

bolcan



BOLETÍN CANARIO DE USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO DEL SCS

MEDIDAS PARA EVITAR LOS PERJUICIOS DEL COPAGO

SUMARIO

INTRODUCCIÓN	1
ÍNDICE SINTÉTICO DE CALIDAD	2
INDICADOR DE MEDICAMENTOS DE UTILIDAD TERAPÉUTICA BAJA (UTB)	3
INDICADOR DE ESTATINAS	3
INDICADOR DE ANTIDIABÉTICOS A EXCEPCIÓN DE INSULINA	4
INDICADOR DE INHIBIDORES DEL SISTEMA RENINA-ANGIOTENSINA	4
INDICADOR DE ANTIHIPERTENSIVOS DIURÉTICOS Y ASOCIACIONES DE ELECCIÓN	4
INDICADOR DE ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS ORALES	5
INDICADOR DE ANTIBIÓTICOS	5
INDICADOR DE CEFALOSPORINAS	5
INDICADOR DE INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES	5
INDICADOR DE FÁRMACOS EN ASMA Y EPOC	5
INDICADOR DE ANTIDEPRESIVOS	6
CONCLUSIONES	7
BIBLIOGRAFÍA	7

INTRODUCCIÓN

La utilización de medicamentos tiene un gran impacto sanitario y económico sobre el Sistema Nacional de Salud y de cada Comunidad Autónoma. En España el porcentaje de gasto farmacéutico sobre el total del presupuesto sanitario es del 18,9%, superior al del resto de países de nuestro entorno (Alemania, 14,9%; Reino Unido, 11,6%; Dinamarca, 7,3%). Desde el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad se han impulsado diferentes iniciativas para disminuir el precio de los medicamentos (Reales Decretos, órdenes de precios

de referencia), el último de los cuales (el RD 9/2011) evitó una gran bolsa de ineficiencia que era la gran diferencia de precio existente entre las marcas y sus genéricos, al igualar sus precios.

Sin embargo existen dos problemas que no se han abordado. El primero es que principios activos de idéntica eficacia y seguridad tienen precios muy distintos (pueden oscilar entre 2,5 y 40 euros); y el segundo es que, cuando un medicamento baja su precio, se empieza a recetar menos, mientras paralelamente aumenta la prescripción de uno parecido de alto precio (los llamados “me too”). Es el efecto sustitución (BOLCAN vol 3, núm 4).

En el momento actual, todo esto cobra especial relevancia, ya que en breve se instaurará el **copago farmacéutico a casi todos los pacientes**. En lo referente a los pensionistas, deberán pagar el 10% de cada medicamento (con un máximo de 8, 18 o 60 €/mes según su renta). En la práctica, lo que ocurrirá es que los pensionistas tendrán que sufragar el 10% de los fármacos y con posterioridad se les devolverá lo que han abonado de más.

En nuestra Comunidad, el gasto medio por pensionista es de 69,8€, es decir que la media que deberá pagar cada pensionista será de casi 7 €/mes. Sin embargo existe un gran variabilidad, pues más de 160.000 pacientes pensionistas consumen más de 6 medicamentos y más de 90.000, 10 medicamentos, siendo la media del gasto en estos de 155 €/mes.

Por ello, volvemos a insistir en la prescripción de medicamentos incluidos en los indicadores de calidad, y por tanto en el índice sintético de calidad, ya que son los de mayor eficiencia (mayor beneficio clínico al menor coste) para el paciente.

Ejemplos de lo que el paciente tendrá que abonar por mes según el principio activo elegido serían:

Prasugrel (6,1 €) versus clopidogrel (2 €)

Paliperidona parenteral (50 €) versus risperidona parenteral (38,7 €)

Rabeprazol (4 €), pantoprazol (1,8 €), lanzoprazol (1,5 €), esomeprazol (1,2 €) versus omeprazol (0,24 €)

Celecoxib (3,57 €), etoricoxib (3,3 €) versus ibuprofeno (0,28 €)

Metformina-sitagliptina (6 €) versus metformina y glimepirida (0,54 €)

Pitavastatina (4,1 €), rosuvastatina (2,5 €) versus simvastatina (0,28 €) o atorvastatina (0,88 €)

Una de las posibles consecuencias es el **abandono de los tratamientos** por muchos pacientes. Por ello y con el fin de minimizar este hecho y sus consecuencias sobre la salud, insistimos en la prescripción de los fármacos incluidos en el índice sintético de calidad, que son los que presentan mayores evidencias clínicas, y a tener una amplia experiencia, son más seguros y de menor coste.

ÍNDICE SINTÉTICO DE CALIDAD

Es llamativa la gran variabilidad de las prescripciones a través de receta en las indicaciones más prevalentes, tanto en Atención Primaria (AP)¹⁻⁴ como en Atención especializada (AE)⁵. Por otro lado, el presupuesto de las prescripciones es considerado un área donde se puede alcanzar un considerable ahorro mediante prescripciones con una mejor relación coste-efectividad^{6,7}.

El indicador de calidad de prescripción se define como “un elemento medible del ejercicio de la prescripción para el que hay evidencia o consenso, que se puede usar para valorar la calidad, y por tanto, para cambiar la calidad de la atención proporcionada”⁸.

La utilización de indicadores de consumo farmacéutico como medida de calidad de prescripción presenta el inconveniente de no relacionar el tratamiento con el diagnóstico del paciente. Sin embargo, sin ser un instrumento que permita una evaluación concluyente de la labor terapéutica, puede ser de gran ayuda al permitir comparar la actividad de diversos centros y ésta con los estándares calculados mediante consideraciones farmacológicas, epidemiológicas y de práctica clínica.

Un gran número de estos indicadores han sido desarrollados por Autoridades Sanitarias de países de la Unión Europea⁹. También han sido los propios profesionales sanitarios (médicos de primaria, especializada, de urgencias, gestores, farmacólogos y farmacéuticos) quienes han elaborado, seleccionado y validado el sistema de indicadores y estándares utilizando la opinión de expertos mediante técnicas de consenso (grupos de técnica nominal, Delphi)¹⁰⁻²¹.

Este instrumento de medida nació como una herramienta de mejora de calidad y no como un elemento de gestión exclusi-

vamente. Los indicadores de prescripción valoran que los servicios de salud utilicen sus recursos para mejorar la salud de la población de forma eficiente²².

La prescripción de medicamentos a través de receta en consultas externas de los hospitales y al alta de pacientes ingresados, tiene una gran repercusión sobre la prestación farmacéutica, ya que en la mayoría de los casos el posterior seguimiento de los pacientes se realiza en el nivel asistencial primario, donde, aunque el médico tiene la capacidad y obligación de cambiar el tratamiento si considera que no es el idóneo, los cambios de medicación no son habituales²³⁻²⁶.

Según diversos estudios²⁷⁻²⁹, la prevalencia de la prescripción inducida en AP oscila entre en 24 y 55%, y en pacientes con enfermedades crónicas puede llegar al 40-77%. La utilización de medicamentos presenta la particularidad de ser un elemento común en los diferentes niveles asistenciales, lo que le confiere la propiedad de transversalidad entre niveles de atención sanitaria. La necesaria alineación de los objetivos de la AP y la AE en lo que se refiere al Uso Racional de los Medicamentos pasa por la aplicación simultánea de diferentes estrategias entre las que cabe señalar la coherencia entre los dos niveles asistenciales en lo que atañe a los objetivos de prescripción racional. La existencia de una referencia común para los 2 niveles asistenciales beneficiaría la continuidad asistencial de los pacientes. Por estas razones, los indicadores de calidad de prescripción a través de receta en ambos niveles asistenciales han de medir lo mismo³⁰⁻³¹.

Diversos estudios^{30,32-34} obtienen un menor nivel de calidad de prescripción farmacéutica con receta médica en AE, debido probablemente a que tradicionalmente, las medidas se han dirigido a los médicos de AP, y a que los pacientes tratados en AE son de mayor gravedad.

Los indicadores compuestos como el índice sintético de calidad (ISC) se caracterizan porque resumen o agregan varios indicadores específicos (que no tienen que estar relacionados ni tener una unidad de medida común) en un solo número. Que se los conciba como un número-resumen los hace especialmente útiles como indicadores para comparar centros, áreas o sistemas y su interés crece notablemente en el ámbito sanitario³⁵⁻³⁸ ya que pueden ser utilizados para resumir aspectos o problemas complejos y multidimensionales, y ayudar en la toma de decisiones; proveen una visión global; y pueden ser interpretados más fácilmente que muchos indicadores por separado.

Aunque son escasos, existen estudios que muestran una relación entre la calidad clínica o el adecuado control de variables intermedias de salud (HbA1c, control de Tensión Arterial, niveles de lípidos en sangre) y un buen indicador de la prescripción medida a través de un ISC¹³.

Así pues, **el índice sintético de calidad**, tiene la finalidad de integrar en un único dato el conjunto de los indicadores orientados a fomentar el uso de los fármacos de elección, en base a criterios de eficacia, seguridad, experiencia de uso y coste, y reducir la variabilidad **en el abordaje terapéutico de las patologías más prevalentes**.

Los indicadores incluidos en el ISC son ponderados, obteniéndose una puntuación dependiendo del valor obtenido en cada uno de ellos y de los objetivos alcanzados. **Nunca** en un indicador el objetivo es del 100%. Lo habitual es que los objetivos estén entre el 50 y el 80%, según el indicador y se calculan poniendo metas alcanzables tras conocer los datos reales de la Comunidad. Los indicadores que entran en el ISC son los siguientes:

Indicador de medicamentos de utilidad terapéutica baja (UTB)

Indicador de estatinas

Indicador de antidiabéticos a excepción de insulina

Indicador de inhibidores del sistema renina-angiotensina

Indicador de antihipertensivos diuréticos y asociaciones de elección

Indicador de antiinflamatorios no esteroideos orales

Indicador de antibióticos

Indicador de cefalosporinas

Indicador de inhibidores de la bomba de protones

Indicador de fármacos en asma y EPOC

Indicador de antidepresivos

A continuación se presenta lo que miden cada uno de los siguientes indicadores. En la página web del SCS: <http://www2.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/> y en los recursos de la consulta del portal DRAGO se puede obtener información ampliada y la justificación y bibliografía que avala el uso de los mismos.

INDICADOR DE MEDICAMENTOS DE UTILIDAD TERAPÉUTICA BAJA (UTB)

Se consideran fármacos de UTB los que no tienen una eficacia claramente demostrada en las indicaciones para las cuales se recomiendan porque o bien no tienen ensayos clínicos bien diseñados que los avalen, o bien tienen una relación beneficio/riesgo desfavorable, o son asociaciones que no presentan ventajas a los compuestos por separado. También pueden con-

siderarse como UTB presentaciones inapropiadas (por dosis, por vía de administración, por asociaciones, etc.) de fármacos cuya utilidad terapéutica se considera probada. Esta clasificación es otorgada por el Ministerio de Sanidad.

Cálculo: **Numerador: Medicamentos con principios activos considerados UTB**
Denominador: Total de medicamentos.

Este indicador se considera mejor cuanto menor sea su valor. En Canarias, el gasto farmacéuticos en estos medicamentos en 2011 fue superior a **18 millones de €**.

INDICADOR DE ESTATINAS

La simvastatina es la estatina de primera elección por su eficacia y seguridad, con beneficio demostrado sobre la morbimortalidad en prevención secundaria y en RCV alto. Es la estatina de elección recomendada por la NICE o la guía terapéutica de la semFYC.

Si con la simvastatina no se alcanzan los objetivos de lípidos deseados, puede considerarse el uso de atorvastatina, pues en estos casos es la que más evidencias posee en cuanto a la reducción de eventos cardiovasculares, tanto en prevención primaria como secundaria.

Cálculo: **Numerador: Simvastatina y Atorvastatina en monoterapia**
Denominador: Inhibidores de La HMGCoA reductasa en monoterapia o combinados

Incremento de las estatinas en 2011. Tras la disminución de precios de la atorvastatina (**de 24 a 4€**), se observa una disminución de su prescripción, mientras que se vuelve a producir un efecto sustitución, aumentando la de estatinas que carecen de evidencias en cuanto a variables duras. La pitavastatina se incrementa igualmente que la rosuvastatina, tras su aparición durante 2011.

Variación anual del consumo de estatinas 2010 - 2011			
	ATORVASTATINA	ROSUVASTATINA	SIMVASTATINA
GRAN CANARIA	-1,43%	44,59%	6,11%
TENERIFE	-6,24%	35,11%	3,16%
LANZAROTE	-5,52%	52,27%	8,39%
FUERTEVENTURA	-6,09%	51,23%	0,86%
LA PALMA	0,33%	91,22%	8,55%
LA GOMERA	4,63%	19,31%	12,66%
EL HIERRO	-8,47%	85,40%	-8,88%

INDICADOR DE ANTIDIABÉTICOS A EXCEPCIÓN DE INSULINA

La metformina está considerada como el antidiabético de elección para la mayoría de los diabéticos tipo 2. Las sulfonilureas, añadidas a la metformina es la combinación que más disminuye la HbA1c, por lo que en las guías de mayor prestigio (ADA 2011, EASD, NICE 2012) figura como la combinación de elección.

El resto de los antidiabéticos orales, además de producir descensos inferiores de la HbA1c y de los niveles de glucemia que los fármacos ya comentados, tienen menos evidencias en la reducción de complicaciones diabéticas, menos estudios de seguridad y de protección de órganos diana a largo plazo y/o son más costosos.

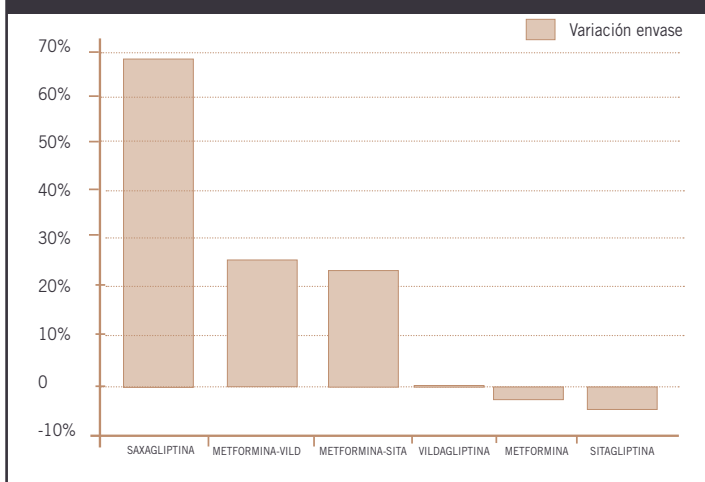
Cálculo: **Numerador:** Metformina y Sulfonilureas
Denominador: Fármacos hipoglucemiantes excluyendo insulinas

que los IECA no sean bien tolerados (fundamentalmente por tos), se podría recurrir al losartan por ser el ARA2 que más indicaciones tiene en su ficha técnica y estar avalado por diversos estudios, el mayor número de indicaciones, así como por su seguridad al ser el de mayor experiencia de uso. Es necesario recordar que, el objetivo del tratamiento antihipertensivo no es evitar la tos, sino evitar los eventos cardiovasculares.

Tras las últimas evidencias, la combinación de aliskiren con un IECA o ARA2 en pacientes diabéticos o con insuficiencia renal está contraindicada, y no se recomienda su asociación en el resto de los pacientes.

Cálculo: **Numerador:** IECA en monoterapia y asociado a diuréticos o antagonistas del calcio, losartan en monoterapia y asociado a diurético
Denominador: total de IECA, antagonistas de la angiotensina 2 (ARA2) e inhibidores de la renina en monoterapia y asociados a diuréticos o antagonistas del calcio

Variación del número de envases 2011 - 2012



En el consumo se observa un aumento continuo de los ARA2 en detrimento de los IECA. EL ARA2 más prescrito ha sido desde hace años el valsartan solo o combinado. Cuando disminuye su precio, desciende su consumo y aumenta el telmisartan, olmesartan y eprosartan solos o combinados.

INDICADOR DE ANTIHIPERTENSIVOS DIURÉTICOS Y ASOCIACIONES DE ELECCIÓN

Los diuréticos tiazídicos son los antihipertensivos que se sustentan en un mayor número de estudios que avalan su uso. Muchos de estos estudios se han realizado comparándolos con otros fármacos y han demostrado que, en resultados de salud, los diuréticos siempre han sido superiores o iguales, pero nunca inferiores al resto de antihipertensivos, tal como se muestra en el metaanálisis de Psaty. Por otro lado, la NICE tras realizar metaanálisis por grupos de edad concluye que los antihipertensivos que más disminuyen los eventos cardiovasculares en pacientes mayores de 55 años son las tiazidas y los antagonistas del calcio por igual, aunque estos últimos siempre presentan una mayor tasa de abandonos por sus efectos adversos.

Cálculo: **Numerador:** Hidroclorotiazida, Clortalidona, Indapamida, Hidroclorotiazida asociado a Enalapril o Captopril
Denominador: Antihipertensivos

El uso de tiazidas solas o en asociación de elección es bajo, del 6%.

INDICADOR DE INHIBIDORES DEL SISTEMA RENINA-ANGIOTENSINA

Los IECA constituyen el tratamiento de elección cuando se ha de pautar un inhibidor del sistema renina-angiotensina. La eficacia clínica es similar a los ARA2 (de hecho en el postIAM sin insuficiencia cardiaca o en los ictus los estudios apoyan el uso del IECA sobre los ARA2), lo que junto al menor coste convierten a los IECA en la terapia más eficiente. En caso de

INDICADOR DE ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS ORALES

La prescripción de AINEs debe realizarse sobre la base de los perfiles globales de seguridad del medicamento y en función de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) y gastrointestinal de cada paciente.

En pacientes con factores de riesgo gastrointestinal, deben ser considerados los AINEs de menor toxicidad gastrointestinal, como el ibuprofeno. Tener en cuenta que las complicaciones gastrointestinales de los AINEs son dosis dependientes, por tanto en general, se deben utilizar los AINEs a dosis bajas y el menor tiempo posible.

A raíz de los graves problemas cardiovasculares que produjeron decenas de miles de muertes y que obligaron a la retirada del rofecoxib, se estudió el perfil de seguridad cardiovascular de los AINE clásicos. En pacientes con factores de riesgo cardiovascular, los AINEs se han relacionado con complicaciones aterotrombóticas, y en base a las últimas evidencias el naproxeno es considerado como el fármaco con mejor perfil cardiovascular. Los efectos aterotrombóticos son dosis dependientes, así el ibuprofeno a dosis menores de 1200 mg/día y el naproxeno a dosis de 1000 mg al día, no han presentado un riesgo aterotrombótico mayor que el placebo. Diclofenaco en dosis de 150 mg/día se ha asociado a un aumento del riesgo de episodios aterotrombóticos equiparable al de algunos COXIBs, en particular el etoricoxib

Cálculo: **Numerador:** Ibuprofeno y Naproxeno
Denominador: Total de AINEs

Tanto el etoricoxib, (fármaco que como se ha comentado en otras ocasiones no fue admitido por la FDA por sus efectos adversos cardiovasculares), como el celecoxib (dosis de 400 y 800 mg aumentan el riesgo cardiovascular) suponen un gasto superior a 5 millones de €/año con un incremento anual de envases del 15%.

INDICADOR DE ANTIBIÓTICOS

Existe una sobreutilización de antibióticos de amplio espectro, o a una utilización inadecuada en procesos banales, y en definitiva a una presentación, selección y extensión de resistencias bacterianas con el problema de salud pública que ello conlleva. Afortunadamente en Canarias el porcentaje de uso de antibióticos de primera elección mejora año a año y no se dispensan en las oficinas de farmacia sin la correspondiente receta.

Si se decide tratar con antibiótico, la mayoría de las infecciones del tracto respiratorio así como otras infecciones como

del tracto urinario no complicadas y de la piel, pueden ser tratadas con los antibióticos incluidos en el numerador.

Para obtener el indicador en el caso de pediatría, se han excluido del numerador las quinolonas

Cálculo: **Numerador:** Amoxicilina, Bencilpenicilina, Fenoximetilpenicilina, Bencilpenicilina benzatina, Bencilpenicilina procaína, Cloxaciclina, Amoxicilina más ácido clavulánico, Cefalexina, Cefuroxima axetilo, Cefaclor, Cefadroxilo, Clindamicina, Doxiciclina, Norfloxacin, Acido pipemidico, Nitrofurantoína, Fosfomicina, Fosfomicina trometamol, Clotrimazol, Metronidazol
Denominador: Total de antibacterianos de uso sistémico

INDICADOR DE CEFALOSPORINAS

Las cefalosporinas orales de primera y segunda generación son utilizadas de forma ambulatoria en infecciones respiratorias, infecciones de la piel y tejidos blandos fundamentalmente.

Las cefalosporinas de 3ª generación no son de elección en el ámbito de Atención Primaria, ya que no son activas frente a gram (+), aunque sí lo son frente a gram (-), y su uso debe reservarse, siempre que sea posible y con el fin de evitar resistencias, para el tratamiento intrahospitalario de infecciones graves.

Cálculo: **Numerador:** cefalosporinas orales de primera y segunda generación (Cefalexina, Cefuroxima axetilo, Cefaclor, Cefadroxilo y Cefprozilo)
Denominador: Total de Cefalosporinas

INDICADOR DE INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES

No hay evidencia de que alguno de los IBP presente una eficacia superior al resto de las moléculas de su grupo en ninguna de las indicaciones clínicas, por lo que se considera que todos son igualmente efectivos cuando se emplean en dosis equipolentes. En Canarias se prescribieron casi 3 millones de recetas de IBP (para 2 millones de habitantes, y sin contar lo que los pacientes retiran sin receta del SNS).

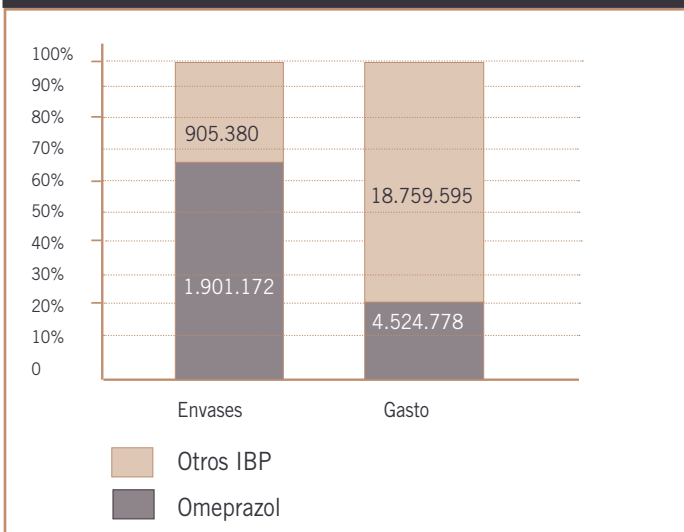
Es importante prescribirlos en las indicaciones aceptadas y durante el menor tiempo posible, pues todos se han relacionado en determinadas circunstancias con un incremento

de fracturas óseas, neumonías, infecciones por clostridium difficile o hipomagnesemia.

En términos de seguridad, los IBP presentan un buen perfil. El omeprazol es la molécula con mayor experiencia de uso, siendo además el IBP de coste inferior.

Cálculo: **Numerador: Omeprazol**
Denominador: total de IBP

Consumo de IBP 2011



Se da la paradoja de que siendo los IBP igual de eficaces, el 67,7% de los envases que son de omeprazol generen el 19% del gasto de esta familia de medicamentos, mientras que el 32,3% de los restantes IBP producen el 81% del gasto. El Ahorro potencial sería de más de 16.5 millones de euros.

INDICADOR DE FÁRMACOS EN ASMA Y EPOC

Mientras que el tratamiento de elección en los pacientes asmáticos lo constituyen los corticoides inhalados, en los pacientes con EPOC lo constituyen los broncodilatadores de acción larga, reservando la combinación de ambos en pacientes con Asma no controlada con los corticoides o en EPOC en estadios avanzados con FEV1 < 50%, y en pacientes con un FEV1 > 50%, cuando presenten exacerbaciones persistentes o dificultad respiratoria pese a estar con un broncodilatador de acción larga, tiotropio o beta agonista. En este caso, uno de cada cuatro pacientes responderá disminuyendo las reagudizaciones, mientras que 3 no, por lo que se debería retirar el corticoide ya que aumenta la posibilidad de neumonías en el EPOC.

Cálculo: **Numerador: Salbutamol, Terbutalina, Salmeterol, Formoterol, Beclometasona, Budesonida, Bromuro de Ipratropio y Bromuro de Tiotropio**
Denominador: Adrenérgicos inhalados, Otros agentes contra padecimientos obstructivos de las vías respiratorias, Antileucotrienos y Roflumilast

Las combinaciones se encuentran entre los primeros 5 fármacos que más gasto originan en nuestra Comunidad. En la práctica se está tratando a la mayoría de los pacientes como si tuviesen asma moderada y grave o EPOC grave con reagudizaciones que sí responden a corticoides.

INDICADOR DE ANTIDEPRESIVOS

En depresión leve, de inicio no se recomienda el empleo de fármacos por presentar un bajo riesgo-beneficio. Se recomienda tratar con antidepresivos tras fracaso de otras estrategias terapéuticas, si hay problemas psicológicos o médicos asociados o historia previa de depresión moderada o grave.

Dentro de los antidepresivos considerados de elección en este indicador, figuran los ISRS más eficientes. En la actualidad los ISRS son considerados fármacos de 1ª elección. Se recomienda que la elección del antidepresivo se base en criterios como el perfil clínico, efectos adversos y seguridad.

El escitalopram no es considerado un ISRS de elección en este indicador, en base a la evidencia disponible, ya que en los casos de pacientes con cuadros de depresión mayor moderada-grave, la sertralina sería un fármaco más eficiente utilizando criterios de uso racional del medicamento. Por tanto no está justificado el cambio sistemático de citalopram por escitalopram.

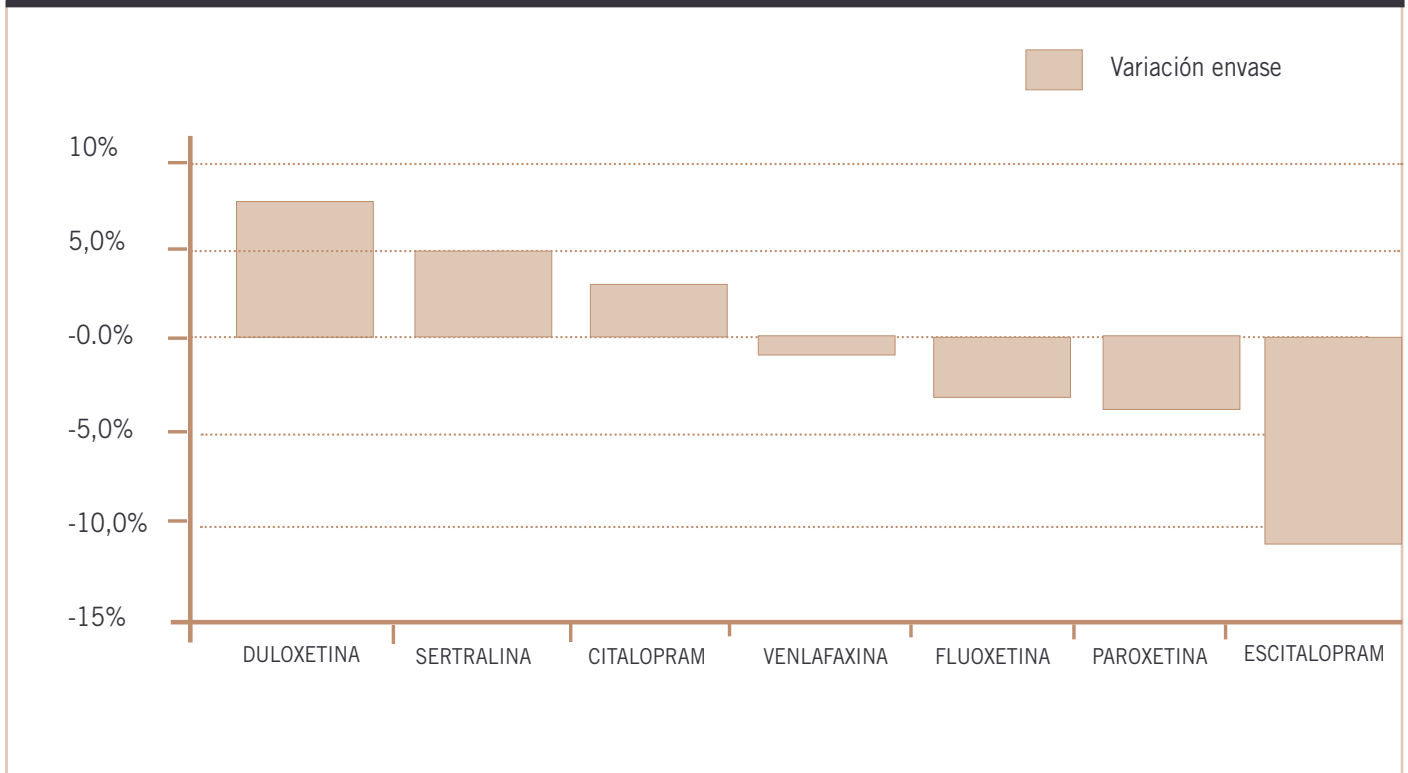
La sertralina y el citalopram son los antidepresivos recomendados en pacientes polimedcados por su menor nivel de interacciones.

El uso de otros antidepresivos de perfil de seguridad menor (venlafaxina, reboxetina, duloxetina, etc) debería reservarse en general para un segundo nivel de tratamiento especializado, tras el fracaso de los ISRS.

Cálculo: **Numerador: Fluoxetina, Paroxetina, Citalopram, Sertralina y Nortriptilina**
Denominador: Total antidepresivos

En 2012 se observa un incremento en la prescripción de duloxetina, sertralina y citalopram, siendo la primera de ellas una de las de peor perfil de seguridad y no recomendada en los indicadores.

Variación del consumo de antidepresivos 2011 - 2012



CONCLUSIONES:

1. El índice Sintético de Calidad tiene la finalidad de integrar en un único dato el conjunto de los indicadores orientados a fomentar el uso de los fármacos de elección, en base a criterios de eficacia, seguridad, experiencia de uso y coste, y reducir la variabilidad en el abordaje terapéutico de las patologías más prevalentes.

2. Es utilizado por los servicios de salud para medir el porcentaje de fármacos de primera elección frente al total de los fármacos y es un buen instrumento para monitorizar la calidad de prescripción y mejorarla de forma continua.

3. Constituye una medida importante para minimizar los perjuicios del copago entre nuestros pacientes y disminuir el incumplimiento terapéutico

4. Las medidas correctoras estatales (Reales decretos, órdenes de precios de referencia, posibilidad de aumento de copagos), no corrigen un problema importante como es el efecto sustitución, por el que cuando un medicamento reduce su precio, disminuye su prescripción y se sustituye otro más caro y no más eficaz que se encuentra fuera de los indicadores de calidad por no haber presentado aún suficientes evidencias.

BIBLIOGRAFÍA

1. Arnau JM, Bordas JM, Casajuana J, Diogène E, Hernández E, Llop R, et al. Variabilidad de la prescripción en indicaciones prevalentes en atención primaria: un estudio multicéntrico. *Aten Primaria*. 1998;22:417-23.
2. Bradley CP. Decision making and prescribing patterns: a literature review. *Family Practice*. 1991;8:276-87.
3. Davis P, Gribben B. Rational prescribing and interpractitioner variation. A multilevel approach. *Int J Technol Assess Health Care*. 1995;11:428-42.
4. Keyes MA. CONQUEST 2.0: an emerging clinical performance measurement tool. *J Health Qual*. 2000;22:29-36
5. Datos obtenidos de Farmacanárias. Diciembre 2011.
6. Audit Commission. *A prescription for improvement: towards more rational prescribing in general practice*. London: HMSO; 1994.
7. Freemantle N, Henry D, Maynard A, Torrance G. Promoting cost effective prescribing. *BMJ*. 1995;310:955-6.
8. Haaijer FM, Hoven JL, Mol PGM, editors. *A conceptual framework for constructing prescribing quality indicators: a proposal*. DURQUIM: Drug Utilisation Research Quality Indicators Meeting; 2004 May 13-15; Mechelen, Belgium, 13-15. Copenhagen: WHO; 2004.
9. Shelley M, Croft P, Chapman S, Pantin C. Is the ratio of inhaled corticosteroid to bronchodilator a good indicator of the quality of asthma prescribing? Cross sectional study linking data to data on admissions. *BMJ*. 1996;313:1124-6.
10. Campbell SM, Braspenning J, Hutchinson A, Marshall M. Research methods used in developing and applying quality indicators in primary care. *Qual Saf Health Care*. 2002;11:358-64.

11. Campbell SM, Cantrill JA. Consensus methods in prescribing research. *J Clin Pharm Ther.* 2001;26:5-14.
12. Torrecillas Rojas MA, Pedregal González M, Caraballo Camacho MO, Rodríguez Papalardo V, Fernández Fernández I. Definición y validación de indicadores de calidad de la prescripción en atención primaria. *Aten Primaria.* 2006; 37: 273-7.
13. Garjón Parra FJ, Aller Blanco AI, Buisán Giral MJ, Elfau Mairal M, Celaya Lecea MC. Selección de indicadores de calidad de prescripción en atención primaria mediante grupo de consenso. *Aten Primaria.* 2006; 38: 39-44
14. Garjón Parra FJ, Aza Pascual-Salcedo M, Elfau Mairal M, Aller Blanco AI, Buisán Giral MJ, Celaya Lecea C. Indicadores de calidad de prescripción seleccionados mediante una técnica de consenso. *An Pediatr (Barc).* 2008; 69: 329-34.
15. Gómez Castro MJ, Arcos P, Rubiera G, Rigueira AI. Comparación de dos modelos de indicadores de la calidad de la prescripción farmacéutica en atención primaria. *Gac Sanit.* 2003; 17: 375-83.
16. Campbell SM, Cantrill JA, Roberts D. Prescribing indicators for UK general practice: Delphi consultation study. *BMJ.* 2000; 321: 1-5.
17. Servicio de Salud de las Islas Baleares. Batería de indicadores de calidad de la prescripción de adultos. 2011. Disponible en http://www.elcomprimido.com/PDF/indicadores2011_ADULTOS.pdf
18. Navarra. Indicadores de calidad de la prescripción farmacéutica 2008. Disponible en www.navarra.es/NR/.../INDICADORESFARMACIA2008.doc
19. Gómez Castro MJ, Arcos González P, Rubiera López G, Rigueira AI. Un sistema de indicadores de calidad de prescripción farmacéutica en atención primaria desarrollado por médicos prescriptores. *Aten Primaria.* 2003;32:460-5.
20. Bateman DN, Eccles M, Campbell M, Soutter J, Roberts SJ, Smith JM. Setting standards of prescribing performance in primary care: use of a consensus group of general practitioners and application of standards to practices in the north of England. *Br J Gen Pract.* 1996;46:20-5.
21. Cantrill JA, Sibbald B, Buetow S. Indicators of the appropriateness of long-term prescribing in general practice in the United Kingdom: consensus development, face and content validity, feasibility, and reliability. *Qual Health Care.* 1998;7:130-5.
22. Wright J, Williams R, Wilkinson JR. Development and importance of health needs assessment. *BMJ.* 1998;316:1310-5
23. Ruiz E, Unzueta L, Fernández J, Santisteban M, Lekue I. Prescripción inducida en atención primaria de la Comarca Bilbao. *Aten Primaria.* 2002; 29: 414-20.
24. Fidalgo M, Pujol P, Capataz M, López C, González Y, López C. Análisis de la prescripción inducida por atención especializada en el médico de atención primaria. *Medifam* 1997; 7: 94-102.
25. Martínez J, Ballesteros A, Baeza JM, Bonet MV, Gallardo A, Jiménez DM. Libertad y conformidad de prescripción del médico en atención primaria. *Centro de Salud* 1998; 12: 712-7.
26. Barcelo E, Grau J, Serre N, Salgado M, Martí M, Hidalgo M. Prescripción inducida, grado de conformidad y... ¿posibilidad de cambio en atención primaria? *Aten Primaria* 2000; 26: 231-8.
27. Casanovas J, Guerrero A. Prescripción inducida. *Formación Médica Continuada* 2000; 7: 329-35.
28. Franzi SA, Placencia ML, Rodríguez L. Estudio de la prescripción inducida de las áreas básicas de salud de la Dirección de Atención Primaria de Sabadell. *Aten Primaria* 1997; 20: 408-14.
29. Lomeña JA, Ceballos M, Medina MT, Mediavilla E, Sarmiento F, Hernández JL. Gasto farmacéutico en atención primaria según el origen de las prescripciones. *Aten Primaria* 1996; 18: 35-58.
30. Rausell Rausell VJ, Tobaruela Soto M, Nájera Pérez MD, Iranzo Fernández MD, Jimenez de Zadava-Lissón López P, López Picazo Ferrer JJ. Efectividad de una intervención en la mejora de la calidad de prescripción con receta médica en Atención Primaria. *Farm Hosp.* 2005; 29: 86-94
31. Olmo M, Galván L, Capdevilla J, Serna C, Mangues I, Schoenenberger JA. Dirección por objetivos y su impacto sobre la calidad de la prescripción de los especialistas al alta y en consultas externas. *Farm Hosp.* 2011; 35: 58-63.
32. Vallano A, Fortuny J, Arnau JM, Laporte JR. Prescripción de medicamentos genéricos en pacientes dados de alta de un servicio hospitalario de urgencias. *Med Clin (Barc)* 2003; 121: 645-9.
33. Moya Carmona I, Sánchez Yañez E, Fernández Ovies JM. Program to improve the quality of prescriptions in specialised healthcare: implementation and results. *Eur J Hosp Pharmacy.* 2012; 19: 212-13.
34. Sicras Mainar A, Navarro Artieda R. Prescripción ambulatoria de medicamentos entre los diferentes niveles asistenciales de una organización sanitaria. *Med Clin (Barc).* 2004; 123: 317-9.
35. Saturno P. La invasión de los indicadores compuestos. Riesgos y beneficios para la gestión de la calidad. *Rev Calidad Asistencial.* 2004; 19: 407-15.
36. Hurtado MP, Swift EK, Corrigan JM, editors. *Envisioning the National Health Care Report.* Washington: National Academy Press, 2001.
37. Smith P. Composite Indicators of Health System Performance. En: Smith P, editor. *Measuring up: improving health systems performance in OECD countries.* Paris: OECD, 2002.
38. State-of-the art Report on Current Methodologies and Practices for Composite Indicator Development. First Workshop on Composite Indicators of Country Performance. Ispra (Italia), mayo de 2003 [consultado 12/2003]. Disponible en: http://webfarm.jrc.cec.eu.int/uasa/events/oecd_12may03/

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

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

ISSN: 1889-0938

Depósito Legal: GC 1102-2008

Pueden solicitar el envío del boletín remitiendo un correo a jagubau@gobiernodecanarias.org

Todas las publicaciones editadas de la Dirección General de Farmacia (bolcan, infarma) se pueden consultar a través de la Web del Servicio Canario de Salud: <http://www2.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/> y pulsando dentro de la Dirección General de Farmacia/ Uso Racional del Medicamento, o bien directamente en la dirección: <http://www2.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/organica.jsp?idCarpeta=d05b6dbb-31ad-11df-b5d7-a3a2fbc2f35>