

## Propostes per a l'ús adequat i eficient dels medicaments a Catalunya

Donada la preocupació del Govern de la Generalitat, de tots els professionals sanitaris i de la societat catalana en general per la millora de l'eficiència de la despesa pública, hem pensat que, com a professionals que fa anys que treballem per a la millora de l'ús adequat dels medicaments, podríem aportar algunes idees amb l'objectiu de:

- Millorar la prescripció dels medicaments.
- Reduir la despesa farmacèutica a Catalunya.

Som conscients, però, que les millores no són fàcils perquè cal contemplar canvis a nivell clínic, farmacològic, social i econòmic. Per aquest motiu les possibles solucions passen per la implicació de diversos sectors, de forma destacada l'administració sanitària i els professionals sanitaris, però també la indústria farmacèutica, les oficines de farmàcia, les societats científiques, les universitats, els col·legis professionals sanitaris i les associacions de pacients, de consumidors i la pròpia societat en el seu conjunt.

Som conscients també, que els interessos de les parts poden no ser coincidents però considerem que la situació és prou greu com per no posposar més els acords i és indispensable que l'administració sanitària lideri el compromís i sol·liciti a tots els implicats l'esforç necessari per a fer-los possible.

Seria però un greu error, a la vegada que del tot ineficient, fer recaure el pes d'aquest canvis en un o uns pocs sectors implicats.

Des de fa anys, els professionals sanitaris, ens trobem amb contradiccions importants:

- Per una part l'Agència Espanyola de Medicaments (AEMPS) autoritza la comercialització de medicaments i el Ministeri de Sanitat decideix el preu i quins han de ser finançats per fons públics, mentre que les autoritats autonòmiques proposen objectius i incentius per a que molts d'aquests fàrmacs no es prescriguin.
- Els comitès d'avaluació de nous medicaments de les respectives Comunitats Autònomes (CCAA) afirmen i difonen a través dels seus butlletins terapèutics que molts d'aquests medicaments aprovats NO suposen un avenç terapèutic rellevant i aconsellen continuar utilitzant els tractaments disponibles. Entre 2008-10 l'AEMPS ha autoritzat 59 nous principis actius. D'aquests, 21 es poden prescriure amb recepta mèdica (la resta són d'ús hospitalari). Els Comitès d'Avaluació de Nous Medicaments n'han avaluat 13 (62%) i han considerat que cap d'ells suposen un avenç terapèutic.
- És paradoxal i decebedor observar com les agències de medicaments segueixen aprovant nous fàrmacs amb valor terapèutic afegit escàs o nul i amb preus superiors als ja existents i per l'altre costat es congelen o retallen els sous dels professionals a fi de reduir la despesa sanitària.
- Diversos estudis demostren, que el percentatge de receptes emplenades en Atenció Primària de Salut (APS) degudes a prescripcions realitzades en altres nivells assistencials, oscil·la entre un 24-50%. La seva despesa, però, pot arribar al 60% del total, donat que en molts casos són receptes destinades a patologies cròniques i d'un preu més elevat. Malgrat tota aquesta informació, l'administració sanitària insisteix en intentar corregir i des de fa anys penalitzar/incentivar als metges de família buscant uns objectius que en molts casos no depèn d'ells obtenir-los. Aquesta contradicció comporta un desgast innecessari d'uns professionals que desitjarien fer millor la seva feina, però ni reben l'ajuda suficient per part de l'administració, ni compten (en general) amb la sensibilitat ni formació, en aquest tema, de la resta de nivells assistencials.

També, no deixa de ser paradoxal que els recursos econòmics públics dedicats a la informació i formació continuada sobre terapèutica són molt baixos, en comparació amb els recursos que hi dedica la indústria farmacèutica.

Els fonaments en que basem les nostres recomanacions son els següents:

- Els medicaments no poden ser considerats exclusivament productes de consum, sinó una necessitat bàsica per la salut de la població.
- Els canvis han de partir de les necessitats dels pacients en termes de salut i necessitats clíniques. La prescripció adequada dels medicaments implica bàsicament recomanar a cada pacient el medicament que més li convé, quan el necessita, a la pauta adequada, durant el temps necessari i a un cost raonable, per a ell i per a la comunitat, assegurant-se de donar-li la informació i el seguiment que requereix la seva situació.
- Disposem des de fa anys de criteris objectius per a la selecció dels medicaments proposats per l'Organització Mundial de la Salut (OMS). Aquests criteris, en resum, són els següents: 1. eficàcia, 2. seguretat (experiència d'ús), 3. comoditat (entesa com el conjunt de propietats que faciliten o dificulten el compliment) i 4. cost.
- Totes les parts implicades en la cadena del medicament (des de les autoritats reguladores fins els pacients) han d'aportar el seu esforç, en benefici de tots.
- Totes les actuacions dirigides als professionals han d'incloure d'igual manera els metges de l'àmbit de l'APS, especialitzada i hospitalària.

En mig de tota aquesta realitat, conscients que la pròpia administració catalana a la vegada també depèn de les decisions de l'Agència Europea de Medicaments (EMA) i de l'AEMPS, les quals s'haurien de plantejar millores bàsiques que, ben segur facilitarien molt les propostes que adjuntem, volem plantejar alguns punts que considerem poden racionalitzar la prescripció i la despesa dels medicaments a Catalunya.

Atentament,

**Metges de família:** Jordi Vilaseca (Catalunya), Jordi Espinàs (Catalunya), Carlos Fluixá (País Valencià), Pilar Abaurrea (Extremadura), Javier Agreda (Navarra), Susana Aldecoa (Galícia), Pilar Botija (País Valencià), José Antonio Castro (Andalusia), Ángel Corredera (Andalusia), Pablo Daza (Euskadi), Carlos Eirea (Galícia), Enrique de la Figuera (Aragó), Guillermo Garcia (Astúries), María Jesús González Moneo (Catalunya), Félix Ibáñez (Euskadi), Antonio Lorenzo (Canàries), María Teresa Martínez Ibáñez (Canàries), Juan Francisco Menárguez (Múrcia), Francisco Muñoz González (Madrid), Olga Olmos (Madrid), Ramón Orueta (Castella-La Manxa), Álvaro Pérez Martín (Cantàbria), José Carlos Pérez Villarroya (Aragó), Bartomeu Puig (Illes Balears), Daniel Ramos (Castella i Lleó), Vicente Baos (Madrid).

**Farmacòlegs clínics:** Eduard Diogène, Dolors Rodríguez Cumplido, Carmen Asensio.

# Propostes per a l'ús adequat i eficient dels medicaments a Catalunya

## A. Propostes de recolzament administratiu i legislatiu

### 1. Millora de la qualitat de l'atenció als pacients (més temps).

- Una millor atenció als pacients amb un menor nombre de pacients per metge, amb més temps per visita, menys burocràcia inútil (per ex. dobles receptes encara per estupefaents quan disposem de signatura electrònica), permetria que la "recepta" no fos la "sortida fàcil" per acabar una visita.
- Un major temps per a comentar degudament el tractament NO farmacològic, evitaria un ús exagerat del tractament farmacològic, per no citar també l'ús exagerat de proves complementàries i derivacions a especialistes.

### 2. Prescripció per principi actiu a tota la xarxa de salut pública: atenció primària, especialitzada i hospitalària.

- És urgent la posada en marxa de la prescripció per principi actiu a Catalunya. L'experiència de moltes CCAA avalen la importància d'aquesta mesura.
- En el cas de que la prescripció per principi actiu es retardés, caldria accelerar la **prescripció de medicaments EFG**, fent prioritària la seva prescripció per tots els metges de la xarxa pública (primària i hospitalària).

### 3. Supressió de la prescripció induïda.

- Cada professional hauria de tenir garantida la prescripció terapèutica durant el temps que ell indiqui, sense l'actuació d'altres professionals.
- Cada professional metge ha de fer-se responsable de la seva prescripció. Tots els professionals dels serveis públics de Catalunya haurien de poder prescriure de forma que no fos necessària cap actuació de cap altre professional. Es una vergonya que els pacients hagin de duplicar les seves visites i que els metges d'atenció primària hagin d'invertir temps en fer d'escrivents d'altres professionals metges.
- Els dos punts anteriors permetrien conèixer on es produeixen les bosses d'ineficiència i on s'haurien d'invertir els esforços dels respectius departaments en formació, millora de la productivitat i incentius a fi d'aconseguir una prescripció més raonada dels medicaments.
- Facilitar l'accés a la recepta electrònica a tots els metges de l'atenció especialitzada pública.
- Potenciar l'elaboració de protocols i guies terapèutiques conjuntes.

### 4. Millora dels indicadors que avaluen la qualitat de la prescripció. Seguiment i informació periòdica als professionals sobre el seu perfil prescriptor.

- Aportar informació periòdica (mensual) del perfil prescriptor a cada professional (d'APS i àmbit hospitalari) en termes qualitius i quantitius.
- L'administració hauria de promoure estudis d'efectivitat (resultats en termes de salut) i no només d'eficiència, perquè els indicadors siguin veritables indicadors de qualitat i no simples comparadors.
- Potenciar els programes d'ajuda a la prescripció: interaccions, reaccions adverses, limitacions en funció de patologies cròniques o l'edat, al·lèrgies, necessitat de controls clínics o de laboratori dels medicaments prescrits, polifarmàcia, duplicitat terapèutica, etc., tant en l'àmbit d'APS com l'hospitalari.
- Potenciar ajudes en la selecció de medicaments: fàrmac recomanat per grup terapèutic, escalada raonada de tractament de les malalties cròniques més prevalents, antibiòtics de primera elecció, etc.
- Promoure l'ús dels medicaments de primera elecció i reservar els medicaments de segona elecció per quan sigui adequat. Per exemple:
  - Per a poder prescriure un ARA II prèviament caldria haver indicat un IECA i comprovada la seva intolerància o ineficàcia.
  - No indicar clopidogrel sense abans haver comprovat l'al·lèrgia a l'AAS. Si està indicada la doble antiagregació, verificar la seva indicació com a mínim a l'any del seu inici.
  - En pacients amb antecedents d'úlcers pèptics, abans d'indicar clopidogrel, prèviament caldria haver assajat AAS 100 mg més omeprazol.
  - Reflexionar sobre la indicació dels bifosfonats orals, en prevenció primària, amb uns criteris basats en la evidència disponible.

- No prescriure medicaments no EFG quan existeixi un medicament EFG aprovat. En tot cas que surti una alarma que indiqui que cal informar al pacient. A més, regular què la diferència de preu sigui remunerada per l'usuari.
- En pacient DM2 tractats amb insulina sense crisis d'hipoglucèmia nocturna no s'haurien de poder prescriure anàlegs de la insulina.
- En l'àmbit de la sanitat pública no s'haurien de poder prescriure medicaments de valor intrínsec no elevat (VINE) com a tractaments útils (per ex. condroprotectors) o d'elevat risc (per ex. COX-2). En aquest casos hauria d'existir la possibilitat de donar informació escrita als pacients sobre l'evidència i riscos, basant-nos amb les dades disponibles al Centre de Farmacovigilància de Catalunya, al CANM i altres centres independents d'altres CCAA.
- Abans de plantejar un tractament amb fàrmacs de segona elecció, caldria haver verificat el fracàs dels tractaments de primera elecció.

#### 5. Millora en la incentivació dels professionals per l'ús adequat dels medicaments.

- Qualsevol empresa privada disposa de mecanismes de seguiment i control de la productivitat. Aquests mateixos criteris s'haurien d'aplicar a les empreses públiques.
- Incrementar el percentatge del sou basat en la productivitat. Cal partir de la premissa que ha de percebre més aquell que millor fa la seva feina.
- Incrementar la incentivació per la consecució d'objectius tant a l'APS com hospitalària.
- Entre aquests objectius sens dubte ha de figurar la utilització adequada dels medicaments disponibles (qualitat de la prescripció) basats en veritables indicadors de qualitat de resultats i sempre ajustats a l'edat dels pacients.
- La incentivació hauria de ser motiu de pacte amb cada professional i aquest hauria d'indicar quin seria el seu desig: salari, variabilitat horària de la consulta, atenció continuada, dies de lliure disposició, assistència a activitats formatives, augment de l'autogestió, etc.

#### 6. Regulació de la promoció de medicaments i de la relació entre professionals i indústria farmacèutica.

- La indústria farmacèutica dedica una part destacada del seu pressupost a la promoció dels seus productes. Aquesta promoció es realitza tant de forma directa (publicitat i promoció dels medicaments), com indirecta (obsequis, pagaments, congressos, cursos, reduccions de preus a farmàcies, etc.). És necessària una normativa clara i rigorosa que estableixi els criteris sobre els quals ha de vertebrar la relació de la indústria farmacèutica amb els diferents actors implicats (administració, metges, societats científiques, oficines de farmàcia, etc.).
- Regulació del marc de relació entre professionals i indústria farmacèutica que no permeti la visita mèdica o la formació continuada per part de la indústria en horari laboral dels professionals sanitaris de la sanitat pública.

#### 7. Definir el paper de les oficines de farmàcia en la dispensació i informació als pacients.

- Les oficines de farmàcia ocupen un lloc fonamental en el sistema sanitari actual, representen els establiments encarregats de la venda, sota la supervisió d'un professional, de productes farmacèutics mitjançant recepta mèdica o de venda directa al públic. Representen un pas obligat de la població cap a l'obtenció dels fàrmacs.
- Però més enllà d'aquesta actuació comercial, i precisament per ocupar aquest important lloc ja comentat, haurien d'exercir un paper igualment important en la informació i educació sanitària dels pacients; aspectes com la modulació de l'automedicació, millora del compliment terapèutic o el coneixement d'efectes adversos, interaccions, etc.
- Establir actuacions que millorin la coordinació entre sanitaris i oficines de farmàcia.
- També ens trobem que els guanys d'aquests professionals són proporcionals a les vendes. Caldria estudiar incentius econòmics o d'altre tipus per promoure l'ús adequat de medicaments. La consecució d'objectius en aquest sentit podria, per exemple, permetre millores en els horaris d'obertura, venda de productes sanitaris, parafarmàcia, etc.

#### 8. Finançament selectiu dels nous fàrmacs.

- El nombre de fàrmacs actualment autoritzats és elevat, estant la majoria dels mateixos finançats pel sistema sanitari.
- Plantejar el finançament selectiu de fàrmacs amb acció farmacològica significativa i retirada progressiva del finançament d'aquells fàrmacs clarament inclosos en la categoria de VINE o de baixa utilitat terapèutica (UTB).
- Anualment són aprovats i inclosos en el finançament del sistema sanitari un gran nombre de nous fàrmacs encara que la majoria d'aquests o bé no aporten res respecte als ja existents o la

- rellevància clínica de la seva millora és insignificant, la qual cosa augmenta la factura farmacèutica sense redundar aquest augment en els resultats obtinguts.
- Sovint sentim parlar del risc que les empreses farmacèutiques deixin d'investigar si no poden obtenir guanys quan treuen un medicament al mercat. Però en realitat el problema és invers. Mentre l'administració pública aprovi i autoritzi el finançament de fàrmacs sense valor afegit, l'única cosa que està promovent és que els laboratoris no facin cap esforç en recerca novedosa i de profit pel conjunt de la població, ja que pràcticament té garantida l'aprovació, es tracti d'un medicament d'interès general o sigui un fàrmac "me too" ("jo també").
  - Les autoritats sanitàries haurien d'establir criteris clars, basats en la rellevància, efectivitat, seguretat, eficiència i cost real d'investigació i producció per a determinar el finançament dels diferents fàrmacs: un nou principi actiu amb nul·la o escassa aportació terapèutica sobre els ja finançats no hauria de ser finançat.
  - Cal un organisme independent que formuli propostes sobre finançament públic dels medicaments en funció de criteris científics, seguint l'exemple del NICE (fundat l'any 2000).
  - Actualment, sistemes de salut com el britànic i d'altres països, atès que els sistemes nacionals de salut gasten milers de milions d'euros cada any en fàrmacs que aporten poc o no suposen cap avantatge terapèutic, estan proposant que el preu vingui definit segons el seu valor terapèutic.
  - Així mateix, no s'hauria de permetre que la indústria farmacèutica reguli el mercat retirant fàrmacs que encara són eficients (per exemple la retirada de les insulines humanes pels anàlegs de la insulina, etc.).
  - Valorar la limitació d'ús dels nous fàrmacs durant els dos primers anys, fins que es disposi de suficient informació independent per la seva generalització.

#### 9. Extensió dels preus de referència a tots els medicaments finançats.

- Establiment progressiu de preus de referència per a tots els productes farmacoequivalents i posteriorment a tots els medicaments finançats.
- Els preus de referència dels nous fàrmacs s'haurien de pactar entre la indústria i l'administració en funció del valor terapèutic afegit que aportin respecte als tractaments ja existents.
- Considerem important NO fer recaure, com fins ara, la responsabilitat del canvi d'un medicament no genèric per un medicament EFG sobre els metges d'APS. Pensem que és un greu error, ja que posa en risc la relació metge-pacient, genera incertesa entre els pacients i en alguns casos desconfiança cap el propi metge de família. Els professionals d'APS tenen el deure d'informar degudament als pacients i de lliurar-los informació escrita.
- En el cas que els pacients optin per rebre un medicament no EFG o per sobre del preu de referència, la diferència de preu hauria d'estar finançada per l'usuari.

#### 10. Estudi dels envasos per adaptar-los a les posologies dels problemes de salut més freqüents.

- Adaptació de la dosificació dels envasos a les posologies dels tractaments prescrits més freqüents.

#### 11. Regulació de la venda de medicaments sense recepta mèdica autoritzada.

- Regular la venda lliure de medicaments que permeti sols la venda d'aquells medicaments que l'autoritat sanitària consideri que s'acullen als criteris d'automedicació responsable i per al tractament simptomàtic de quadres menors.

#### 12. Regulació de la publicitat de medicaments.

- Els medicaments no poden ser considerats simples productes de consum.
- Limitar la publicitat directa o indirecta sobre medicaments adreçada a la població general a aquells productes que l'autoritat sanitària consideri d'ús per a una automedicació responsable.
- Admetre únicament la difusió d'informació basada en l'evidència.

#### 13. Valoració de la compra centralitzada de medicaments essencials i productes sanitaris.

- Valorar la compra centralitzada de medicaments essencials i productes sanitaris (bolquers, tires reactives, etc.) per a la posterior distribució als centres sanitaris d'APS.

#### 14. Coordinació de les diferents comissions, comitès i consells assessors de medicaments.

- Revisar les funcions dels Comitès, Comissions farmacoterapèutiques i Consells assessors de medicaments.

- Vetllar per la coordinació d'aquests organismes per evitar duplicitats de funcions i missatges contradictoris.
- Sol·licitar la declaració de conflictes d'interessos als participants en aquests comitès. Les persones que en tinguin, no haurien de participar en les preses de decisions.
- Unificació de criteris que incloguin clarament també els de retirada dels medicaments aprovats.

## 15. Propostes dirigides a l'Agència Espanyola de Medicaments (AEMPS) i a l'Agència Europea de Medicaments (EMA).

Considerem que el CatSalut hauria de plantejar a l'agència espanyola i europea:

- La no aprovació de medicaments que no representin una millora respecte als medicaments existents.
- No finançar amb fons públic els medicaments que no representin una avantatge terapèutica respecte dels medicaments existents.
- Que el preu dels medicaments estigui lligat bàsicament al benefici que aporta als pacients, més que altres interessos secundaris.
- Que abans de l'aprovació dels nous fàrmacs, el nombre de pacients i la durada dels estudis estigui en relació amb l'evolució natural de les malalties que pretenen millorar. No es poden acceptar estudis amb desenes de pacients i de setmanes o uns pocs mesos de durada, per aprovar medicaments que un cop al mercat els prendran milions de pacients durant anys o fins i tot dècades.
- Que per l'aprovació dels nous medicaments sigui indispensable disposar d'estudis independents i pel seu finançament amb fons públics sigui imprescindible disposar d'estudis comparatius amb els medicaments ja existents.
- Que els resultats dels estudis es basin més en la significació clínica que no la significació estadística.
- Que periòdicament, cada 3-5 anys, les agències avaluïn els nous medicaments en termes d'eficàcia, seguretat, preu i finançament públic en funció dels resultats d'estudis independents.
- Sol·licitar a les persones responsables de les resolucions de l'EMA i l'AEMPS la declaració de conflicte d'interessos i impedir la seva participació en la presa de decisions.
- Coordinació de les agències independents d'avaluació de medicaments.

## *B. Propostes de suport tècnic i científic*

### 16. Informació de la rellevància clínica del fàrmac.

- La majoria dels nous medicaments no suposen un avenç terapèutic respecte als ja existents. Durant el període 2000-2011, de 144 medicaments avaluats, el 78% no suposaren un avenç terapèutic, i per un altre 12% no es disposava de informació adequada per fer un pronunciament.
- Donat que l'EMA ni l'AEMPS quan aproven un medicament no indiquen la seva rellevància clínica, pensem que ho hauria de fer el CANM, informant, en el moment d'aprovació del nou medicament (de forma independent i amb criteris objectius), als professionals metges d'APS i hospitalària, per a que coneguin el lloc real d'aquests medicaments.

### 17. Promoció de Guies Terapèutiques i Guies de Pràctica Clínica independents basades en la selecció raonada de medicaments.

- Potenciar les Guies Terapèutiques (GT) independents basades en la selecció raonada de medicaments.
- L'administració no hauria de promoure formularis de medicaments i atorgar-los el nom de GT.
- Un llistat de medicaments amb informació exclusivament descriptiva no orienta al clínic sobre les millors opcions per a resoldre els problemes de salut.
- Les Guies de Pràctica Clínica (GPC) són documents que ajuden enormement als professionals en la presa de decisions en la consulta diària, tant en el pla diagnòstic, terapèutic o de seguiment. Són documents que ajuden en l'actualització permanent de coneixements dels professionals.
- Evitar que les institucions públiques elaborin o utilitzin GPC finançades total o parcialment per la indústria farmacèutica ni les que hagin inclòs autors amb conflictes d'interessos.
- Les autoritats sanitàries, els professionals i les societats científiques haurien de promoure l'elaboració de GPC que segueixin clars criteris basats en la selecció raonada de medicaments.
- Evitar la duplicitat de GPC en el territori.

## **18. Elaboració per part del CatSalut d'un llistat de medicaments prioritzats amb els criteris de selecció raonada de medicaments de l'OMS.**

- Caldria assegurar que els criteris utilitzats per la priorització dels medicaments segueixen les recomanacions de l'OMS: 1. eficàcia, 2. toxicitat, 3. comoditat i 4. cost.
- El CatSalut podria promoure una guia bàsica de medicaments i a nivell dels propis SAP i ABS elaborar unes guies més concretes que podrien arribar fins a plantejar el tractament dels problemes de salut més prevalents en l'APS, sempre amb el consens i participació dels professionals que l'han d'aplicar.
- La semFYC-camfic disposen d'una GT basada en els criteris de selecció raonada de medicaments que conté el tractament prioritzat de més 400 problemes de salut.

## **19. Promoció dels tractaments no farmacològics.**

- Són múltiples les situacions clíniques on existeixen evidències sòlides de l'efectivitat i eficiència d'intervencions no farmacològiques i canvis en l'estil de vida; tot i això, generalment hi ha una preponderància dels tractaments farmacològics. Els professionals sanitaris haurien de revisar el valor d'aquests tractaments en les diferents situacions on les evidències existents així ho determinin.
- Aquesta tasca dels professionals hauria d'anar acompanyada d'un esforç de les autoritats sanitàries per fer arribar a la població l'existència i efectivitat d'aquest tipus d'intervencions.
- Les administracions sanitàries haurien de promoure la investigació clínica sobre l'efectivitat de les intervencions terapèutiques no farmacològiques en APS pel tractament de malalties cròniques i agudes.

## **20. Millores en la formació mèdica continuada.**

- Els professionals troben dificultats per aconseguir una adequada formació mèdica continuada (FMC) ja que en general ha de sufragar dels seus propis ingressos les revistes científiques, realitzar les activitats formatives fora de l'horari laboral, etc.
- La inversió en FMC de la indústria farmacèutica és molt superior a la inversió pública.
- Potenciar la FMC de l'ús racional del medicament per les institucions sanitàries i Associacions Professionals.
- La FMC ha de venir determinada pels objectius del sistema sanitari i per les necessitats dels professionals en funció d'aquests objectius.
- L'administració sanitària ha de fer arribar periòdicament als metges prescriptors (d'APS, especialitzada i hospitalària) informació terapèutica contrastada i independent.
- Cal que les societats científiques, les universitats i els col·legis professionals sanitaris segueixin criteris de selecció raonada de medicaments en les seves propostes formatives i els documents que emetin.

## **21. Paper del farmacèutic/farmacòleg de referència de les ABS i hospitalaris.**

- Potenciar la figura del farmacèutic/farmacòleg de referència a l'APS i en l'àmbit hospitalari, com a consultor dels professionals que realitzen assistència directa, amb major presència en els centres de treball per aportar informació objectiva i independent sobre els nous fàrmacs, noves indicacions, etc.
- Ajudar individualment al metge prescriptor (d'APS i hospitalaria) a valorar els seus hàbits de prescripció, els resultats dels seus indicadors i sobretot aportar alternatives pràctiques per a la millora de la seva prescripció.
- Promoure la realització de Guies Terapèutiques, llistats de medicaments essencials ("Llista sàvia"), llistats de fàrmacs de primera elecció per les malalties més freqüents en cada àmbit, etc.
- Informar de les iniciatives de les agències d'avaluació de nous medicaments i de farmacovigilància de les respectives CCAA i internacionals que suposin una millora en la qualitat de la prescripció.
- Establir una consultoria activa en el maneig de situacions complexes: polimediació, pacients d'edat avançada, insuficiència renal, hepàtica, etc.
- Davant l'existència d'alertes de l'AEMPS indiquessin les alternatives més adients en cada cas, etc.

## **22. Informació i educació de la població.**

- En els darrers anys hi ha una tendència creixent a medicalitzar diferents aspectes de la vida que tenen l'origen en camps aliens al sanitari i que, per tant, no haurien de buscar solució al

mateix ja que la resposta donada no tindrà resultats. De la mateixa manera, diferents situacions que no han de ser considerades com a malaltia (embaràs, menopausa, vellesa), han passat a tenir un paper destacat en les demandes de la població. És fonamental l'educació i la informació en aquest sentit.

- Des de les direccions d'APS i dels propis centres, cal informar als usuaris de tots aquells aspectes sobre política, selecció, eficàcia i eficiència de medicaments, i mai deixar sols als professionals sanitaris en aquesta tasca.
- No pot quedar a criteri de cada metge de família prescriure o no els medicaments de serveis privats, la prescripció de medicaments provinents d'altres nivells assistencials, de medicaments EFG, etc. Aquesta política ha de quedar per escrit des de la direcció i ha de ser consensuada amb els professionals que l'han d'aplicar.
- Els metges han de poder entregar per escrit als pacients totes aquestes decisions i consens.
- S'han de plantejar activitats informatives col·lectives (associacions de pacients, de consumidors), així com individuals y a nivell de tots els mitjans possibles, referents a l'ús racional de medicaments, promoció de l'automedicació responsables, farmaciola per a quadres menors, compliment terapèutic, revisió periòdica dels medicaments i la seva idoneïtat, etc.
- De forma destacada, s'han de promoure periòdicament campanyes de corresponsabilitat en la despesa.
- Les administracions haurien de donar a conèixer els recursos independents sobre la salut existents en Internet i informar dels riscos que comporta l'ús de informació sanitària no independent.

### **23. Revisió periòdica de l'adherència terapèutica i de la idoneïtat dels medicaments prescrits.**

- Diferents investigacions han evidenciat les taxes de falta de compliment terapèutic existents i les conseqüències de les mateixes entre les quals cal esmentar la pèrdua d'eficàcia dels tractaments i la conseqüent prescripció de nous fàrmacs. L'OMS ha arribat a dir que intervencions que afavoreixin l'adherència terapèutica probablement aportin més beneficis a la població que la majoria de nous fàrmacs.
- Els professionals sanitaris, i en menor mesura altres actors com les autoritats sanitàries i farmacèutics de les oficines de farmàcia, cal que implementin activitats que contribueixin a la millora de l'adherència terapèutica i a incloure la investigació de la mateixa en la pràctica clínica diària.
- Igualment caldria promoure eines de cara a l'avaluació dels medicaments que acaben instaurats com a crònics i que en el seu moment es van donar per a resoldre situacions puntuals. Especialment acusat en l'esfera de problemes de salut mental i tractaments simptomàtics.

### **24. Promoció de recerca independent.**

- Pràcticament la totalitat de recerca utilitzada per l'aprovació dels medicaments i la majoria de la investigació existent després de la seva comercialització està promoguda i/o patrocinada per la indústria farmacèutica. Alguns fàrmacs han provocat milers de morts (cas VIOXX® l'any 2004), molts autors i publicacions han denunciat els biaixos que aquesta investigació comporta (no publicació dels estudis amb resultats negatius, etc.)
- Les autoritats sanitàries i les agències d'avaluació de medicaments haurien de sol·licitar recerca independent abans de l'aprovació de nous principis actius i per la continuació d'aquesta llicència en el temps.
- Cada cop l'aprovació dels fàrmacs es fa més ràpida i la incertesa sobre la seva seguretat i efectivitat és cada cop major. Cada anys es retiren medicaments i l'AEMPS informe d'alertes per motius de seguretat. L'àmbit públic hauria de garantir el seguiment i efectuar una recerca independent que permeti establir, en el menor temps possible, la seguretat i efectivitat dels nous medicaments.
- També serien bàsics els estudis d'investigació comparativa entre els nous fàrmacs i els tractaments habituals i que el CANM indica que són d'elecció i amb els quals els nous medicaments pretenen competir.