

## Políticas de uso racional del medicamento en Europa

*M<sup>a</sup> Eugenia Gómez Martínez*

*José Antonio Ruiz Romero*

*José Martínez Olmos*

*Escuela Andaluza de Salud Pública*

### Resumen:

*Desde hace ya algunos años, la problemática de la gestión de la prestación farmacéutica ha condicionado la adopción de diversas medidas tendentes a mejorar la calidad de la prestación y la gestión más eficiente de los recursos que incluso se han concretado en la fijación de objetivos de calidad y coste de los Contratos-programa. Paralelamente, otros sistemas sanitarios europeos han desarrollado diferentes medidas de gestión con igual finalidad.*

*En este artículo se expone, en primer lugar, la importancia del uso racional de los medicamentos dada la gran repercusión que la utilización de los recursos farmacológicos tiene en ámbitos tan diferentes como el sanitario, social, cultural y/o económico. Posteriormente se señala la situación del gasto farmacéutico y las medidas de control adoptadas en algunos de los países comunitarios. Finalmente se hace referencia al impacto de determinadas medidas de contención del gasto farmacéutico en los países europeos.*

**Palabras Clave:** *Uso Racional del Medicamento, Prestación Farmacéutica, Políticas Farmacéuticas, Utilización de Medicamentos.*

### Summary:

*Over the last years, problems caused by the management of the delivery of pharmaceutical care have determined the adoption of different measures aiming at improving its quality and at using resources more efficiently through the setting of quality and cost objectives in contracts-programmes. At the same time, other European health systems have developed different measures of management with a similar aim.*

*This paper deals with the importance of rational drug use, in the first place. Indeed, the use of pharmacological resources has widespread repercussions throughout the health, social, cultural and/or economic domains. In the second place, we will discuss the situation of pharmaceutical expenditure as well as the monitoring measures adopted in some member states. Finally, we will talk about the impact of certain measures to limit the pharmaceutical expenditure in European countries.*

**Key words:** *Drug Utilization; Delivery of Health Care, Pharmacy; Policy making, Pharmacy.*

### Introducción

Tanto la elevada frecuencia de utilización de recursos farmacológicos como su amplia extensión entre la población justifican la importancia que el medi-

camento tiene en los valores culturales y sociales de nuestro entorno. Esta importancia sanitaria, social y cultural está reforzada por el elevado interés económico que el mundo del medicamento

genera. Cuantitativamente el medicamento es el recurso terapéutico más utilizado y, en consecuencia, el gasto farmacéutico es, después de los gastos de personal, el capítulo más importante de los recursos consumidos en los Sistemas de Salud (*del 10% al 20% en los países de la CEE y rangos que pueden llegar al 60% en países en vías de desarrollo*). Cualitativamente a nadie se le puede escapar la trascendencia de la selección correcta del fármaco que se prescribe para que solucione problemas y no los cause, incluyendo entre ellos no sólo la yatrogenia sino también el consumo innecesario.

Ante esta situación, es prácticamente imposible cuestionar la importancia que tiene el Uso Racional de los Medicamentos como objeto en sí para su evaluación y mejora, y también como parte integrante de una asistencia clínica de calidad.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) "para un uso racional es preciso que se recete el medicamento apropiado, que se disponga de éste oportunamente y a un precio asequible, que se dispense en las condiciones debidas y que se tome en la dosis indicada, así como a los intervalos y durante el tiempo prescrito. El medicamento ha de ser eficaz y de calidad e inocuidad aceptable"<sup>1</sup>.

Según otros autores por uso racional del medicamento se entiende "la pres-

cripción por un facultativo de un medicamento determinado que reuniendo las máximas condiciones de seguridad, dé respuesta a las necesidades terapéuticas de un paciente con una patología específica al menor coste posible"<sup>2</sup>.

Como podemos observar existe una gran complejidad en establecer el término "uso racional", ya que es un término tan abstracto e inconcreto como el de "salud", al incluir de forma simultánea aspectos farmacológicos, clínicos, sociales y económicos. Esta complejidad se traduce en la variabilidad en los medicamentos existentes y en los consumidos en los distintos países y en los criterios de selección y uso de los mismos<sup>3</sup>.

En los países desarrollados esta importancia y complejidad se ha resaltado en los últimos años debido al elevado aumento interanual en la factura farmacéutica de los Servicios de Salud, lo que ha supuesto la puesta en marcha de Políticas de Uso Racional del Medicamento.

Estas Políticas de Uso Racional del Medicamento son importantes para disminuir el gasto, para prescribir con calidad, por razones éticas "utilizar bien los recursos" y por la propia viabilidad del sistema.

A continuación vamos a realizar un análisis de las distintas medidas desarrolladas en los países de la Unión Europea

que pueden ser de gran orientación al adoptar medidas racionalizadoras en nuestro entorno.

### **Situación del gasto farmacéutico y las medidas de control adoptadas en algunos de los países comunitarios**

---

#### **Alemania<sup>4,5,6</sup>**

Durante mucho tiempo, los precios de los medicamentos en Alemania eran los más altos de Europa, mientras que el nivel de regulación de la industria farmacéutica era menor que en otros países. Esta situación ha cambiado radicalmente en los últimos años. Los precios de los medicamentos se han controlado, sin introducir controles directos de precios, sino mediante presiones de los fondos alemanes de enfermedad, responsable de los reembolsos.

El proceso de restricción de precios comenzó en 1984 con la imposición de una lista negativa, que se amplió en 1989. También en 1989 se introdujo un sistema de precios de referencia, y en 1993 un presupuesto de farmacia para los médicos.

Las restricciones presupuestarias que se introdujeron en Alemania en enero de 1993 conllevaban limitar los gastos en medicamentos. La cantidad que excedía

sobre un límite impuesto se repercutía sobre el conjunto de remuneraciones de los médicos. Esto supuso una caída inmediata del número de recetas, que pasaron de 795 millones en 1992 a 712 millones en 1993, lo que se acompañó de cambios en el tipo de prescripciones, a favor de sustituciones por genéricos y medicamentos menos novedosos. El gasto en farmacia en 1993 fue un 25% inferior al de 1992.

El sistema de precios de referencia introducido en 1989 en Alemania no provocó el ahorro esperado, mientras que sí tuvo un efecto de contención del gasto el sistema de presupuesto global de farmacia introducido en 1993.

En el caso alemán, se obtiene éxito en la disminución del coste farmacéutico: al bloquear el presupuesto y amenazar a los médicos con una disminución de sus propios ingresos si sobrepasaban el 3% del presupuesto de farmacia, las ventas de medicamentos disminuyen y aumentan las de genéricos. Pero la desviación de enfermos a los especialistas aumentó en 1993 un 9% y un 10% la derivación a hospitales. A pesar de este aumento de los gastos indirectos, mediante el control global del gasto y traslado del riesgo al médico general, se ha logrado disminuir el gasto de los medicamentos inútiles o de dudoso valor terapéutico.

En una experiencia anterior, con el establecimiento de una lista negativa en 1983, todo lo que se consiguió fue un cambio en los medicamentos prescritos, para que no estuvieran en la lista negativa, y un cambio en los diagnósticos, para justificar la prescripción.

En 1995 se introdujeron guías terapéuticas, y los médicos son inspeccionados sobre la base de estas guías si su nivel de prescripción supera el 15% a la media de sus colegas.

#### **Reino Unido<sup>4,5,7</sup>**

El Servicio Nacional de Salud (NHS) no tiene ningún tipo de lista nacional de reembolso, pero el Gobierno ha adoptado diversas medidas para controlar el gasto farmacéutico. Entre estas medidas cabe citar los incentivos y limitaciones de los médicos generales en relación con el gasto farmacéutico, información personalizada de carácter trimestral sobre su patrón de prescripción, la publicación de un listado de fármacos que no pueden ser prescritos por los médicos generales, la sustitución de algunos principios de especialidades farmacéuticas a especialidades publicitarias, y un sistema de co-pago.

El sistema de presupuestos limitados a los médicos de familia y los incentivos para controlar el gasto farmacéutico, así como para el uso de medicamentos ge-

néricos, no ha producido cambios sustanciales.

#### **Francia<sup>4,5,8</sup>**

El mercado farmacéutico francés se caracteriza por precios relativamente bajos y un gran volumen de ventas. Desde 1993 se ha puesto en marcha una nueva política, que enfatiza el autocontrol de los médicos en vez de aplicar recortes presupuestarios. Esta estrategia se basa en dos instrumentos fundamentalmente: un listado de protocolos de práctica clínica (References Medicales Opposables) y acuerdos con la industria farmacéutica para fijar el precio de cada laboratorio y cada medicamento de forma individualizada.

En Francia, los gastos de las prescripciones se hacen llegar a los propios médicos, al objeto de que puedan monitorizar sus patrones de prescripción. Se ha introducido una guía terapéutica nacional en lo referente a prescripciones de antibióticos, AINEs, contraceptivos orales y medicación geriátrica.

Los análisis realizados indican que el 75% de los médicos franceses prescriben de acuerdo con la nueva guía terapéutica, y que la introducción de esta guía supuso un descenso del 15% en la prescripción de antibióticos en los seis primeros meses de 1994. También se consiguieron re-

ducciones en el número de prescripciones de AINEs y medicación antiulcerosa.

Para los pacientes ambulatorios, el copago presenta tres tramos:

0% para los medicamentos esenciales.

30% para la mayor parte de los medicamentos.

60% para los que no se consideran esenciales, sino de "complacencia".

### Noruega<sup>9</sup>

Desde 1928 es obligatorio que la aprobación de nuevos fármacos sea competencia de una autoridad dependiente del Gobierno. Aparte de los requisitos de seguridad y eficacia, dos características esenciales de la legislación noruega han sido:

- La "cláusula de necesidad" que permite rechazar nuevos productos farmacéuticos de calidad adecuada si su necesidad médica ya se encuentra cubierta, cuantitativa y cualitativamente, por productos que ya están comercializados.
- La "regla de los 5 años" que implica que la justificación de la presencia de cada medicamento en el mercado noruego es formalmente reconsiderada cada 5 años por las autoridades del registro.

En la práctica esta cláusula ha permitido, a diferencia de lo que ocurre en la mayoría de los demás países, la retirada de

productos obsoletos o inapropiados con el tiempo. Sin embargo, se debe insistir en que el impacto de las normativas formales depende en gran parte de la adopción de una práctica profesional cualificada.

Desde 1957 casi todos los medicamentos y materias primas importados son centralizados por un monopolio de medicamentos.

En los últimos años se realiza una supervisión especial de los anuncios de medicamentos. Esto implica que toda la información escrita procedente de los fabricantes tiene que corresponder con la monografía básica del producto aprobada por las autoridades del registro. El impacto de este control, que ocupó muchos recursos, no ha sido evaluado de manera adecuada.

### Suecia<sup>4,5,10</sup>

En los últimos años, el gasto público en farmacia ha aumentado considerablemente en Suecia, pasando de representar en 1974 un 10,3% del total del gasto sanitario y un 0,73% del PIB a representar en 1994 un 15,2% y 1,10%, respectivamente. Esto ha llevado a reformar el sistema de reembolso.

### Holanda<sup>4,5,11</sup>

En Holanda, los precios de los medicamentos son de los más altos de Europa,

lo que ha llevado al gobierno a dictar una legislación dirigida a su contención, estableciendo un sistema de precios de referencia en los fármacos que puedan sustituirse por otros similares.

En todos los países desarrollados gran parte del debate sobre el control del gasto farmacéutico se centra en la efectividad y la equidad del ticket moderador en esta prestación.

### **Medidas para racionalizar el consumo y el gasto**

La contención del gasto farmacéutico es una preocupación constante en todos los países de la Unión Europea, habiéndose establecido en ellos una serie de medidas que son comunes con frecuencia en varios países<sup>12</sup> (Tabla 1).

Estas medidas las podemos dividir en dos grandes bloques:

#### **1. Medidas para disminuir el gasto.**

1.1 Control del precio de los medicamentos.

1.2 Potenciación del uso de genéricos.

1.3 Aumentar la aportación de los pacientes.

1.4 Establecimiento de listas positivas y negativas.

1.5 Presupuestos indicativos de medicamentos.

#### **2. Medidas dirigidas a mejorar la prescripción.**

2.1 Programas de uso racional de los medicamentos.

2.2 Acuerdos con la industria farmacéutica en cuanto a publicidad.

2.3 Control de prescriptores.

### **1. Medidas para disminuir el gasto**

1.1 *El control de los precios de los medicamentos que puede estar establecido de forma:*

- Directa (Francia, Italia, Japón, Nueva Zelanda).
- Indirecta bien a través de los precios de referencia (Alemania, Holanda, Suecia, Noruega y Dinamarca), bien a través de los límites de ganancias de las compañías (Reino Unido).

1.2 *Potenciación del uso de genéricos:*

- Alemania y Dinamarca está permitida la sustitución por el farmacéutico si el médico lo permite.
- Holanda a petición del paciente.
- Reino Unido (promovido de otras formas) (Tabla 2).

1.3 *Aumentar la aportación de los pacientes:*

- En Dinamarca los pacientes pagan el 45% del precio de los medicamentos.
- En el Reino Unido el paciente paga un porcentaje fijo pero con poco

Países	Lista +	Lista -	Pptos. médicos	Control precios	Precios referencia	Co-Pago
Alemania	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Exceso precios de referencia o tarifa s/tamaño envase
R. Unido	No	Sí	Sí	No (Control de beneficios)	No	5.5 Libras por medicamento. 65% población exenciones
Francia	Sí	No	No estrictamente (existe control)	Sí	No	0-35-65%
Suecia	No	No	No	Sí	Sí	Exceso precios de referencia
Holanda (precios libres)	Sí	Sí	No	No	Sí	Exceso precios de referencia
Bélgica	Sí	No	No estrictamente (existe control)	Sí	No	5 tipos: 0-25-50-60-80%
Dinamarca	Sí	No	No	No	Sí	3 tipos (0-25-50%) más exceso precios de referencia
España	No	Sí	No	Sí	No	10-40% exentos pensionistas
Grecia	Sí (Sólo 50% mercado)	No	No	Sí	No	10-25% Crónicos exentos
Irlanda	No	Sí	No estrictamente (existe control)	Sí	No	Sistemas de reembolso
Italia	Sí	Sí	Sí	No	Sí	En estudio 0-50-100 %
Portugal	Sí	Sí	No	Sí	No	0-30-60%

**Tabla 1.** Medidas para racionalizar el consumo y gasto farmacéutico en países europeos

Fuente: Iñesta García A. Uso racional de los medicamentos en Atención Primaria: Criterios, Requisitos, Indicadores e Intervenciones. Escuela Nacional de Sanidad; Madrid 1995.

efecto, ya que el 85% de las prescripciones están exentas.

- España y Suecia igual que en el Reino Unido.
- En el resto de los países europeos la aportación varía con el valor terapéutico de los medicamentos.
- Limitar el grupo de exentos.
- Disminuir el techo del gasto farmacéutico (en Irlanda si el usuario supera ese techo debe pagar).

#### 1.4 Establecimiento de listas positivas o negativas:

- Reino Unido (lista negativa).
- Alemania (lista negativa y a partir de 1996 lista positiva).
- Holanda (lista negativa y asesora-

miento a los médicos sobre los medicamentos poco eficientes).

- Francia e Italia (listas positivas y los medicamentos incluidos en ellas pueden ser posteriormente eliminados).

#### 1.5 Presupuestos indicativos de medicamentos:

- Reino Unido y Alemania (se imponen sanciones a los médicos que prescriben por encima de los límites establecidos).

## 2. Medidas dirigidas a mejorar la prescripción

#### 2.1 Programas de uso racional de los medicamentos, que promueven:

	Volumen %	Valor %
Reino Unido	42	15
Alemania	38	30.8
Holanda	22	13
Dinamarca	60	30
Francia	–	2-3
España	1	–
Irlanda	11	5
Italia	0.5	–
<b>Total 95-96</b>	<b>15</b>	<b>10</b>

**Tabla 11.** Genéricos en la Unión Europea.  
Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo.



- Una prescripción más ajustada a la morbilidad existente, de un número de medicamentos más reducido y de eficacia consolidada, de medicamentos genéricos si están disponibles.
- Una dispensación informada, lo que significa mantener una historia medicamentosa del paciente que evite duplicaciones e interacciones, un seguimiento del cumplimiento del tratamiento prescrito que garantice la efectividad del mismo.
- Y una información y educación al paciente o usuario sobre el uso inadecuado de los medicamentos en el contexto patológico o fisiológico en que se han prescrito o se pretenden usar como consecuencia de una autoprescripción.

2.2 *Acuerdos con la industria farmacéutica en cuanto a porcentajes destinados a publicidad de medicamentos (Reino Unido).*

2.3 *Control de prescriptores<sup>13,14</sup>: medidas destinadas a persuadir a los médicos para que no prescriban por encima de ciertos límites (Tabla 3).*

- Medidas *informativas*: Guías, boletines independientes etc.
- Medidas *formativas*: Académicas, comités, fichas de transparencia etc.
- Medidas de *contratos cooperativos y de convenios*:

- Donde se le pide al médico una justificación de las recetas prescritas.
- Incentivos individualizados.

Las medidas que pretenden promover el uso racional de los medicamentos y que se basan únicamente, o fundamentalmente, en plantear la contención del gasto en farmacia están abocadas al fracaso a medio y largo plazo, aunque pudieran conseguir resultados a corto plazo<sup>15</sup>.

### **Impacto de las medidas de contención del gasto farmacéutico en los países europeos**

---

1. *Presupuesto cerrado a médicos*: Aplicado con éxito en el Reino Unido a los médicos generales que tienen presupuesto global. En el marco de las reformas propuestas en el proyecto del Reino Unido que otorga un presupuesto a cada médico general, se ha discutido la posibilidad de introducir el método de retroalimentación junto a auditoría, con la posibilidad de incentivos y sanciones a los prescriptores. Según la experiencia de otros campos de la medicina, los incentivos económicos influyen directamente sobre la actividad, pero raras veces consiguen aumentar la calidad sanitaria de la acción propuesta. Sirva de ejemplo el hecho de que aplican más medidas preven-

tivas a los médicos asalariados que los pagos por acto<sup>5,7,13</sup>.

**2. Presupuesto farmacéutico nacional cerrado:** Aplicado con éxito en Alemania, aunque con aumento de las derivaciones<sup>5,6</sup>.

**3. Empleo de genéricos:** Aplicado con éxito en Dinamarca, Holanda y Reino Unido.

Existen estudios que han determinado que el uso de genéricos disminuiría el

gasto en prestación farmacéutica con resultados comparables a los obtenidos mediante la negociación con la industria y con el colectivo farmacéutico y de efecto más duradero, ya que representaría una modificación en los hábitos de prescripción de los médicos<sup>5,16,17</sup>.

**4. Precio de referencia:** Aplicado con éxito en Alemania. El medicamento cuyo precio se ajusta al de referencia no tiene co-pago para el paciente; si el precio es

Medida	Eficacia
<b>Medidas educativas</b>	
• Difusión de material escrito	–
• Lecciones magistrales	–
• Educación en pequeños grupos	+
• Educación cara a cara	+
<b>Control de la actuación</b>	
• Feed-back de la información, sólo o acompañado de intervenciones educativas en ocasiones de tipo participativo	+
• Recordatorios	+
<b>Presión de los compañeros</b>	
• Autoauditorías	+
• Protocolos	+
• Formularios	+
<b>Incentivos</b>	?
<b>Medidas coercitivas</b>	?

+: Se han publicado estudios en los que el grupo de intervención mejora respecto a un control.

–: Existen publicaciones con evidencias de la ineficacia de la medida aislada

?: No se han hallado publicaciones sobre la eficacia de la medida.

**Tabla II.1. Técnicas para optimizar la prescripción farmacológica.**

Fuente: Martín Zurro A, Cano Pérez JF. Atención Primaria: Conceptos, organización y práctica clínica. 1994.

superior el co-pago aumenta en proporción a la diferencia<sup>5,6</sup>.

**5. Listas positivas y negativas:** Empleadas con poco éxito en toda Europa, excepto en Noruega, donde la necesidad de justificar el valor de un medicamento, previo a su registro, ha actuado como una barrera para crear una especie de listas positivas con el conjunto de los medicamentos dispensables en el país. La exclusión de medicamentos es una medida eficaz en los primeros años de su implantación, pero en los posteriores se produce de nuevo un incremento al introducirse fármacos nuevos más caros<sup>5,9,15</sup>.

**6. Co-pago:** Intentado con poco éxito en todos los países europeos<sup>5,18</sup>.

**7. Control del precio de los medicamentos:** aplicado con relativo éxito en todos los países europeos<sup>5</sup>.

**8. Control de precio en relación con los beneficios empresariales:** Aplicado con éxito en el Reino Unido, y desde 1991 en España<sup>5,7</sup>.

**9. Importación:** empleada con éxito en Alemania y Holanda. Permite aprovecharse de las diferencias de precios entre las naciones de la unión europea para comprar allí donde se ofrece mejor precio<sup>5,6,11</sup>.

**10. Evaluación farmacoeconómica:** Usada en Noruega. Hace falta valorar su impacto sobre la práctica clínica<sup>5,9</sup>.

**11. En relación a las intervenciones para mejorar la calidad de la prescripción, la eficacia es variada.** Así el uso de *materiales educativos* por correo, tales como boletines de medicamentos, material de autoformación, o folletos educativos comercialmente preparados, pueden cambiar los conocimientos y actitudes, pero tiene efectos pequeños o no detectables sobre las conductas de prescripción. Adicionalmente materiales educativos bien diseñados al ser un componente importante de otras estrategias (educación cara a cara o sistemas de retroalimentación), proporcionan una exposición inicial a mensajes de cambio de conducta y reforzamiento subsiguiente de mejoras en los patrones de práctica. Tampoco existe un método educativo grupal cuya aplicación aislada sea efectiva, especialmente si se basa en lecciones magistrales, se dirige a personas sometidas a un exceso de trabajo o que asisten por obligación. Las técnicas basadas en pequeños grupos, sobre todo las que utilizan el método de las "influencias educativas", han demostrado cierta capacidad de modificar la conducta asistencial<sup>12,13</sup>.

**12. Perfiles de prescripción:** utilizados con poco éxito en varios países. La simple distribución de listas computerizadas de medicamentos prescritos a pacientes específicos, sin sugerencias explícitas de

cambio en la práctica parece no tener influencia sobre los patrones de prescripción o los costes. Los problemas de sobrecarga de información emparejados con una gran proporción de datos clínicamente irrelevantes, hace que sea inútil. Los informes de retroalimentación continuos de los perfiles de prescripción específicos de los médicos, pueden ser efectivos en mejorar ciertos tipos de prácticas de prescripción tales como el uso de genéricos en áreas de práctica académica. Los médicos en consultas privadas pueden ser más resistentes a estas influencias e incluso pueden mostrarse recelosos de tales intentos. Hay evidencia para concluir que los recordatorios continuos a través de sistemas computarizados pueden ser efectivos en prevenir a los médicos de omitir medidas preventivas esenciales como faringitis e hipertensión, sin embargo fallaban con otros protocolos de uso. La mayor parte de estas intervenciones son más administrativas que educativas ya que corrigen errores de omisión más que creencias incorrectas. Esto se confirma porque las conductas mejoradas se deterioran rápidamente después del cese de la intervención<sup>12,13</sup>.

**13. Entrevistas cara a cara:** Se acepta la conclusión de que visitas educativas cara a cara, breves, realizadas por farmacéuti-

cos clínicos especialmente entrenados son efectivas en reducir la prescripción de medicamentos ineficientes o contraindicados en atención primaria, tanto en pediatría como en adultos. Su efecto se aumenta con visitas de reforzamiento, eran independientes de la formación del médico y persistía hasta dos años, todo ello en consultas privadas típicas de atención primaria<sup>12</sup>.

**14. Medidas coercitivas:** Ante los casos de mala praxis profesional es preciso establecer medidas coercitivas; sin embargo, si deseamos que éstas sean efectivas se debe proceder con extrema cautela. Siempre debe conservarse la confidencialidad del proceso y la acción punitiva ha de responder a una gradación: feedback educativo, supervisión directa de la prescripción y finalmente, retirada de la posibilidad de recetar. La respuesta de los profesionales a estas intervenciones sigue una curva gaussiana. Así, el grupo de médicos motivados seguirá enseguida las recomendaciones, a pesar de que éstas se basen exclusivamente en argumentos científicos y se distribuyan sólo por material escrito. A estos adoptadores tempranos le seguirá la mayoría que básicamente cambia por la influencia de la opinión de sus colegas, y por último el grupo más refractario, denominado el de los adoptadores tardíos, que sólo cambiará

si es sometido a fuertes medidas de presión como incentivos o sanciones<sup>13</sup>.

En la evolución de las tendencias de política actual, se perfila un incremento de la intervención de los gobiernos en los temas de la industria farmacéutica por ello el futuro estaría caracterizado por<sup>12</sup>:

- Aumento del uso de los precios de referencia.
- Ampliación de listas positivas y negativas.
- Sustitución obligatoria por genéricos.
- Aumento de los co-pagos.
- Imposición de precios congelados.

Numerosos estudios demuestran que

el hábito de prescripción de un médico puede ser modificado con diferentes actuaciones<sup>19,20,21,22</sup>, pero para que una medida tenga éxito en cualquier organización es fundamental contar con la participación e implicación de los profesionales. Consideramos fundamental tener en cuenta este aspecto para que cualquier medida que sea adoptada desde el ámbito político sea eficaz; en nuestra opinión la implicación de los profesionales es más probable si se combinan medidas que fomenten la calidad de las prescripciones junto a medidas de gestión ligando incentivos a la consecución de buenos resultados en calidad y coste de las prescripciones.

## BIBLIOGRAFÍA

---

1. Organización Mundial de la Salud. Conferencia de expertos OMS sobre el uso racional de medicamentos. Nairobi, Kenia. WHO/CONRAD/WP: 1985.
2. De la Torre R. Seminario: Uso Racional del Medicamento. Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada. 1997.
3. Tognoni G, Laporte JR. Estudios de utilización de medicamentos y de farmacovigilancia. En: Laporte JR, Tognoni G. Principios de Epidemiología del Medicamento 2ª edición. 1993. Ediciones Científicas y Técnicas. 25-47.
4. Gervás Camacho J, Pérez Fernández M. Farmacoeconomía y medicina general. En: Sacristán del Castillo JA, Badía Llach X, Rovira Forces J (dirs). Farmacoeconomía. Evaluación económica de medicamentos. Editores médicos. Madrid. 1995: 185-202.
5. Antúnez Estévez F. Análisis del gasto farmacéutico en la provincia de Granada. Tesis Doctoral. Universidad de Granada. Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. Granada. 1997.
6. Ulrich V, Wille E. Healthcare reform and expenditure on drugs: The german situation. *Pharmacoeconomics* 1996; 10 (Supl. 2): 81-88.
7. Towse A. The UK pharmaceutical market: An overview. *Pharmacoeconomics* 1996; 10 (Supl. 2): 14-25.
8. Le Pen C. Drug pricing and reimbursement in France: Towards a new model?. *Pharmacoeconomics* 1996; 10 (Supl. 2): 26-36.
9. Lunde PKM, Baksaas I. Utilización de medicamentos, fármacos esenciales y políticas de salud en los países desarrollados y subdesarrollados. Cap. 2. En: Laporte JR, Tognoni G. Principios de Epidemiología del Medicamento 2ª edición. 1993. De. Ediciones Científicas y Técnicas, S.A. 25-47.
10. Jönsson B. Cost sharing for pharmaceutical- The swedish reimbursement system. *Pharmacoeconomics* 1996; 10 (Supl. 2): 68-74.
11. De Vos CM. The 1996 pricing and reimbursement policy in the Netherlands. *Pharmacoeconomics* 1996; 10 (Supl. 2): 75-80.
12. Iñesta García A. Uso racional de los medicamentos en Atención Primaria: Criterios, Requisitos, Indicadores e Intervenciones. Escuela Nacional de Sanidad. Madrid. 1995.
13. Martín Zurro A, Cano Pérez JF. Atención Primaria: Conceptos, Organización y Práctica clínica. Tercera edición. Mosby/Doyma Libros. 1994.

14. Martínez M. Seminario: Uso Racional del Medicamento. Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada. 1997.
15. Medidas de contención del gasto farmacéutico e indicadores de calidad en el uso de medicamentos: ¿Prescribir menos o prescribir mejor? Atención Primaria. 43(4) 1994. Editorial: 155-158.
16. Ansa Erice I, Agudo Pascual G, Artazcoz Sanz M y Carnicero Giménez de Azcarate J. Utilidad de prescripción de genéricos en la contención del gasto en prestación farmacéutica. Análisis en la comunidad foral de Navarra. Atención Primaria. 17(6); 1996: 411-414.
17. Prescripción de genéricos. Editorial. Atención Primaria 1994; 13(5): 223-224.
18. David J. Do drug copayments work? Can Med Assoc J. 1994; 150(9): 1491-1493.
19. Martínez Escudero JA, Baeza Berruti JE. Impacto de un programa de uso racional del medicamento sobre la prescripción farmacéutica en un área de salud. Atención Primaria. 1996; 18(10): 47-59.
20. Pérez Rodríguez MT, Crusat Sabate D. Impacto de un proceso de feedback informativo sobre la prescripción farmacéutica. Atención Primaria. 1996; 18 (7): 90-95.
21. Mata Cases M, Casas Rodríguez J. Intervención de mejora de la calidad de la prescripción farmacológica continuada en un centro de Atención Primaria. Atención Primaria. 1991; 8(11): 55-60.
22. Font M, Madrideojos R. Mejorar la prescripción de fármacos en Atención Primaria: un estudio controlado y aleatorio sobre un método educativo. Medicina Clínica de Barcelona 1991; 96: 201-205.

