# La información sobre medicamentos desde la perspectiva del usuario

M. Pérez Oliva

*El País*, Barcelona.

## Introducción

El Sistema Español de Farmacovigilancia recibió en 1998 más de seis mil notificaciones de reacciones adversas a los medicamentos, según datos del Ministerio de Sanidad. Aunque la Ley del Medicamento obliga a comunicar las reacciones adversas, los responsables de los diferentes servicios autonómicos de farmacovigilancia calculan que sólo se comunica una parte de las que realmente se producen. La Universidad de Salamanca ha dado a conocer este año un estudio[1], realizado con datos de 1996, según el cual las reacciones adversas a los medicamentos generan entre un 1 y un 4 % de las visitas a los servicios de urgencias y entre un 4 y un 5 % de los ingresos hospitalarios. El estudio, dirigido por el Catedrático de Farmacia de la Universidad de Salamanca Alfonso Domínguez-Gil Hurlé, concluye que el 43 % de estas reacciones adversas son acontecimientos indeseados que podrían haberse evitado con un uso adecuado de los medicamentos.

Desde el punto de vista de los usuarios, este dato es muy preocupante, porque significa que algo no funciona correctamente en el uso de los medicamentos. Y este mal funcionamiento tiene potencialmente consecuencias muy graves para los usuarios. El estudio de Salamanca aporta algunos datos al respecto: de los 766 episodios analizados, un 37,1 % fueron clasificados como leves, un 32,5 % como moderados, un 27,4 % fueron considerados graves y un 3 % resultaron mortales. No es pues un asunto de menor importancia. El hecho de que el 70 % de los episodios registrados se dieran en el ámbito de la asistencia primaria es muy significativo, pues indica que los fallos comienzan en el primer peldaño de la cadena asistencial. Apuntaré, a continuación, algunas de que las causas que me parecen más relevantes.

## La información en el marco del sistema asistencial

### *Mala calidad de la información*

La mala calidad de la información creo que es un factor primordial, y se materializa en dos eslabones: la mala información que recibe el paciente del médico y la mala información que el propio médico tiene en ocasiones sobre los medicamentos que tiene a su alcance.

*1.* Información al paciente. Todos estaremos de acuerdo en que las consultas de asistencia primaria, pese a las mejoras introducidas por la reforma, adolecen todavía de importantes carencias. Los tiempos de consulta son todavía insuficientes para poder proporcionar una información adecuada y culturalmente adaptada a las características del receptor. Y la actitud de los médicos no siempre es proclive a facilitarla. Incluso en el caso de que el médico dedicara el tiempo necesario a facilitar esta información, el actual sistema no parece garantizar las necesidades de información del usuario. En primer lugar, los apartados dedicados en la receta a las pautas de administración del medicamento son insuficientes. Hay que tener en cuenta que el 70 % de los fármacos son consumidos por personas mayores de 65 años, lo cual significa en muchos casos una menor agilidad mental para asimilar las explicaciones del médico y, sobre todo, una menor memoria para retener las indicaciones. Debería generalizarse la práctica de poner por escrito las pautas de la medicación, con explicaciones suficientes al menos sobre la dosis, la periodicidad de las tomas, el tiempo de duración del tratamiento, las advertencias necesarias sobre posibles efectos adversos y la forma de actuar en caso de que estos se produzcan.

*2.* Información al propio médico. Para el usuario es muy importante recibir una buena in-

formación, pero para que ello sea posible es más importante aún que el médico esté a su vez bien informado. Y en este aspecto, creo que nuestro sistema sanitario tiene serios problemas. En primer lugar, porque la principal fuente de información del médico sigue siendo el laboratorio farmacéutico que fabrica el producto en cuestión. Dejando aparte posibles prácticas irregulares en la promoción de los medicamentos, es evidente que esa fuente, cuando menos, es partidista e interesada. Como indicaba el editorialista de la revista *International Journal of Pharmaceutical Medicine*[2], existe la convicción de que muchas veces las compañías camuflan los riesgos de sus productos y exaltan sus bondades y expectativas y anteponen sus intereses sobre los intereses de la salud pública. Desde el punto de vista del usuario, debería ser una garantía exigible que los médicos pudieran obtener de forma regular y reglada información científicamente validada sobre los medicamentos que existen en el mercado. ¿Debe ser la propia administración sanitaria la que facilite esta información? La experiencia llevada a cabo por la Junta de Andalucía con la introducción de farmacólogos de asistencia primaria que forman a los médicos y facilitan información sobre los medicamentos parece haber tenido un excelente resultado, no sólo en el ámbito de la calidad de la prescripción, sino también en el económico, ya que ha propiciado al mismo tiempo importantes ahorros y un uso más racional de los medicamentos. Sin embargo, en un momento de restricciones presupuestarias, la intervención de la administración puede estar guiada por criterios economicistas que entren en colisión con los intereses de los pacientes. En esa línea podría situarse la experiencia piloto emprendida por el Servei Català de la Salut de establecer una lista de medicamentos recomendados e incentivar el seguimiento de las pautas establecidas por la autoridad sanitaria mediante incentivos económicos para los propios facultativos. En este caso, al interés de la autoridad sanitaria en restringir la prescripción para cumplir sus objetivos presupuestarios se suma el del facultativo por aumentar su retribución. Desde el punto de vista del paciente, es legítimo que ante dos productos iguales, la autoridad sanitaria sólo financie el más barato. Y en este aspecto, la extensión de los medicamentos genéricos no comporta ninguna merma de calidad para los usuarios. En cambio, sí puede lesionarla un sistema que desincentive la prescripción de determinados fármacos por el hecho de ser más caros. En este contexto, sería tal vez deseable que la información sobre medicamentos les fuera suministrada a los médicos por organismos independientes de cualquier interés particular. Es importante desarrollar fuentes de información independientes que puedan hacer una evaluación rigurosa de los datos disponibles sobre cada fármaco. Y muy especialmente sobre los nuevos medicamentos. Es preciso facilitar un flujo de información permanente hacia los facultativos que son los que deciden qué fármacos va a tomar el paciente.

### *Disfunciones en la cadena asistencial*

La elevada proporción de efectos indeseados que podrían haberse evitado se debe también a las disfunciones de la cadena asistencial. La falta de un continuo asistencial hace que muchas veces el paciente, y muy especialmente el enfermo crónico con múltiples enfermedades asociadas, siga un circuito errático de consultas que le lleva a diversos especialistas sin conexión entre sí y, lo que es más grave, muchas veces sin conexión tampoco con el médico de cabecera.

La ausencia de una historia clínica que siga al paciente allí donde va (algo que las modernas tecnologías de la informática podrían resolver), hace que cada especialista recete a su paciente sin más información que la que éste le facilita sobre lo que le han prescrito otros facultativos. Con lo que la calidad de la prescripción queda en estos casos al albur de la competencia y el bagaje cultural de que disponga el propio usuario. Un estudio realizado por Josefina Puig[3] reveló que muchos pacientes toman medicamentos para afecciones en las que no están indicados, y prolongan los tratamientos mucho más allá de lo necesario. El estudio analizó la medicación que tomaban un total de 729 pacientes que acudían por primera vez al servicio de medicina interna del citado hospital. El resultado sorprendió a los propios autores: el 57,6 % de los enfermos tomaba psicofármacos de forma regular e indefinida. Entre ellos figuraba el caso extremo de una mujer a la que habían recetado un tranquilizante para mitigar su ansiedad durante el embarazo y 20 años después seguía tomándolo. Muchos de estos fármacos se tomaban para afecciones en las que no estaban indicados y en el caso de la benzodiacepina, en la mayoría de los casos se observó que se tomaba en dosis muy inferiores a las habitualmente recomendadas en las indicaciones terapéuticas. Es evidente que a los problemas de continuidad asistencial se había añadido un clamoroso fallo de información.

*Automedicación*

España es uno de los países con mayor índice de automedicación, lo que provoca una utilización incorrecta o abusiva de determinados medicamentos. Los elevados índices de automedicación se producen por dos factores: por un problema de educación sanitaria de la población, y por el incumplimiento sistemático de la normativa sobre prescripción de fármacos por parte de las propias oficinas de farmacia.

El ejemplo de los antibióticos es paradigmático. Pese a que precisa receta médica, fácilmente pueden comprarse sin ella en cualquier farmacia. El resultado es un abuso de estos fármacos que ha colocado a España, con 50 millones de envases vendidos al año, entre los países en los que se registra mayor índice de resistencia a los antibióticos. El estudio EPINE[4] sobre infecciones hospitalarias ha ido registrando en los últimos años un aumento sostenido de las cepas resistentes.

El problema comienza a ser grave en enfermedades como la neumonía, la meningitis, la salmonelosis y las infecciones del tracto urinario. Un estudio realizado por Beatriz Pérez Gorricho, del Hospital del Niño Jesús de Madrid (entregado para su publicación en el *Journal of Antimicrobial Chemoterapy*), indica que en los primeros años ochenta, un 10 % de las muestras de neumococos tomadas en España eran resistentes a la penicilina. Ahora, el porcentaje supera el 30 %. En apenas una década, las resistencias del *Haemophilus* a la penicilina ha pasado, según el mismo estudio, del 1 al 35 %.

*Prescripción complaciente*

Muchas veces el mal uso de los fármacos procede de una prescripción complaciente o poco rigurosa. Complaciente en el sentido de que se utiliza la prescripción de fármacos para compensar otras carencias asistenciales o que sucumbe fácilmente a una demanda injustificada.

Si atendiéramos a las estadísticas sobre consumo de antidepresivos, llegaríamos a la conclusión de que una parte del país está al borde del suicidio. Por mucho que haya aumentado el estrés de la vida moderna, no parece justificado que entre 1985 y 1994 se haya triplicado el consumo de antidepresivos, como indica un estudio realizado por el Instituto de Salud Carlos III publicado en la revista *Medicina Clínica*[5]. En estos momentos, el 10 % de la factura pública de medicamentos se gasta en psicofármacos (entre los 10 medicamentos más vendidos cuatro son psicofármacos).

## Otras vías de información del usuario

Hasta ahora se ha tratado el problema de la información en el marco del sistema asistencial, pero el usuario recibe información por otras vías. En primer lugar, la que proporciona la propia industria farmacéutica mediante el prospecto que acompaña a cada medicamento, o mediante la publicidad. La recibe también a través de los medios de comunicación. Y, finalmente, también puede obtenerla a través de las nuevas tecnologías de la información (Internet). Querría hacer a continuación algunas reflexiones sobre estos tres ámbitos.

*Los prospectos*

La información que facilitan los laboratorios junto al producto ha mejorado mucho en los últimos años. Es más concreta, detallada y exhaustiva, pero adolece de graves problemas de comprensión para los niveles de conocimiento del usuario medio. Parece que históricamente la industria farmacéutica no ha hecho un gran esfuerzo por acompañar sus productos de una información veraz y asequible. Más bien ha ido a remolque de la legislación que se ha ido adoptando al respecto. Como se indica en el editorial anteriormente citado[2], hay acuerdo general en que los pacientes necesitan mejor información sobre los medicamentos que toman, y que tanto las indicaciones como los efectos adversos, las precauciones y las interacciones deben figurar en los documentos informativos de una forma comprensiva, algo que ahora no sucede. Ya sé que es difícil poner en lenguaje llano conceptos médicos que son complejos, pero eso no debería ser un obstáculo. La mayoría de los prospectos están redactados en una jerga profesional que sólo es completamente comprensible para personas con alguna formación en temas médicos. Es cierto que si el listado de efectos adversos posibles se expresa de forma muy explícita, algunos pacientes puedan tener la tentación de abandonar el tratamiento sin saber que el balance en riesgo y beneficio está claramente decantado hacia el segundo, pero eso podría obviarse, por ejemplo, colocando los porcentajes de aparición de cada efecto adverso conocido y evaluado.

*Los medios de comunicación*

Los medios de comunicación cobran un papel cada vez más relevante en la obtención de información, especialmente en lo que se refiere a nuevos fármacos, que, por otra parte, son los que

mayor atención provocan. En los últimos años estamos asistiendo a un cambio cualitativo: los grandes laboratorios tienden a utilizar los medios de comunicación de masas antes incluso, o al mismo tiempo, que los circuitos científicos para dar a conocer sus nuevos productos. Este es un fenómeno que Rafael Dal-Ré y Xavier Carné analizan en un artículo aparecido este año en la revista *Medicina Clínica*[6] a propósito de la comercialización de Viagra®, el nuevo medicamento contra la impotencia. "Se puede afirmar que por primera vez, al menos en las dimensiones alcanzadas en esta ocasión, la comunidad médica de nuestro país ha tenido conocimiento de la existencia de un nuevo medicamento en el mismo momento (y en gran medida, al menos en un principio, por las mismas fuentes) que la población general", dicen.

Hasta ahora los laboratorios farmacéuticos se dirigían exclusivamente a los médicos para promocionar sus productos. Los facultativos eran en realidad sus usuarios, en la medida de que sólo ellos poseían la llave de la prescripción y, por tanto, del gasto; pero ahora han descubierto los mecanismos para influir sobre ellos mediante los pacientes: estimulando directamente la demanda del producto en la población general, utilizando para ello los canales de comunicación que ésta utiliza, los medios de comunicación de masas. En los últimos años hemos tenido varios ejemplos de este tipo de comportamiento: el bombardeo de estudios sobre los desastres de la menopausia que precedieron y luego acompañaron la aparición de la terapia hormonal sustitutoria, los libros y la parafernalia que rodeó la promoción del Prozac®, los muchos estudios sobre los perniciosos efectos de la obesidad que han precedido a la comercialización del Xenical®. O el caso del Serotax®, la famosa píldora de la timidez, que se presentó en Gran Bretaña poco menos que como una panacea para los retraídos. Este caso permitió observar el doble lenguaje que muchas veces se utiliza para confundir a los usuarios. Mientras los portavoces del laboratorio se dirigían solemnemente a los circuitos científicos como víctimas de una mala praxis de la prensa, a la que acusaban de haber tergiversado sus informaciones y haberse inventado lo de la píldora de la timidez, el departamento de márketing invitaba a los periodistas a un simposio de varios días en Cuba sobre la milagrosa píldora. Este tipo de prácticas obviamente perjudican a los laboratorios que se conducen con rigor en la promoción de sus medicamentos y provoca un efecto de arrastre que puede tener graves consecuencias en el futuro.

Desde el punto de vista del usuario, disponer de más canales de información sobre los medicamentos no es malo. Lo malo puede ser que la información esté tergiversada, porque en ese caso, la difusión a través de los medios de comunicación no sólo provoca confusión en los usuarios, sino incluso desinformación. Tenemos un ejemplo muy reciente en el caso del orlistat (Xenical®), el nuevo tratamiento contra la obesidad. Es cierto que produce una cierta pérdida de peso, siempre que vaya acompañado de dieta, pero como advierte el último *Butlletí Groc* del Instituto Catalán de Farmacología[7], orlistat presenta unos efectos adversos que han de ser evaluados a luz de unos efectos muy limitados: "en los pacientes muy obesos, con un índice de masa corporal de 30 a 43 kg/m$^2$, asociado a dieta, produjo una pérdida de 8,8 kg/año, cifra a comparar con los 5,8 kg que perdieron los pacientes tratados con la misma dieta más un placebo". Es decir, sólo 3 kg de diferencia en personas que pueden pesar más de cien. Pero, además, al año siguiente los pacientes recuperaban entre 3,2 y 4,3 kg, dependiendo de la dosis, si continuaban con orlistat, frente a una recuperación de 5,6 kg si tomaban placebo. Con estos resultados, el medicamento está lejos de ser una panacea.

¿Y qué harán este invierno los pacientes cuando se declaren los primeros casos de la inevitable epidemia de gripe? ¿Comprarán el nuevo medicamento contra la gripe para prevenir sus efectos? El Relenza® saldrá a la venta a unas 3.800 pesetas la caja. El gobierno británico ya decidió el mes pasado no conceder financiación pública a este medicamento. Los argumentos son contundentes: es un medicamento que no ha demostrado eficacia en el grupo de población mayor de 65 años, que es el más vulnerable a la gripe y que ahora es tratado preventivamente con la correspondiente vacuna. No cura la gripe, sino que sólo acorta algunos de los síntomas en las personas jóvenes. De efectos adversos no se ha hablado, al menos en los medios de comunicación general; y en las últimas semanas se ha presentado ante la opinión pública, no ya como curativo, sino como preventivo, lo cual multiplica de forma extraordinaria la demanda.

Cada uno de estos medicamentos que aparece supone un órdago para las autoridades sanitarias. Se estimula la demanda a través de los medios de comunicación, de manera que cuando las autoridades han de decidir si financian o no el medicamento, la opinión pública ya tiene formada una idea equivocada sobre sus propiedades y cree que no se financia por razones exclusivamente económicas, lo cual contribuye al

descrédito del sistema público, cuando en realidad, no hay justificación para que muchos de estos medicamentos se financien con cargo al erario público, porque existe una gran desproporción entre lo que cuestan y lo que aportan. ¿En cuánto aumentaría la factura farmacéutica si todas las personas que temen contraer la gripe toman el medicamento? ¿Quién garantiza que la opinión pública reciba una información veraz sobre estos nuevos medicamentos?

*Internet*

Para complicar todavía más las cosas, ahora tenemos Internet. Algunos artículos han advertido recientemente de los peligros de obtener información sobre salud a través de la red. En principio, tener acceso a información de primera mano, bancos de datos y publicaciones científicas puede ser útil para el usuario. El problema es que en la red cabe todo tipo de información, y se plantea un grave problema de validación de las informaciones. Quienes, en los medios de comunicación hemos sido bombardeados por la documentación facilitada por organizaciones como Cobra o el grupo Hamer, hemos podido comprobar lo bien que son capaces de camuflar como aparentemente correctísimos estudios científicos lo que sólo son delirantes teorías seudocientíficas. Internet ofrece a este tipo de organizaciones un canal inmejorable para atrapar pacientes desesperados o personas incautas; pero Internet está ahí y, por su propia naturaleza, sería absolutamente inútil tratar de poner vallas a este campo virtual. Y, como indica Alicia Granados en el *Informatiu* de la Agencia de Evaluación de Tecnología Médica del primer trimestre de 1999, las nuevas tecnologías de la comunicación van a crear "un nuevo marco de relaciones que tienen una lógica diferente a la del mundo en el que hemos vivido hasta ahora. De la mano de estas tecnologías, entramos en un tiempo en el que el aprendizaje continuo, el aprender a aprender, a buscar información, seleccionarla, analizarla e interpretarla serán requisitos fundamentales imprescindibles, tanto a nivel profesional como individual". Internet ha facilitado "una explosión de información en un marco donde conviven datos de una gran calidad, procedentes de personas, grupos e instituciones con filiaciones reconocidamente solventes y creíbles, con informaciones imprecisas, incompletas, no contrastadas, faltas de rigor e incluso malintencionadamente erróneas".

El problema es que para identificar las fuentes creíbles hace falta un nivel de conocimientos previos que no están al alcance de la mayoría de los usuarios, que, en cambio, sí pueden navegar fácilmente por la red.

## BIBLIOGRAFÍA


1. Otero MJ, Domínguez-Gil A, Bajo AA, Maderuelo JA. Characteristics associated with ability to prevent adverse drug reactions in hospitalized patients. Pharmacotherapy 1999; 19: 1185-1187.
2. Editorial. Attitudes to ADR reporting. Int J Pharmac Med 1999; 13: 240.
3. Puig J. Consum de psicofàrmacs en una població ambulatòria de consultes externes d'un hospital general [Tesis doctoral]. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona, 1990.
4. Vaque J, Rossello J, Trilla A, Monge V, Garcia-Caballero J, Arribas JL et al. Nosocomial infections in Spain: results of five nationwide serial prevalence surveys (EPINE Project, 1990 to 1994). Infect Control Hosp Epidemiol 1996; 17: 293-297.
5. Alonso MP, de Abajo FJ, Martínez JJ, Montero D, Martin-Serrano G, Madurga M. Evolución del consumo de antidepresivos en España. Impacto de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina. Med Clin (Barc) 1997; 108: 161-166.
6. Dal-Ré R, Carné X. Pacientes, médicos y medicamentos en la "aldea global". Med Clin (Barc) 1999; 112: 782-784.
7. Efectes indesitjables de l'orlistat. Butlletí Groc 1999; 12(4): 15.


## DISCUSIÓN

J.A. Arnaiz: Quiero expresar mi desacuerdo en algunos puntos fundamentales de tu presentación. En primer lugar no coincido contigo en el panorama desolador que has mostrado hablando de médicos incompetentes que desconocen los medicamentos que prescriben. Tampoco estoy de acuerdo con el marco de total descoordinación sanitaria tercermundista que has perfilado. También tengo mis dudas de que lo primero que le preocupe al paciente respecto al medicamento sean los efectos indeseables. Más bien diría que le preocupa la eficacia, es decir, que curen su enfermedad. El número de casos de reacciones adversas a medicamentos registrados por el Sistema Español de Farmacovigilancia, visto de una manera cruda, puede parecer importante, pero debe tenerse en cuenta que hay un elevado denominador de consumo sin el cual no se pueden calcular unas incidencias globales de estos efectos. Preferiría

evitar titulares periodísticos tendenciosamente pesimistas ya que, en mi opinión, la situación no es tan desesperada. A pesar de todo, me han parecido muy interesantes tus reflexiones y creo que pueden ser un punto de partida para discutir sobre ellas.

M. PÉREZ OLIVA: Estoy de acuerdo contigo en que las cosas no van tan mal y, evidentemente, existen también experiencias positivas. He comentado que la reforma aportaba algunos elementos claros: la reforma de Andalucía, por ejemplo, conseguía mejoras. Pero creo que las preguntas se deberían plantear principalmente desde fuera del sistema sanitario. Los médicos, por ejemplo, dan una explicación de por qué las urgencias están saturadas; la mayoría de las veces dicen que la culpa es de los usuarios, pero yo creo que desde fuera del sistema médico tenemos la obligación de preguntarnos por qué año tras año están saturadas las urgencias. Mi visión choca con la de los profesionales sanitarios, y me gusta que sea así. Es deliberadamente provocativa porque, en mi caso, no he querido dar por supuesto ninguno de los justificantes implícitos que conlleva siempre formar parte del problema.

E. BELÉNDEZ: Se ha dicho que el médico no tiene buena información. La Ley del Medicamento obliga a que, en el momento de comercialización de un nuevo medicamento, la ficha técnica, como documento científico, evaluado y autorizado, se distribuya a todos los médicos en ejercicio, a los farmacéuticos, e incluso a los veterinarios. En los foros farmacéuticos con los que habitualmente tengo contacto se da por sentado que todos reciben la ficha técnica de los nuevos fármacos. En cuanto al médico, el visitador médico tiene la obligación de llevar la ficha técnica cuando le presenta su medicamento. Si ello se cumple, los médicos deben estar también perfectamente informados sobre las características de los fármacos. En cuanto al comentario de que las compañías farmacéuticas intenten camuflar los riesgos de empleo de sus medicamentos, creo que en realidad es todo lo contrario. Nosotros insistimos en que el fundamento del prospecto es informar sin asustar y, que al mismo tiempo, debe evitarse el exceso de exhaustividad. En este sentido, las compañías farmacéuticas, a veces, insisten en querer introducir en los prospectos efectos adversos infrecuentes o considerados de poca trascendencia, únicamente como una forma de defensa legal ante la responsabilidad que pudiera suponer en caso de aparecer alguna de estas reacciones con su empleo. En mi opinión, creo que en general la información que reciben los profesionales sanitarios sobre medicamentos está bastante bien distribuida y puede considerarse correcta.

M. PÉREZ OLIVA: Si hay tan buena información, la única cuestión es ¿por qué siguen existiendo tantos problemas?

L. TUNEU: Nosotros realizamos un estudio sobre ingresos en urgencias por problemas relacionados con la medicación, no solamente por efectos adversos sino también por duplicidades, dosis inadecuadas, enfermedades no tratadas, utilización de medicamentos para otras indicaciones, entre otros. Los porcentajes obtenidos fueron obviamente superiores a los que has presentado. Pero, más allá de esta cuestión, encargamos un estudio sociológico entre los médicos de nuestra área básica a quienes preguntamos a qué atribuían la existencia de tantos problemas relacionados con el empleo de medicamentos. Las tres respuestas mayoritarias fueron: culpa del paciente, por la automedicación, por incumplimiento terapéutico; y culpa del sistema de coordinación. Cuando se preguntó a los usuarios, éstos opinaban que simplemente era una cuestión de falta de información. También recabamos la opinión de los farmacéuticos de oficina, los cuales respondieron que las causas de los problemas relacionados con el empleo de medicamentos eran la poca información y la falta de coordinación. En este aspecto los médicos también se quejaban, creo que con razón, de que muchas veces la prescripción no viene del médico sino de la farmacia, en el sentido de que el farmacéutico aconseja un medicamento que el paciente solicitará a su médico que se lo recete. Quizá se están invirtiendo un poco los papeles. Sin embargo, parece ser que cada implicado elude responsabilidades y, en definitiva, lo único que está claro es que los problemas siguen existiendo.

M.J. MARTÍNEZ: En primer lugar, el decreto de precios de referencia ya ha salido, pero ahora habrá que establecer qué grupos corresponden, lo que conllevará cierto tiempo para desarrollarlo. En cuanto al tema de la bioequivalencia y los genéricos, a la gente además de preocuparle que los fármacos sean igual de eficaces que los originales, también persiguen otros aspectos relacionados con la calidad del medicamento, como por ejemplo la pureza del principio activo. Por ello, siempre conferirá más confianza el genérico de aquel laboratorio responsable de su investigación. Un ejemplo a seguir a la hora de velar por la seguridad de los

genéricos, y que conste que soy partidaria de éstos, sería el de las autoridades sanitarias del Reino Unido, que efectúan evaluaciones periódicas de los fármacos que se dispensan en las farmacias. En España únicamente se constata que el genérico es tan bueno como el medicamento original cuando el Instituto Carlos III lo evalúa durante el proceso de registro. Sin embargo, no existen evaluaciones posteriores *in situ* de la calidad de dichos genéricos una vez se dispensan en las oficinas de farmacias. Por último, me gustaría comentar que ambas posturas planteadas sobre la información del medicamento creo que tienen su parte de razón. Los profesionales sanitarios disponemos de información, pero, ya sea por la presión asistencial, la falta de tiempo, entre otros, no usamos la información adecuadamente y no contribuimos suficientemente a que esta información llegue de una forma correcta al paciente. Este problema no puede atribuirse a la falta de estudios y medios en nuestro país, puesto que incluso aparece en los mejores hospitales americanos: en ellos también se constatan problemas por reacciones adversas a medicamentos, de los cuales una elevada proporción se deben a no tener en cuenta las características del paciente a la hora de prescribir. No es que el médico no sepa prescribir, por ejemplo, ajustando la dosis de un medicamento en insuficiencia renal, sino que no dispone de la información suficiente sobre ese paciente que requiere una dosis menor. Por ello, tal vez habría que utilizar los medios de información (informática, Internet, etc.) para integrar toda la historia del paciente y que esta información estuviera siempre disponible para cualquier profesional sanitario. Con los medios de información actuales la coordinación entre profesionales sanitarios no debería ser un problema. En Holanda, por ejemplo, están perfectamente coordinados todos los elementos asistenciales, mientras que en España parece que siempre hemos de estar enfrentados por uno u otro motivo.

M.T. Bassons: En primer lugar y aunque lo hayas advertido al principio de tu intervención, me ha sorprendido el tono y el método de trabajo empleados, muy distintos a los que los aquí presentes estamos acostumbrados. De una forma muy rigurosa, nosotros partimos de una hipótesis, buscamos el método más adecuado, recogemos unos resultados que posteriormente analizamos y que nos permiten llegan a unas conclusiones. Vosotros partís de una idea, a veces preconcebida o personal, y buscáis datos que os ayuden a concebir y a plasmar esa idea en los medios de comunicación. Por lo tanto, de forma más o menos deliberada, has centrado tu presentación en datos que confirmasen la idea de la existencia de un desastre sanitario en cuanto a la información, sin incluir otros datos que seguro existen que contribuirían a suavizar esa visión tan catastrofista. Sin embargo, comparto algunos análisis que has planteado, porque también debemos ser críticos sobre los déficit existentes a la hora de informar al paciente sobre medicamentos. Tanto a médicos como a farmacéuticos nos falta conocer mucho mejor el medicamento y, por tanto, debemos hacer un esfuerzo para actualizarnos constantemente. Como se ha comentado, el factor tiempo también es muy importante, tanto en la consulta del médico como en la oficina de farmacia. Otro aspecto que es fundamental, en esta era de la tecnología y de la comunicación, es que los distintos profesionales de salud no compartamos información y no tengamos ningún sistema de coordinación. Tal vez en este momento existen discrepancias entre los diferentes profesionales, pero siempre existe la posibilidad de que en un futuro más o menos lejano, y bajo la presión del propio ciudadano, consigamos unir esfuerzos, coordinarnos y compartir la información tanto en el ámbito hospitalario como en el ámbito de atención primaria. Los farmacéuticos apostamos claramente por conseguir más información para poder desarrollar mejor y con más responsabilidad nuestro trabajo desde la farmacia, y creemos que debemos trabajar conjuntamente para buscar qué métodos o qué flujos de información y comunicación deberíamos compartir. A fin de racionalizar el gasto en medicamentos en todo el sistema sanitario, creo que deberíamos empezar a trabajar conjuntamente y quizá entonces la visión planteada en esta última presentación sería mucho más esperanzadora. Así mismo, se ha planteado el tema de los medios de comunicación, y es verdad que a los profesionales sanitarios nos asusta lo que leemos en la prensa. Nos asusta un poco la frivolidad con que aparecen ciertas noticias y cómo se promociona algún medicamento, como, por ejemplo, la Viagra® (incluida dentro de las cinco marcas comerciales más conocidas en todo el mundo). Me ha parecido que atribuías exclusivamente la culpa de todo ello a los laboratorios farmacéuticos, pero creo que el periodista que firma estos artículos de divulgación debería responsabilizarse de dónde obtiene y cómo presenta la información. Los medios de comunicación tienen un papel primordial en la trans-

misión de la información y deberían ser mucho más rigurosos de como lo han sido hasta ahora. Es cierto que, a veces, la industria farmacéutica se aprovecha de esos mecanismos para su propio beneficio, pero no es menos cierto que los medios de comunicación se lo facilitan a costa del poco rigor científico y con el fin de incrementar el número de lectores o su audiencia. Si bien entiendo el tono que has utilizado en tu intervención, y estoy de acuerdo en el análisis general, pienso que las soluciones apuntan hacia una mejor coordinación y un mayor conocimiento por parte de los profesionales involucrados, líneas en las que estamos trabajando en la actualidad.

M. Pérez Oliva: La mayoría de vosotros coincidís en el tono catastrofista de mi intervención, aunque yo no comparto esa impresión. Tal vez ello sea por haber enumerado y abordado los problemas de la información de medicamentos uno tras otro, y por un problema de tiempo que me ha imposibilitado desarrollar correctamente la última parte de mi presentación. A pesar de ello, no se me invitó para hablar de lo que funciona bien y, adicionalmente, ya advertí al principio que podría producirse cierto sesgo de apreciación personal. En una reciente reunión celebrada en Sitges sobre universidades y medios de comunicación donde se abordaron algunos de estos problemas, expuse mi opinión*, también muy crítica, sobre al papel de los comunicadores, opinión que no siempre comparten mis propios compañeros de profesión. Es verdad que existe cierta presión, que es creciente, de los laboratorios farmacéuticos sobre los medios de comunicación, y es también preocupante, porque en estos momentos hay más periodistas trabajando en gabinetes de comunicación de instituciones, laboratorios y empresas relacionadas con medicamentos (no estoy hablando de salud en su conjunto), para influir sobre los periodistas especializados, que éstos mismos contratados por los medios de comunicación para la redacción de artículos de salud. Luego, alguna rentabilidad tiene el hecho de que esto sea así y, por tanto, ello debe llevarnos al planteamiento de ciertas preguntas. Hay que tener en cuenta que los medios de comunicación, tanto en temas de salud como en otros campos, se mueven siempre en un difícil equilibrio entre el rigor y el sensacionalismo. Nuestra única sanción son los usuarios, que comprarán más o menos ejemplares de un determinado periódico y, desgraciadamente muchas veces, este factor influye en la calidad. En EE.UU. y en el Reino Unido los periódicos sensacionalistas venden entre tres y cuatro veces más que los periódicos rigurosos. El equilibrio hacia el rigor es cada vez más difícil por cuanto la competencia del sensacionalismo es cada vez mayor. Pero, como responsable de las páginas de salud de mi periódico, lo que a mí me preocupa es filtrar toda la información que nos pretenden "vender" directa o, incluso a veces, indirectamente. El hecho de que la información sobre un determinado medicamento proceda de una universidad no es garantía suficiente de que sea totalmente fidedigna. Me pregunto si existe algún estudio sobre medicamentos no financiado por compañías farmacéuticas. Desde mi punto de vista y desde el medio en el que estoy trabajando, los periodistas no tenemos ni formación, ni instrumentos, ni recursos para ejercer un control de calidad sobre las informaciones científicas que llegan a los periódicos. Como no podemos tener un especialista en cada disciplina científica, por lo que a mí respecta y por criterio, he decidido adoptar como "control de calidad" propio de mi periódico el mismo que tiene establecido el sistema científico, que son las revistas científicas de aceptación consensuada sobre su calidad. Comentamos, básicamente, artículos publicados en revistas como *The Lancet*, *New England Journal of Medicine*, *JAMA*, *Circulation*, *Cell*, entre otras. Eso no quiere decir que no nos equivoquemos muchas veces, pero el volumen de información que nos llega al margen de este circuito científico validado es creciente, y cada vez más difícil de distinguir la información de calidad. Yo utilizo Internet como instrumento sólo para recuperar documentos que sé que tienen una validez, puesto que Internet puede ser la herramienta más horrible desde el punto de vista de la calidad: ¿quién valida las informaciones a las que tengo acceso a través de Internet? Por último, me gustaría destacar de forma muy resumida el problema de la rapidez en la transmisión de la información. Cada vez con más frecuencia, los laboratorios farmacéuticos se saltan los circuitos habituales de comunicación limitando la capacidad de reacción ante determinadas noticias. En estas situaciones los periodistas somos meros instrumentos y utilizados para otras finalidades. Previa publicación de un estudio de relevancia internacional (estudio CONCORDE, por ejemplo), los periodistas tenemos conocimiento de los resultados del trabajo incluso antes que los profesionales sanitarios, puesto que recibi-

*Pérez Oliva M. Valor añadido de la comunicación científica. Quark, Ciencia, Medicina, Comunicación y Cultura 1998; (10): 58-69.

mos de las revistas científicas los correspondientes *press releases*. Pero estos documentos no son más que un resumen de la información que se va a publicar, y es muy difícil contrastar la información que recibimos por su inaccesibilidad. Puesto que se produce una gran competencia entre los medios de comunicación por publicar este tipo de información, si los resultados del estudio generan una gran expectación no tenemos más remedio que difundirlos a partir de los datos recibidos. En estas circunstancias es difícil acceder a la fuente original del estudio, la persona responsable está prácticamente saturada de llamadas telefónicas y los consultores y amigos más próximos, o bien no están informados por desconocer todavía los datos o, si lo están, declinan dar su opinión para evitar entrar en conflictos, sobre todo si se trata de un tema polémico. Ante estas situaciones la responsabilidad de publicar o no la información recae directamente sobre el propio periodista.

S. Erill: Se ha hablado del sesgo o mala información por parte de la prensa escrita, pero yo invito a todos los que están aquí a leer los *press releases* de su revista científica favorita y compararlos con el artículo original. Con este ejercicio podréis evidenciar las diferencias sustanciales que a menudo aparecen entre ambos documentos y que son fuente de la desinformación que se comentaba con anterioridad. Respecto tu intervención inicial, y al contrario de lo que han dicho muchos, yo estoy totalmente de acuerdo en que los pacientes y los médicos están mal informados. En el caso de los pacientes, por una razón que me parece obvia: porque no se dispone aún de un auténtico prospecto del paciente consensuado y validado. En el caso de los médicos, porque nos olvidamos todos de que, por buena que sea la información que pueda ofrecer la ficha técnica o el laboratorio farmacéutico, hay toda una serie de elementos comparativos que no nos son directamente ofrecidos. Un médico puede plantearse qué es mejor, si tratar una hipertensión con un determinado medicamento, con una dieta específica o bien incluso no tratarla. En este sentido, creo que tienen una importancia extraordinaria las fuentes de información totalmente independientes como, por ejemplo, *Medical Letter*; una publicación de gran prestigio adquirido a lo largo de muchos años. En cambio, considero que una fuente de información de un grupo que se nutra de aportaciones de la industria farmacéutica o que realiza estudios para la industria no es una fuente de información independiente.

V.F. Gil Guillen: Me ha sorprendido que mis conclusiones después de llevar 15 años estudiando el tema, sean similares, aunque menos drásticas, a las que tú has presentado. Me ha gustado también el calificativo empleado por Juan Alberto Arnaiz respecto a que los médicos establecemos un grado "subóptimo" de comunicación con los pacientes, principalmente porque no disponemos del tiempo suficiente. De todas formas creo que en los últimos años se han producido cambios importantes en España, como es el cambio de actitud del médico, y que el nuevo modelo sanitario está generando grandes expectativas. Esta mejora la atribuyo principalmente a que los médicos disponemos cada vez de más información, sea por el desarrollo de la medicina basada en la evidencia, de la epidemiología clínica y otras disciplinas relacionadas. En mi opinión, parte de las mejoras en la información y la comunicación se deben también como medida de prevención a los posibles problemas legales que puedan surgir. Los médicos anglosajones, conocedores de la problemática, pretenden cuantificar todo lo que hacen. Pero ahí reside el principal problema, pretender cuantificarlo todo, realizar ensayos clínicos, entre otros. Como se ha comentado antes, este tipo de estudios requieren mucho dinero y prácticamente sólo pueden costearse mediante compañías farmacéuticas.