

PROGRAMA CAT

TOMA DE DECISIONES MÉDICAS

Y

CALIDAD DE LA ATENCIÓN TERAPÉUTICA

J. González

Introducción

- Aunque sus inicios tuvieron lugar a principios del siglo XX, no ha sido hasta la segunda mitad de la pasada centuria cuando las empresas y los servicios públicos se han impregnado del concepto de CALIDAD y la GESTIÓN DE CALIDAD se ha convertido en una herramienta estratégica clave.
- El gran impulsor e ideólogo de la GESTION DE CALIDAD en los servicios sanitarios fue A. Donabedian en la década de los años sesenta, quien dotó a la gestión de calidad de un cuerpo de doctrina y de una metodología.
- En Europa, el interés por la calidad asistencial y su objetivo de orientación al cliente/usuario surgió en los años ochenta, siendo España, con el desarrollo de la nueva Ley de Sanidad, uno de los países donde se iniciaron las primeras experiencias.

CALIDAD

Incorporación del concepto de calidad y orientación a la gestión de calidad

CONTROL DE CALIDAD

La calidad hay que fabricarla con el producto

PLANIFICACIÓN DE LA CALIDAD

Determinación de las necesidades de los clientes / usuarios y como lograr satisfacción / bienestar

CONTROL DE LA CALIDAD

Resultados vs. objetivos y actuación sobre las diferencias

MEJORA DE LA CALIDAD

La calidad es un estado dinámico de mejora constante

CULTURA DE CALIDAD



GESTIÓN DE CALIDAD TOTAL

- Compromiso de la Organización a todos los niveles en la prioridad de la calidad (mentalidad “cero defectos”)
- Definición abierta de calidad en función de la satisfacción / bienestar de cliente / usuario
- Capacidad de la organización para la implicación de clientes y proveedores en la GCT.

¿Qué es la calidad?

- Conjunto de cualidades que distingue a una organización en la satisfacción de necesidad y expectativas de los clientes/usuarios.

- Error del 0,01% —→ 10 cambios de padres en las maternidades europeas a la semana.
- Error del 0,001% —→ 100 accidentes aéreos cada día en el mundo.
- Error del 0,0001% —→ 1 Px errónea en los centros de salud españoles cada hora.

Planteamiento

- A pesar del desarrollo del concepto de calidad asistencial y la extensión de la gestión de calidad asistencial, la aplicación a la evolución de la asistencia terapéutica, especialmente la farmacológica, ha sido muy escasa, aún cuando términos como uso nacional del medicamento, calidad de prescripción, etc., han sido ampliamente utilizados durante los últimos años.
- El desarrollo de la medicina basada en la evidencia, con su corolario de guías de práctica clínica, la necesidad de la evaluación económica en salud y la impregnación del concepto de calidad de vida en la atención al paciente y su modificación por los diferentes tratamientos han propiciado nuevas herramientas para ayudar al médico en la toma de decisiones clínicas, sin embargo, la utilización de las mismas es todavía escasa y la mayoría de los médicos afirma verse influido por otra serie de factores.
- La evaluación de la calidad de la asistencia terapéutica y su relación con los criterios seguidos para la toma de decisiones es al mismo tiempo que una necesidad básica para determinar **“La salud de nuestro sistema de salud”**, un campo de investigación apasionante y prácticamente inédito que abre interesantes perspectivas en la I+D+I de la atención al paciente.

Objetivos Generales

- Conjugar la asistencia terapéutica con el objetivo real de la atención sanitaria, el bienestar de la población, entendido en sus tres dimensiones: Clínica, Calidad de vida, Económica.
- Crear un cuerpo de doctrina sobre la calidad de la asistencia terapéutica partiendo de la evolución de la atención sanitaria, la economía y la terapéutica.
- Establecer verdaderos criterios de evaluación de calidad de la asistencia terapéutica teniendo en cuenta los aspectos descriptivos, evaluativos y normativos sobre los que debe asentarse la toma de decisiones.
- Investigar los factores que condicionan el proceso de toma de decisiones y su relación con los criterios de calidad, identificando cuales los elementos predominantes y las necesidades de actuación mas prioritarias en la información / formación de los profesionales sanitarios y de los clientes / usuarios.

CALIDAD ASISTENCIAL Y USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO

EVOLUCIÓN DE LA ATENCIÓN SANITARIA

LA SALUD COMO BIEN DE PRODUCCIÓN

- La Seguridad Social es el resultado de la industrialización del mundo
H. E. Sigerist
- La Asistencia Sanitaria ha de garantizarse no por caridad, sino por un derecho adquirido a través del trabajo
R. Wirschow
- La inseguridad social del trabajador es la verdadera amenaza para el Estado
Canciller Bismark

LA SALUD COMO BIEN A PROTEGER

- Es necesario desarrollar mecanismos sociales que aseguren al individuo – trabajador o no- y a la comunidad un nivel ordenado para:
 - proteger la salud y luchar contra las enfermedades
 - prolongar la vida
 - fomentar desarrollo físico y mental mediante medidas dirigidas al saneamiento del medio, el control de las enfermedades transmisibles, la educación y la organización de los servicios sanitarios.C. E. Winslow

LA SALUD COMO BIEN DE CONSUMO

- Definición de la salud como:
“Estado de perfecto bienestar físico, mental y social, y no solo ausencia de enfermedad”
O.M.S.
- Promoción de la salud.
- Prevención y tratamiento de enfermedades.

LA SALUD COMO EFICIENCIA

- El problema de la decisión.
- Los niveles de salud.
- La calidad vs. los recursos.

LA SALUD COMO CALIDAD DE VIDA

El logro más importante para las próximas décadas debe ser conseguir para todos los individuos un nivel de salud que le permita llevar una vida social y económicamente productiva.
O.M.S. (SPT-2000)

EVOLUCIÓN DE LA ECONOMIA Y ASPECTOS SOCIOPOLITICOS

CAPITALISMO	INTERVENCIONISMO ESTATAL	NEOCAPITALISMO
PRINCIPIOS DEL "LAISSEZ FAIRE"	PRINCIPIOS DE LA PROTECCIÓN	PRINCIPIO DE BIENESTAR
• O. ECONOMICO: Newtonianismo Económico (ARMONIA DE INTERESES) • O. SOCIAL : Sociedad de producción • O. POLITICO: Liberalismo	• O. ECONOMICO: Darwinismo Económico. • O. SOCIAL: Ayuda Social. • O. POLITICO: Revolución Administrativa.	• O. ECONOMICO: Keynesianismo. • O. SOCIAL: Sociedad de Consumo.. • O. POLITICO: Estado benefactor.

LA NUEVA ECONOMIA, EL NUEVO ORDEN SOCIO-POLITICO
•EL PROBLEMA DE LOS RECURSOS Y DE LAS NUEVAS TECNOLOGIAS. •LA SALUD NO TIENE PRECIO, PERO SI TIENE UN COSTE Y ESTE NO PUEDE SER ILIMITADO. •EL MEDIO AMBIENTE HACIA UNA CONCIENCIA ECOLOGICA.

CRISIS SOCIAL, POLITICA Y ECONOMICA DE LOS AÑOS 60 Y 70
•GUERRAS DE VIETAM Y ARABE-ISRAELITA. •MOVIMIENTO HIPPY / PRIMAVERA DE PRAGA. •DESCOLONIZACIÓN AFRICANA Y ASIATICA (Tercer Mundo). * CRISIS DEL PETROLEO.

EVOLUCIÓN DE LA TERAPÉUTICA

FARMACOLOGIA EXPERIMENTAL

- APLICACIÓN DEL METODO CIENTIFICO AL ESTUDIO DE LOS FARMACOS:
 - Toxicología.
 - Independencia de la farmacología.
 - Relación Estructura/Actividad
 - Mentalidad Fisiopatológica.
- COMIENZO DE LA OBTENCIÓN DE FARMACOS POR SINTESIS QUIMICA.

TERAPEUTICA EXPERIMENTAL

- APLICACIÓN DE LA FARMACOLOGIA EXPERIMENTAL AL ORGANISMO ENFERMO:
 - Quimioterapia
 - Relación farmacología-patógena
 - Concepto de receptor y especificidad.
 - Mentalidad Etiopatología
- DESARROLLO DE LA INDUSTRIA FARMACEUTICA.

FARMATOLOGIA CLINICA

- APLICACIÓN DE LA FARMACOLOGÍA EXPERIMENTAL AL SER HUMANO (CAMBIO DE NORMAS ETICAS).
 - F. CLINICA EXPERIMENTAL (E.C. FASE I)
 - F. CLINICA TERAPEUTICA (E.C. FASE II Y III)
 - FARMAVIGILANCIA (E.C. FASE IV)
- * EXPLOSIÓN FARMACOLOGICA (FARMACOS DE DISEÑO)

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE TRATAMIENTO

- USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO
- EVALUACIÓN DEL MEDICAMENTO
- LOS RECURSOS EN MEDICAMENTOS VS RECURSOS EN SALUD.

CALIDAD DE TRATAMIENTO

- APLICACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA A LA TERAPEUTICA.
- NUEVO ENFOQUE DE LOS PROGRAMAS I+D.
- NUEVOS PLANTEAMIENTOS DE LOS E.C. Y DE LA COMERCIALIZACIÓN DE LOS MEDICAMENTOS.

CALIDAD ASISTENCIAL Y

USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO

EVOLUCIÓN DE LA FARMACOLOGÍA

EVOLUCIÓN DE LA ATENCIÓN SANITARIA

EVOLUCIÓN DE LA ECONOMÍA Y LOS ASPECTOS SOCIOPOLÍTICOS

FARMACOLOGÍA EXPERIMENTAL

LA SALUD COMO BIEN DE PRODUCCIÓN

CAPITALISMO

TERAPÉUTICA EXPERIMENTAL

LA SALUD COMO BIEN A PROTEGER

INTERVENCIONISMO ESTATAL

FARMACOLOGÍA CLÍNICA

LA SALUD COMO BIEN DE CONSUMO

NEOCAPITALISMO

CONCEPTO DE CALIDAD DE TRATAMIENTO

CONCEPTO DE CALIDAD DE VIDA

CRISIS SOCIAL, POLÍTICA Y ECONÓMICA DE LOS AÑOS 60 Y 70

USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO

FARMACOECONOMÍA

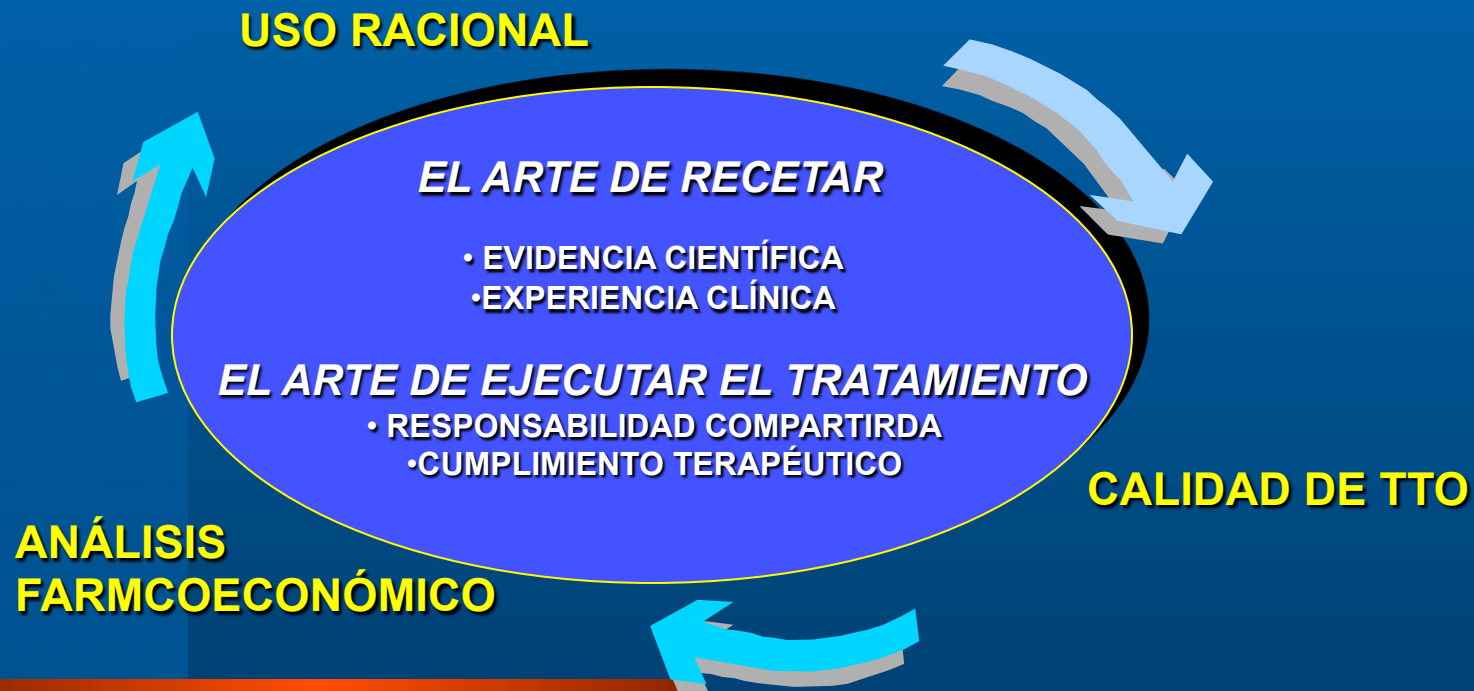
ECONOMÍA DE LA SALUD

USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO

FUNDAMENTOS

EL USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS CONLLEVA PLANTEAR EL EMPLEO DE LOS MISMOS EN TÉRMINOS DE:

- Calidad de tratamiento
- Análisis farmacoeconómico



CALIDAD ASISTENCIAL Y USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO

CALIDAD DE TRATAMIENTO

LA CALIDAD DE TRATAMIENTO PUEDE SER DEFINIDA COMO EL *CONJUNTO DE CUALIDADES* QUE LA TERAPÉUTICA DEBE POSEER PARA QUE, SIENDO ESTABLECIDA POR EL MÉDICO A PARTIR DE UN DIAGNÓSTICO CORRECTO, PREVENGA O CURE UNA ENFERMEDAD CON LA MAYOR EFICIENCIA POSIBLE.

LA CALIDAD ES UN *CONJUNTO DE CUALIDADES*, QUE PUEDE SER AGRUPADO EN TORNO A TRES ASPECTOS BÁSICOS:

- **DESCRIPTIVO**
- **EVALUATIVO**
- **NORMATIVO**

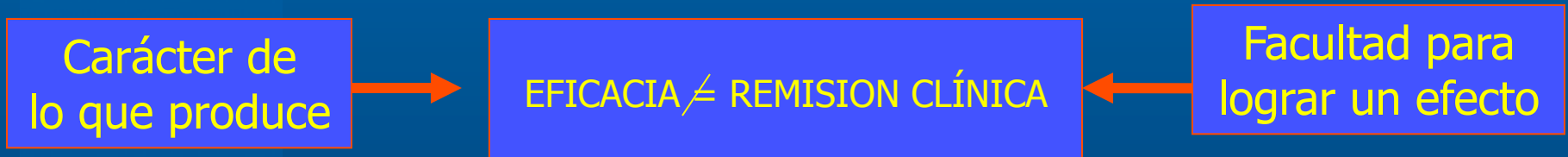
CALIDAD ASISTENCIAL Y USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO

CALIDAD DE TRATAMIENTO

ASPECTO DESCRIPTIVO

Las cualidades por excelencia son la eficacia y la seguridad

CALIDAD DE TRATAMIENTO = TRATAMIENTO EFICAZ Y SEGURO



CALIDAD ASISTENCIAL Y USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO

CALIDAD DE TRATAMIENTO

ASPECTO EVALUATIVO

Si hay diferentes niveles de calidad, habrá que establecer criterios para su evaluación

Junto a su significado de remedio, la terapéutica también tiene el sentido de:

- **meditación**
- **medición**

CRITERIOS CLÍNICOS:

**Efectividad
Beneficio/riesgo**

CRITERIOS ECONÓMICOS:

**Coste/efectividad
Minimización de costes
(cuando sea posible)**

FACTORES POSITIVOS

↑ CALIDAD

FACTORES NEGATIVOS

↓ CALIDAD

CALIDAD ASISTENCIAL Y USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO

CALIDAD DE TRATAMIENTO

ASPECTO NORMATIVO

**La calidad no es un criterio simplemente técnico, sino también moral
Todo tratamiento o acción terapéutica es, a la vez, un hecho técnico y moral,
pero... al mismo tiempo es un "experimento".**

Carácter Terapéutico:

Maximización de Beneficios (Principio de Beneficencia)

Carácter Experimental:

Minimización de Riesgos (Principio de No Maleficencia)

Carácter Prescriptivo:

**Optimización de la relación Beneficio/Riesgo
Optimización de la relación Coste/Efectividad**

Carácter Jurídico:

Derecho Individual (Principio de Autonomía) vs Derecho Social (Principio de Justicia)

CALIDAD ASISTENCIAL Y USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO

CALIDAD DE TRATAMIENTO

→ EN EL EMPLEO DE MEDICAMENTO:

- El principio de *no maleficencia* debe anteponerse al de *beneficencia*
- El principio de *justicia* debe anteponerse al *individual*
- En algunos medicamentos, hay que tener en cuenta su posible carácter societario, ya que el tratamiento individual puede comprometer el tratamiento de la colectividad.

CALIDAD ASISTENCIAL Y USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO

CONCEPTO DE FARMACOECONOMÍA

FARMACOECONOMÍA: Evaluación económica del medicamento

EVALUACIÓN: Señalar el grado de utilidad de las cosas

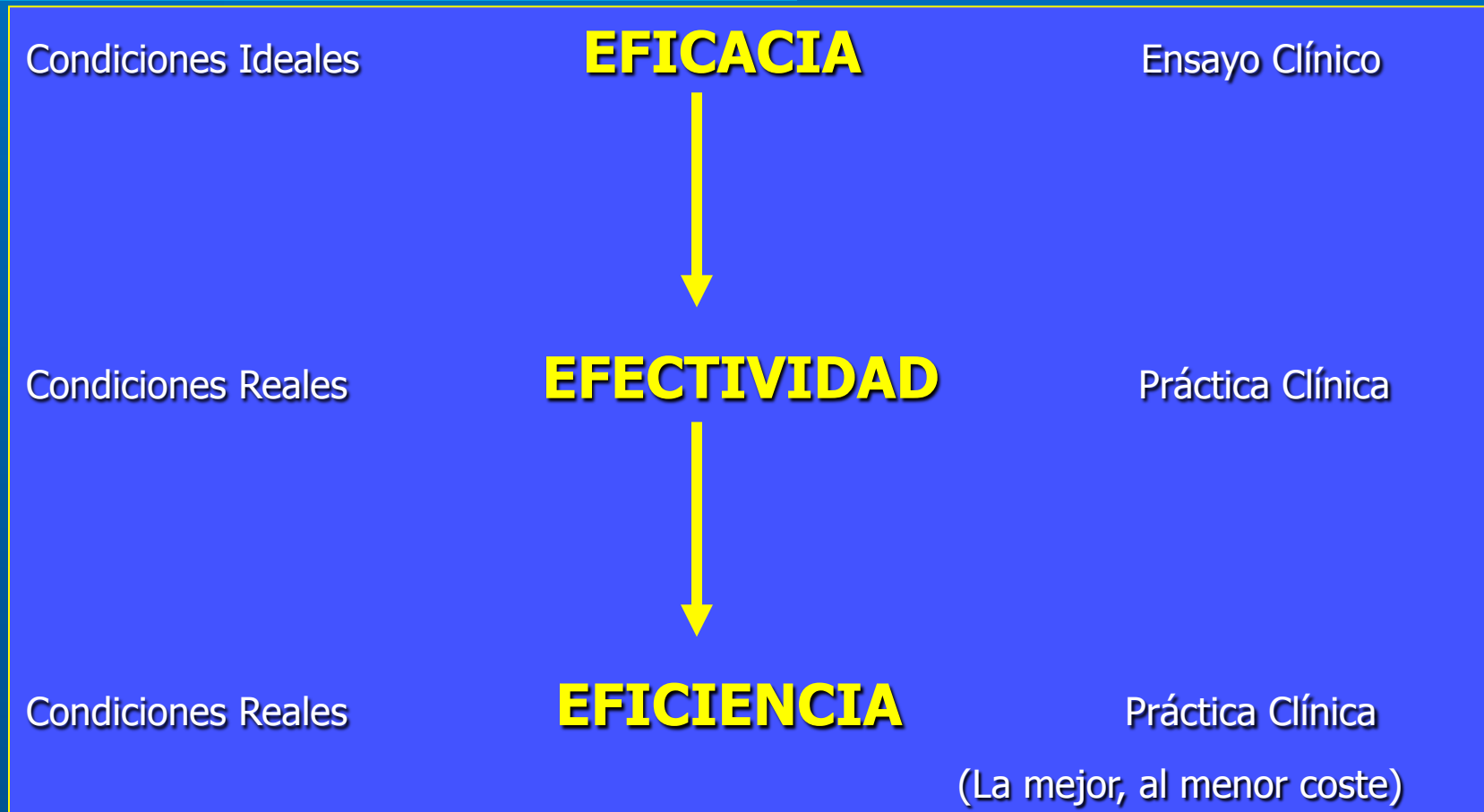
ECONOMÍA: Administración recta y prudente de los bienes

MEDICAMENTO: Sustancia que administrada interior o exteriormente sirve para prevenir, curar o aliviar la enfermedad y corregir o reparar las secuelas de ésta.

- Evaluar es una actitud muy compleja que obliga generalmente a medir, a cuantificar mediante el establecimiento de **ÍNDICES**.
- La Evaluación Económica se basa fundamentalmente en la determinación de la **EFICIENCIA**.
- La **EFICIENCIA** relaciona los resultados obtenidos en términos de Salud o Calidad de Vida (*beneficios o consecuencias*) y los recursos utilizados en términos monetarios (*costes*)

CALIDAD ASISTENCIAL Y USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO

LA EVALUACIÓN ECONÓMICA Y LA PRÁCTICA CLÍNICA



CALIDAD ASISTENCIAL Y USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO

RAZONES DE LA FARMACOECONOMÍA

- La salud no tiene *precio*, pero sí tiene un *coste*.
- La salud no es un objetivo definido, sino un nivel variable por lo que la demanda de asistencia sanitaria es prácticamente ilimitada.
- Los recursos destinados a atención sanitaria son siempre limitados.

- El principio de la *Soberanía del consumidor* no es aplicable al terreno de la salud.
- Las decisiones de un individuo o de un grupo pueden afectar a otros y, en el caso de los medicamentos, la decisión del prescriptor puede influir en el conjunto de la sociedad.
- En la mayoría de los casos, los medicamentos son prescritos por los médicos, que utilizan recursos “ajenos” para proporcionar beneficios a terceros.

EVALUACIÓN DE LOS RECURSOS

COSTE DIRECTO

COSTE TTO.

Tasa Exitos

Coste Medicación Base

Tratamiento único vs
tratamiento combinado

Medicación adicional
para efectos 2^{os}

Automedicación vs
Admon. facilitada

GASTOS SANITARIOS

Consulta APS y/o
hospitalaria

Análisis y pruebas
diagnósticas

Asistencia servicios de
urgencias

Hospitalización
(Estancia, asistencia
sanitaria, medicación,
etc).

Atención quirúrgica
Otros

COSTE INDIRECTO

GASTO SOCIAL Y
LABORAL

Absentismo laboral

Absentismo escolar

Invalideces

Pérdida de
Productividad

COSTE INTANGIBLE

"VALOR" DE LA SALUD

"El valor de la salud
consiste en las
actividades
provechosas, que,
gracias a ella, es
posible realizar"

J. Hanlon

CALIDAD ASISTENCIAL Y USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO

ELEMENTOS DE LA EVALUACIÓN ECONÓMICA

INPUTS → RECURSOS

Conjunto de elementos disponibles para llevar a cabo una actuación terapéutica

COSTES

DIRECTOS INDIRECTOS INTANGIBLES

OUTPUTS → RESULTADOS

Efectos y consecuencias sobre la salud de la aplicación de unos recursos determinados

UNIDADES

MONETARIAS NATURALES UTILIDAD

EVALUACIÓN FARMACOECONÓMICA

ANÁLISIS DE LA EFICIENCIA

AMC ACB ACE ACU

EVALUACIÓN DE LOS BENEFICIOS

Como lo que se busca es la mejoría de la salud, habitualmente los efectos y las consecuencias sobre la salud de unos determinados recursos se suelen representar por los beneficios.

En los Programas de Farmacoeconomía, los beneficios pueden expresarse como:

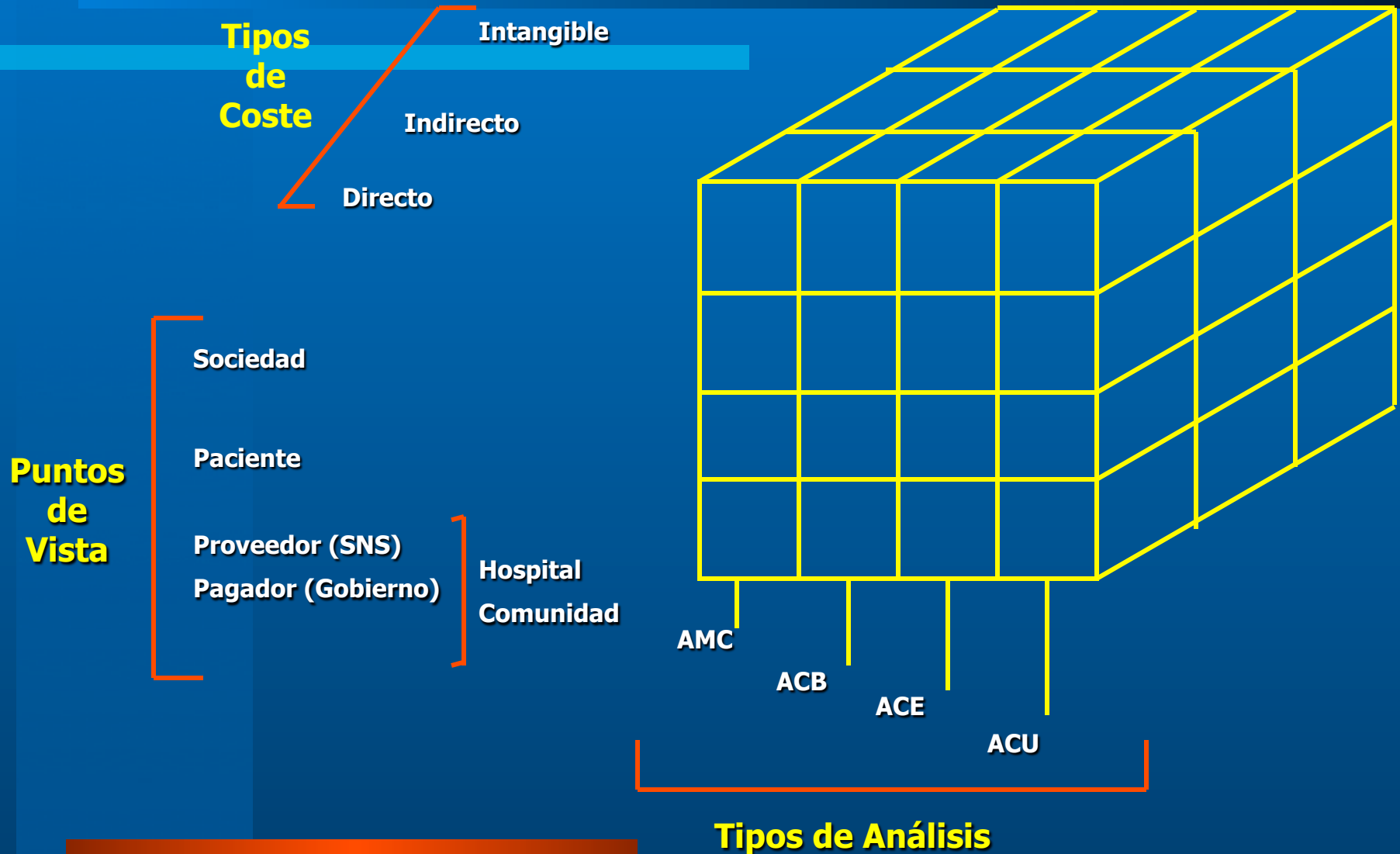
- Beneficios económicos
- Unidades de Salud (naturales, utilidad)

Las “Unidades de Salud” pueden ser:

- Naturales (Años de vida ganados)
- Utilidad (Años añadidos con Calidad de Vida)

Beneficio marginal es el incremento de “beneficio sanitario” obtenido a cambio de un determinado coste marginal.

DIMENSIONES DE LOS ESTUDIOS DE EVALUACIÓN ECONÓMICA



CALIDAD ASISTENCIAL Y

USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO

VENTAJAS DEL USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO

- ENFATIZA EL CONCEPTO DE VALOR FRENTE AL CONCEPTO DE COSTE/PRECIO
- TIENE EN CUENTA LOS ASPECTOS CLÍNICOS Y FARMACOECONÓMICOS



USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO

- EL USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO (URM) SUPONE APLICAR
- CON PRUDENCIA Y ACIERTO LA TERAPÉUTICA FARMACOLÓGICA CON EL FIN DE OBTENER EL RESULTADO
 - más *beneficioso* desde el punto de vista clínico
 - más *eficiente* desde el punto de vista farmacoeconómico
- EN UNA PRIMERA APROXIMACIÓN, *PRUDENCIA* SIGNIFICA UTILIZAR FÁRMACOS DE PERFIL TERAPÉUTICO PERFECTAMENTE CONOCIDO Y AMPLIA EXPERIENCIA DE USO, MIENTRAS QUE *ACIERTO*, SIGNIFICARÍA LA UTILIZACIÓN DE FÁRMACOS EFICACES → EFECTIVOS → EFICIENTES Y SEGUROS → BIEN TOLERADOS

USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO

→ EL USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO IMPLICA QUE:

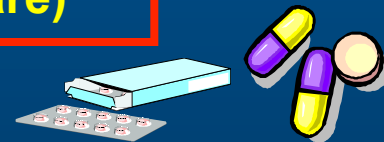
- Se disponga oportunamente del medicamento apropiado (oferta terapéutica correcta)
- Se prescriba el fármaco adecuado, de acuerdo con un diagnóstico clínico correcto, las características individuales del paciente y la propia enfermedad
- Se dispense bajo las condiciones debidas, con la correspondiente receta médica.
- Se tome a la dosis indicada, en los intervalos y durante el tiempo prescritos
- Se utilice con el menor coste para el usuario y la comunidad, así como evitando o minimizando la posible aparición de efectos secundarios y colaterales adversos, interacciones medicamentos, etc.
- Se logre el objetivo terapéutico deseado en términos de morbilidad (prevención, reducción, solución)
- Se consiga la satisfacción del paciente con el tratamiento en términos de calidad y estilo de vida.

USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO

LA INFORMACIÓN DEL MEDICAMENTO Y EL USO RACIONAL

- Cada vez son más los autores que sostienen que si los usuarios están bien informados, el potencial de uso racional es mayor que con las mejoras galénicas o farmacológicas, estando la seguridad y la efectividad de los medicamentos directamente relacionados con una buena información sobre los mismos.
- Recientemente se ha llegado a plantear que un producto farmacéutico no puede ser definido sólo en función de la especialidad farmacéutica que lo contiene o del principio activo correspondiente, sino que también es información, habiéndose descrito muy gráficamente con el símil de los *sistemas informáticos*, donde el medicamento en sí representa el *hardware* y la información sería el *software*.

PRODUCTO = (Sistema Informático)	MEDICAMENTO + INFORMACIÓN (Hardware) (Software)
--	--



USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO

INFORMACIÓN Y USO RACIONAL

PACIENTES

- A LA HORA DE TRANSMITIR INFORMACIÓN A LOS PACIENTES ES NECESARIO CONSIDERAR DOS ASPECTOS FUNDAMENTALES:
- La habilidad y efectividad de la comunicación para transmitir la información precisa
 - El impacto emocional y cómo la información recibida se corresponde con el sistema de creencias y valores del paciente, la salud, la enfermedad y el tratamiento.

MÉDICOS

- A LA HORA DE TRANSMITIR INFORMACIÓN A LOS MÉDICOS HAY QUE CONSIDERAR QUE LAS DOS VARIABLES QUE TIENEN UNA INFLUENCIA MÁS DECISIVA EN LA PRESCRIPCIÓN SON:
- La formación clínico-terapéutica del médico (J. Laporte)
 - La información ya recibida y transformada en conocimiento por parte del médico (S. Erill)

USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO

PUNTO DE PARTIDA PARA EL DESARROLLO DE UN PROGRAMA DE URM

ELEMENTO	RESPONSABILIDAD	PROBLEMÁTICA
→ MÉDICO	Prescripción	Aplicación incorrecta
→ FARMACÉUTICO	Dispensación	Atención farmacéutica escasamente implantada
→ PACIENTE	Administración	Circulo vicioso: incumplimiento→almacenamiento →automedicación
→ FAMILIARES/AMIGOS	Consejo	Automedicación
→ POBLACIÓN GENERAL	Consumo	Medicalización y Escasa cultura de URM
→ COMUNIDAD CIENTÍFICA	Directrices, Evidencia Científica	Heterogeneidad de guías, protocolos, consensos, etc.
→ ADMINISTRACIÓN S _a	Educación, Prestación, Control	Recursos insuficientes
→ INDUSTRIA F _{ca}	Oferta, Promoción	Sobreutilización de determinados medicamentos
→ EDUCADORES	Educación para la Salud	Escasa/Nula presencia del URM en Escuelas, Institutos, Universidades
→ MEDIOS DE COMUNICACIÓN	Información	Escasa atención al URM

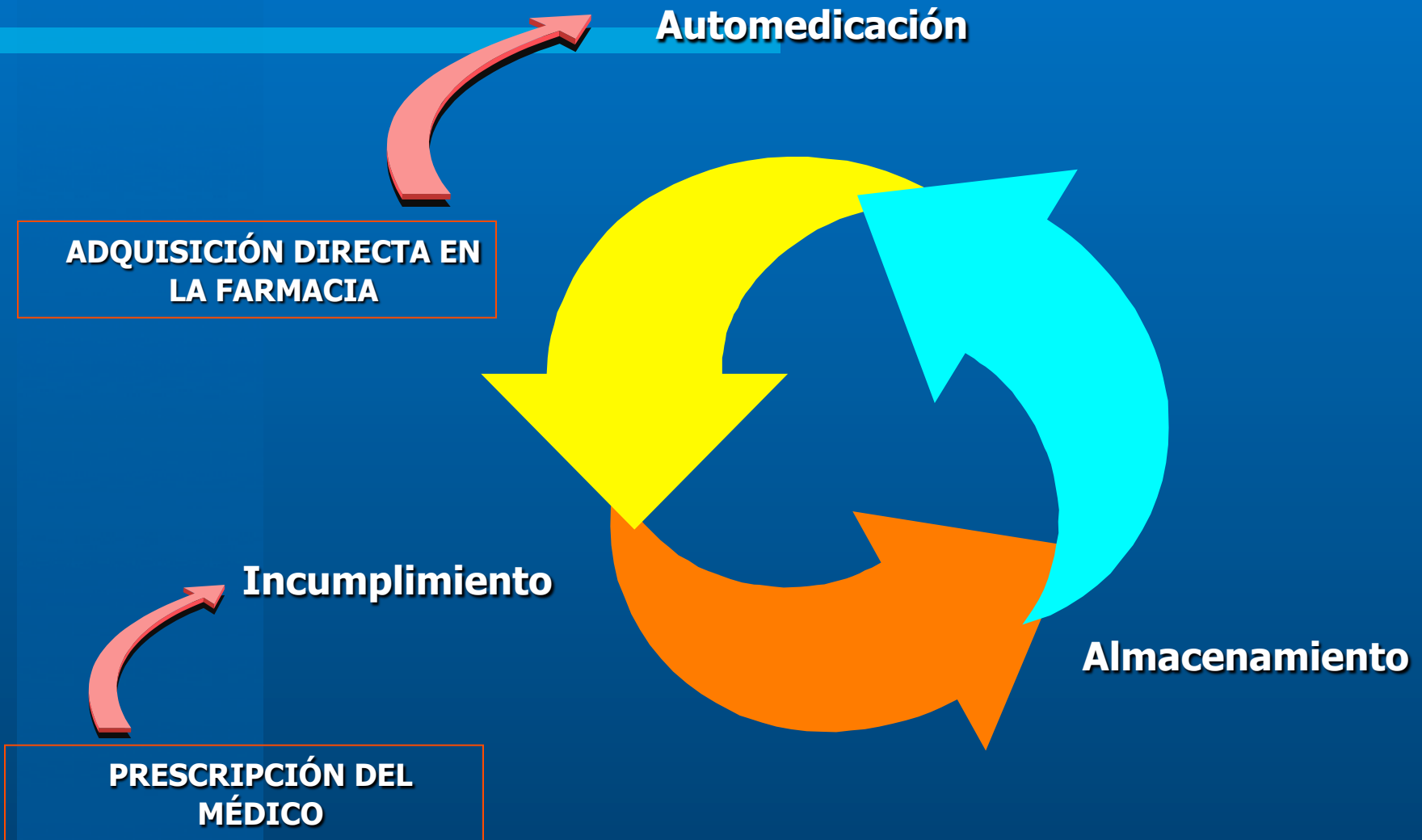
ALGUNAS CONDUCTAS ERRÓNEAS DEL MÉDICO EN LA UTILIZACIÓN DEL MEDICAMENTO

- Prescripción basada en la experiencia, pero no tanto en la evidencia
- Deficiente cultura farmacoeconómica y de calidad de tratamiento
- Utilización de medicamentos en procesos en procesos donde no están indicados (ej. Antibióticos en infecciones víricas)
- Escasa implantación en la práctica clínica de la relación centrada en el paciente
- Actitud condescendiente ante las visitas por terceros y las recetas por complacencia.
- Errores en las instrucciones al paciente acerca del tratamiento, duración y posología relativamente frecuentes.
- Conocimiento y ¿aceptación? De las altas tasas de incumplimiento terapéutico

ALGUNAS CONDUCTAS ERRÓNEAS DEL FARMACÉUTICO EN LA UTILIZACIÓN DEL MEDICAMENTO

- Elevada tolerancia a la automedicación del paciente con productos de px, especialmente antibióticos, antidepresivos y aine
- Involucración relativamente baja en el seguimiento del cumplimiento terapéutico.
- Poco aprovechamiento de las farmacias como “centro de consulta”.
- Escasa relación con otros centros y profesionales sanitarios.
- Aunque la mayoría define la farmacia como *servicio*, uno de cada tres farmacéuticos antepone el concepto de *empresa*.
- Baja implantación del concepto de atención farmacéutica

CIRCULO VICIOSO DEL COMPORTAMIENTO DEL PACIENTE



CONDUCTAS ERRÓNEAS DE LA ADMINISTRACIÓN SANITARIA EN RELACIÓN AL USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO

- **Desfase entre las presentaciones autorizadas de medicamentos y las recomendaciones más frecuentes sobre duración y pauta posológica.**
- **Medidas de contención del gasto basadas la mayoría de las veces en criterios *economicistas* (reducción del gasto), no en la búsqueda de *eficiencia*.**
- **Establecimiento de criterios de calidad (UTA, UTB...) Poco adecuados, que pueden llevar a confusión y error terapéutico por parte del médico.**
- **Escasa iniciativa en el desarrollo de la formación continuada en el uso racional de medicamentos para los profesionales sanitarios y en la educación de los pacientes.**
- **Poca atención al problema del uso de no adecuado de medicamentos y a la creación de políticas de URM en APS.**
- **Relativa permisividad del uso no clínico de determinados medicamentos (ej. Antibióticos) y de su adquisición sin receta.**

CONDUCTAS ERRÓNEAS DE LA INDUSTRIA FCA EN RELACIÓN AL USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO

- **Excesiva “presión comercial” en determinados casos.**
- A veces, lenguaje poco riguroso desde el punto de vista científico, tratando de enfatizar determinadas ventajas terapéuticas.
- **Prospectos farragosos y difíciles de entender por parte de los pacientes.**
- Escasa atención a las características sociales y culturales de cada país, a la hora de desarrollar formas farmacéuticas.

CONDUCTAS ERRÓNEAS DE LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN EN RELACIÓN AL USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO

- Escasa/nula información sobre la necesidad del URM
- Mayor énfasis a noticias *sensacionalistas* que a la verdadera educación sanitaria
- La información sobre medicamentos responde más a las “urgencias informativas” que a los planes de comunicación planificados.
- Poca atención a la problemática del incumplimiento, automedicación y almacenamiento.
- Mínima/nula insistencia sobre el carácter *societario* de la utilización de medicamentos



“Es necesario hacer un esfuerzo para que el maravilloso progreso de la terapéutica no se desvíe o se frustre por excesos de los que todos somos responsables.”

G. Marañón

La Medicina y Nuestro Tiempo