

## Prioridades en uso racional del medicamento (URM) del 2011 para los médicos de atención especializada

Ante la abundante información científica, la imposibilidad en muchas ocasiones de conocer la calidad de la misma y la aparición de múltiples variantes de fármacos de igual eficacia, existe un recurso fundamental que son las guías de práctica clínica avaladas por sociedades científicas de prestigio, que realizan sus recomendaciones en base a las evidencias existentes. El uso de medicamentos más eficaces y eficientes es un objetivo básico para el Servicio Canario de la Salud.

Por otro lado, en el último año Canarias se ha convertido en un referente en el control del gasto farmacéutico para todo el territorio nacional. Esto se ha llevado fundamentalmente a cabo gracias a la labor e implicación de los profesionales sanitarios del Servicio Canario de Salud y a la formación de los mismos. Estos esfuerzos han de continuar, pues a corto plazo la situación actual de la Nación y de nuestra Comunidad en concreto, con una disminución de 300 millones de € en el presupuesto de la Sanidad Canaria (200 de los cuales corresponderán al gasto farmacéutico) suponen una meta difícilmente alcanzable.

Entre las prioridades en URM para los médicos de atención especializada en el año 2011 se encuentran:

**1. PROPORCIONAR AL PACIENTE LA RECETA OFICIAL** (incluido en el programa de gestión convenida). En el BOE de 20 de enero de 2011 se publica el Real Decreto 1718/2010 de 17 de diciembre, sobre receta médica y órdenes de dispensación, el cual recoge en el artículo 1 del primer capítulo "la receta médica es el documento sanitario, normalizado y **obligatorio**, mediante el cuál los médicos...". Este decreto ya recoge a nivel nacional la **obligatoriedad** de proporcionar al paciente su prescripción en una receta médica, que dentro del ámbito de nuestra sanidad pública es la receta médica oficial del Servicio Canario de Salud. Se incluye además un modelo de receta para la sanidad privada.

Pero lo principal será que este hecho beneficiará al paciente, al no tener que solicitar la receta a otro médico que puede o no estar de acuerdo con la prescripción; al médico prescriptor que sabrá que no le variarán su tratamiento; al médico de Atención Primaria que no tendrá que prescribir un tratamiento que el paciente en muchas ocasiones ya habrá obtenido en la farmacia y que además le aumentará su lista diaria de pacientes en las que, en ocasiones, ya existe lista de espera; y al farmacéutico, que en

ocasiones se ve en la tesitura de "dejar a deber" tratamientos o enfrentarse al paciente que acude sin la receta.

**2. PRESCRIBIR POR PRINCIPIO ACTIVO** (incluido en el programa de gestión convenida). La Ley de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios, en su artículo 85 señala "Las Administraciones sanitarias fomentarán la prescripción de los medicamentos identificados por su principio activo en la receta médica". En estos casos, el farmacéutico dispensará el medicamento que tenga menor precio, lo que implica que cada canario pagará el menor precio por el fármaco, si no se elige una marca concreta. Existen fármacos cuyo coste por ejemplo puede ir según la marca desde 4,71 a 27,01€ o desde 21,06 a 42,28 €, con diferencias superiores en algunos casos al 80%.

El recetar por principio activo aumentará el consumo de genéricos, fármacos que son intercambiables con el medicamento innovador, pues tienen el mismo principio activo en cantidad y calidad (están sometidos a las mismas normas de fabricación y comercialización), y al demostrar su bioequivalencia, su eficacia y seguridad son iguales a un precio menor.

El creer que recetar por marca de fantasía es practicar una mejor medicina o es disminuir la inversión destinada a la investigación es una falacia. Paradójicamente, la realidad es que los países con mayor consumo de genéricos son aquellos donde existe una mayor inversión en investigación y desarrollo de fármacos. En EEUU, donde el consumo de genéricos supera el 72%, se ha observado que por cada 10% que aumenta el consumo de genéricos, la inversión destinada a la investigación aumenta un 50%. En Europa, en países como Gran Bretaña o Alemania el consumo de genéricos se sitúa en el 50% y 60% respectivamente.

**3.** Si bien es importante recetar por principio activo, aún es más importante **PRESCRIBIR EL PRINCIPIO ACTIVO DE ELECCIÓN QUE RECOMIENDAN LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA**: es importante evitar el efecto sustitución de moléculas que no son verdaderas innovaciones y no aportan beneficios sustanciales al paciente. Este efecto se suele producir cuando se comercializa el genérico de un medicamento. En

dicho instante se observa un descenso en su uso (incluso de la marca original) y paralelamente un incremento en la prescripción de otro similar (un isómero, una asociación o un “me too”) sin genérico y por tanto, más caro y sin haber demostrado superioridad clínica.

Ejemplos del efecto sustitución se observa con las siguientes moléculas:

- el uso de la rosuvastatina cuya prescripción se incrementó durante el 2010 un 41%, siendo, según la evidencia disponible, sus beneficios de resultados en salud clínicamente irrelevantes en prevención primaria y secundaria.

- el incremento desmesurado (superiores al 200% anual) de la sitagliptina, vildagliptina y saxagliptina frente a las sulfonilureas lo que va en contra de todas las principales guías de práctica clínica como la ADA 2011, NICE 2009 o la EASD 2008.

- la pregabalina, fármaco que ocupa el 5º lugar en el gasto farmacéutico (casi 9 millones y medio de € en 2010), es prescrito en muchas ocasiones fuera de ficha técnica o en sus indicaciones aceptadas por delante de otros fármacos considerados de elección en las guías.

- tras la aparición del clopidogrel genérico, y cuando se va a producir la bajada a precio de referencia de todos los clopidogrel, tanto de marca de fantasía (plavix® e iscover®) como genéricos, con lo que todos pasarán a costar 20,48€, surge la combinación con AAS, duoplavin® y duocover®, que sin aportar mayor eficacia podría suponer un gasto adicional anual superior a 2 millones de euros.

- otro efecto sustitución se observa con el risperdal consta® (inyectable), cuyo consumo se ha incrementado tras la aparición de la risperidona EFG oral. La realidad actual es que se prescriben el mismo número envases del inyectable que del oral, pero el gasto del primero es de 790.000 € frente a los 166.000 € del oral.

Dentro del este apartado tiene especial importancia, por su amplio consumo, el uso adecuado de los IBP. Si hay que prescribir un IBP, elegir DE PRIMERA OPCIÓN el **OMEPRAZOL** (incluido

en el programa de gestión convenida) que, como ya se indicó en el INFARMA vol.1 núm.4, es el de elección. Es importante prescribirlo en las indicaciones aceptadas y durante el menor tiempo posible, pues los IBP tienen un aviso de la FDA por asociarse a un incremento de fracturas óseas. En Canarias constituyen el grupo terapéutico más prescrito con casi 2,9 millones de envases y 32 millones de € en coste en 2010. Aquí encontramos la paradoja de que, siendo el IBP más prescrito el omeprazol, con un 69% del total de envases, sólo supone el 25% del gasto en IBP; mientras que los restantes IBP que suponen el 31% de los envases dispensados, absorben el 75% del gasto en IBP. El priorizar el omeprazol, fármaco de la misma eficacia y mayor eficiencia entre los IBP podría suponer un ahorro cercano a los 19 millones de €.

**4. RECETA ELECTRONICA CANARIA.** Desde febrero de 2011 todo el territorio Autonómico dispone de receta electrónica. Un objetivo para el presente año es que exista una conexión desde ambos ámbitos sanitarios y que dicha receta esté accesible no solo desde atención primaria, sino también desde la especializada.

## CONCLUSIONES

### de las prioridades en URM para el médico de Atención Especializada

- Los médicos de Atención Especializada son imprescindibles para lograr un uso adecuado y responsable de los medicamentos.
- Si se prescribe en Consultas Externas o al Alta Hospitalaria hay que proporcionar al paciente las recetas oficiales a las que tiene derecho.
- Es fundamental priorizar la elección de los principios activos recogidos en las guías de práctica clínica.
- Dentro de los IBP, elegir el Omeprazol

**AUTORES:** Aguiar Bautista JA (Médico de Familia, DGF), Moreno Valentín G (Médico de Familia, DGF), Montes Gómez E (Médico de Familia, DGF), Fernández San José B (Director General de Farmacia), Rodríguez Segovia A (Farmacéutica, DGF), Pérez Pérez M (Farmacéutica, DGF), Plasencia Núñez (Farmacéutica, DGF)

**Edita:** Dirección General de Farmacia del Servicio Canario de Salud / SERVICIO CANARIO DE SALUD.

**ISSN:** 1889-0989.

**Depósito Legal:** GC 1103-2008

Pueden solicitar el envío electrónico de los infarmas remitiendo un correo a jagubau@gobiernodecanarias.org