta pero paradójicamente hay una escasa utilización de éstos recursos. Sin embargo, tanto médicos como farmacéuticos de atención primaria valoran especialmente por su utilidad las fuentes de información en forma de resúmenes de revisiones como las que ofrece el **Drugs and Therapeutics Bulletin** o el **Bandolier**

## **Canadá**

La organización del Sistema Sanitario de Canadá cuenta con tres niveles: el gobierno federal, las provincias/territorios y un tercer nivel intergubernamental. La autorización de medicamentos es responsabilidad del gobierno federal a través del **Therapeutic Product Directorate of Health** de Canadá. La decisión de financiación se sitúa en un nivel local y a nivel intergubernamental se han dotado de organismos como la **Canadian Agency for Drug Technologies in Health (CADTH)**, organización nacional que provee a los profesionales sanitarios recomendaciones basadas en la evidencia sobre la eficacia de los medicamentos y de otras tecnologías de la salud.

La CADTH genera directrices relacionadas con los medicamentos a través del **Common Drug Review** y del Canadian Optimal Medication Prescribing and Utilization Service (**COMPUS**). El primero centraliza la evaluación de la eficacia clínica y coste eficacia de los nuevos fármacos y el segundo organismo se encarga de proporcionar las estrategias, herramientas, y servicios que fomenten el uso de información clínica basada evidencia y coste efectiva en la toma de decisión entre proveedores y usuarios.

**Therapeutics Initiative**. Organización que a través de la Universidad British Columbia produce evaluaciones en forma de resúmenes de ensayos clínicos y la Therapeutics Letter con el objetivo de influenciar los hábitos de prescripción.

## **Australia**

El gobierno australiano establece como objetivo central de su política farmacéutica la calidad en el uso de medicamentos con el objetivo final de mejorar los resultados en salud.

Esta estrategia se desarrolla en el marco de un programa (*Quality Use of Medicine Program, Pit 2006*) que evalúa la calidad del uso de los medicamentos y pone al servicio de los profesionales implicados las siguientes herramientas:

- **National Prescribing Service (NPS)**. Organización creado para proporcionar soporte a los profesionales sanitarios con el objetivo de mejorar la calidad de la prescripción a través de educación y feedback. Producen diversas publicaciones como el Australian Prescriber, el NPS News, Prescribing Practice Review y el NPS RADAR. También cuenta con diversas actividades educativas como análisis de casos o clinical auditorias clínicas.
- **Enhanced Divisional Quality Use of Medicines (EDQUM)**. Es un programa se llevado a cabo en colaboración con la asociación australiana de medicina, diseñado a fomentar la mejora de los estándares de cuidado del paciente a través de iniciativas de calidad en uso de los medicamentos. El material de soporte dirigido a profesionales sanitarios y usuarios lo produce el NPS.
- **Consumer Medicine Information (CMI)**. Es un programa diseñado a informar a los usuarios sobre medicamentos. Dispone de una guía informativa de cómo el informar correctamente a pacientes puede ayudar a mejorar el uso de medicamentos.

