



Autores (Textos, Figuras y Gráficas):

J. González, A. Orero

Coordinación Editorial:

J. Prieto

Dirección General:

J.A. García Rodríguez

USO RACIONAL DE ANTIMICROBIANOS

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

LA MEDICINA EN NUESTRO TIEMPO

- **DEFINICIÓN DE SALUD DE LA OMS**
 - ↳ La Salud como derecho ... y como bien de consumo
- **EVOLUCIÓN DEL CONCEPTO DE CALIDAD DE VIDA**
 - ↳ Sociológico (nivel de vida) → Psicosocial (bienestar y satisfacción personal)
- **CAMBIO EN LA RELACIÓN MÉDICO-ENFERMO**
 - ↳ Modelo paternalista → Responsabilidad Compartida

INTRODUCCIÓN

LA MEDICINA EN NUESTRO TIEMPO

- Se ha producido un aumento de la demanda de atención médica (MÉDICO DE DEPENDENCIA)...
- ... Aunque muchos problemas de salud se resuelven en el ámbito familiar.
- Los problemas tratados en la consulta del médico son realmente el ICEBERG DE LA MORBILIDAD.

- La automedicación “responsable” está muy poco desarrollada en relación a otros países de la CEE.
- ...En cambio, la automedicación “responsable” con productos de prescripción elevada.

INTRODUCCIÓN

DEFINICIÓN DE USO RACIONAL DE MEDICAMENTO

“El uso racional del medicamento requiere que los pacientes reciben la medicación adecuada a sus necesidades clínicas, en las dosis correspondientes a sus requisitos individuales, durante un período de tiempo adecuado y al menor coste posible para ellos y para la comunidad”

(OMS 1985)

INTRODUCCIÓN

IMPORTANCIA DEL USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS

- La gran importancia sanitaria, social, económica y cultural del medicamento viene dada por:
 - Cuantitativamente, el medicamento es el recurso terapéutico más utilizado tanto en la atención primaria como en la especializada.
 - Cualitativamente, la selección adecuada del fármaco prescrito ha de solucionar o evitar problemas, sin causar otros.
 - La *medicalización* es una de las señas de identidad más claves de las sociedades modernas, pero el paciente ya no busca un pronóstico o un diagnóstico, sino un tratamiento.
 - El gasto farmacoterapéutico es el capítulo más importante dedicado por los Sistemas de Salud de los países desarrollados, tras el coste de personal (10-20% en APS y más del 50% en Hospitales)

Los estudios farmacoeconómicos y la medicina basada en la evidencia ponen de manifiesto que el medicamento es la herramienta más eficiente de las que disponen las Administraciones Sanitarias cuando se utilizan de forma racional y de manera razonada.

INTRODUCCIÓN

Ley 25/1990 DE 20 DE DICIEMBRE DEL MEDICAMENTO

- EL OBJETIVO PRIMORDIAL DE LA LEY ES CONTRIBUIR A LA EXISTENCIA DE MEDICAMENTOS SEGUROS, EFICACES Y DE CALIDAD.
- SE CONSIDERAN FUNCIONES QUE GARANTIZAN EL USO RACIONAL DE LOS MEDICAMENTOS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD LAS SIGUIENTES:
 - elaboración de protocolos y pautas farmacoterapéuticas
 - transmisión de información sobre medicamentos a los profesionales sanitarios
 - información sobre la medicación a los pacientes, seguimiento de los tratamientos y farmacovigilancia
 - impulso y participación en la educación de la población sobre medicamentos, su empleo racional y la prevención de abuso
 - dispensación de medicamentos a los pacientes por un farmacéutico o bajo su supervisión, con plena responsabilidad profesional y de acuerdo con la prescripción (...) informándoles, aconsejándoles e instruyéndoles sobre su correcta utilización

INTRODUCCIÓN

RAZONES PARA EL USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS

- En un contexto en el que el consumo de medicamentos, el interés por la calidad de los tratamientos y la preocupación por un posible uso no adecuado de los mismos ha escapado del ámbito puramente terapéutico para alcanzar el sanitario, social, político, económico y hasta cultural es dónde adquiere toda su importancia y dimensión el *uso racional del medicamentos*.
- La OMS declaró en su día la necesidad del uso racional del medicamento, en términos de disponibilidad, prescripción, dispensación y administración.
- En España, la necesidad del *uso racional del medicamento*, puede hacerse extensiva desde la garantía del mismo recogida ya en la ley del medicamento de 20 de diciembre de 1990.
- El Ministerio de Sanidad y consumo ha manifestado su preocupación por el uso racional del medicamento como elemento clave para mejorar la eficiencia de los recursos sanitarios, haciendo del mismo el eje principal de la nueva Ley del Medicamento.

INTRODUCCIÓN

INDICADORES DE USO DE MEDICAMENTOS EN APS

→ INDICADORES DE PRESCRIPCIÓN

- **Número medio de medicamentos recetados por consulta**
- **Porcentaje de genéricos prescritos**
- **Porcentaje de consultas en las que se ha prescrito un AMB**
- **Porcentaje de consultas en las que se ha prescrito un inyectable**
- **Porcentaje de medicamentos prescritos del formulario de medicamentos esenciales (seleccionados por cada país entre los que satisfacen las necesidades prioritarias de salud de la población)**

INTRODUCCIÓN

INDICADORES DE USO DE MEDICAMENTOS EN APS

→ INDICADORES DE ATENCIÓN AL PACIENTE

- Duración media de la consulta
- Tiempo medio que se tarda en dispensar un medicamento
- Porcentaje de medicamentos dispensados de hecho
- Porcentaje de medicamentos con las etiquetas correctas
- Porcentaje de pacientes que conocen los días correctos

INTRODUCCIÓN

INDICADORES DE USO DE MEDICAMENTOS EN APS

→ INDICADORES DE ESTABLECIMIENTO

- Disponibilidad de un formulario de medicamentos esenciales (según las necesidades de cada país)
- Disponibilidad de directrices clínicas / guías de actuación terapéutica
- Porcentaje de medicamentos disponibles

→ INDICADORES COMPLEMENTARIOS

- Coste medio de los medicamentos por consulta
- Porcentaje de recetas de acuerdo con directrices clínicas

OMS/INRUD (1993)

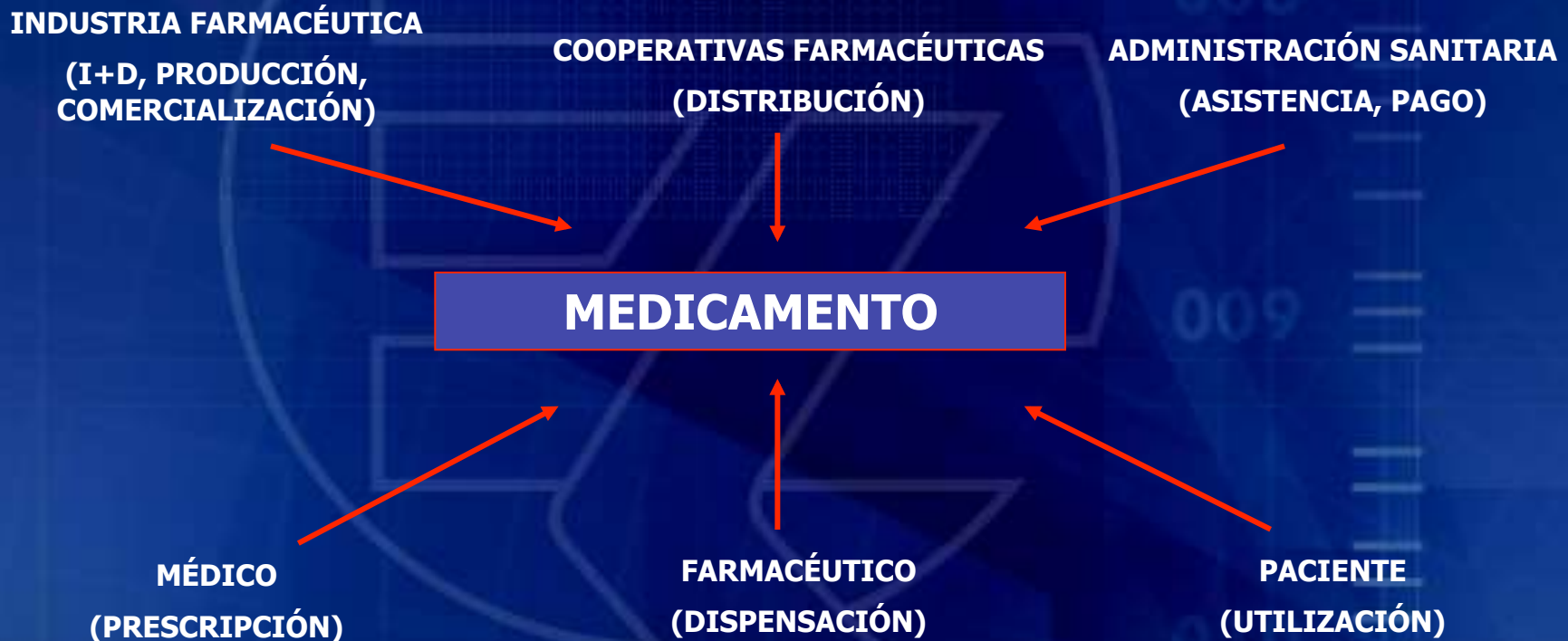
INTRODUCCIÓN

MEDIDAS DIRIGIDAS AL USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO

- DESDE HACE 15 AÑOS EN LA MAYORÍA DE LOS PAÍSES DESARROLLADOS SE HAN VENIDO DESARROLLANDO POLÍTICAS ENCAMINADAS A MEJORAR EL USO DE LOS MEDICAMENTOS.
- LAS INTERVENCIONES QUE HAN TENIDO UN EFECTO MÁS POSITIVO HAN SIDO LAS FUNDAMENTADAS EN MÉTODOS EDUCATIVOS.
 - Medidas informativas y formativas dirigidas al médico (Formación Activa: cara a cara o en pequeños grupos)
 - Desarrollo de la Atención Farmacéutica (Dispensación Activa, Consejo y Seguimiento farmacoterapéutico)
 - Educación al paciente sobre el uso adecuado del medicamento (Paciente Activo: Involucración en la Enfermedad y Tratamiento)
- LAS INTERVENCIONES BASADAS FUNDAMENTALMENTE –O EXCLUSIVAMENTE– EN LA CONTENCIÓN DEL GASTO FARMACÉUTICO ESTÁN ABOCADAS AL FRACASO A MEDIO Y LARGO PLAZO.

INTRODUCCIÓN

COMPLEJIDAD DE LA ASISTENCIA FARMACOTERAPÉUTICA



El medicamento es, al mismo tiempo, una herramienta terapéutica eficiente (a veces, el único paliativo del dolor y la muerte) y un producto industrial bajo marca (sometido a las leyes del mercado, a pesar de la mayor o menor regulación).

CONCEPTO, ALCANCE Y DIMENSIÓN DEL USO RACIONAL DEL AMB

USO RACIONAL DE ANTIMICROBIANOS

→ EL USO RACIONAL DE LOS ANTIMICROBIANOS (URAM) SUPONE APLICAR

- Con prudencia y acierto la terapéutica antibiótica con el fin de obtener el resultado
 - más *beneficioso* desde el punto de vista clínico
 - más *eficiente* desde el punto de vista farmacoeconómico

USO RACIONAL DE ANTIMICROBIANOS

→ EL USO RACIONAL DE ANTIMICROBIANOS IMPLICA QUE:

- Se prescriba el antibiótico adecuado, de acuerdo con un diagnóstico clínico correcto, las características del paciente y la etiología más probable.
- 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.
- Se use tratando de evitar o minimizar el posible desarrollo de resistencias bacterianas.
- Se acompañe la prescripción de información clara y precisa –hablada y escrita- para el paciente y/o los familiares.

USO RACIONAL DE ANTIMICROBIANOS

→ UNA BUENA GUÍA PARA LA SELECCIÓN DE AMB ES TRATAR DE FORMULARSE Y RESPONDER A LAS SEIS PREGUNTAS CONOCIDAS EN LA LITERATURA ANGLOSAJONA COMO 6W:

- **Who?** ¿A quién?
- **Why?** ¿Por qué?
- **Where?** ¿Dónde?
- **When?** ¿Cuándo?
- **Whay?** ¿De qué manera?
- **Which?** ¿Cuál?

USO RACIONAL DE ANTIMICROBIANOS

→ DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LA SALUD PÚBLICA EL PRIMER OBJETIVO QUE SE ESPERA DEL USO DE ATB EN LA POBLACIÓN ES LA REDUCCIÓN DE LAS CIFRAS DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD DEBIDAS A LA INFECCIÓN, Y EN ESTE SENTIDO, SU VALOR COMO MEDICAMENTOS HA SATISFECHO DESDE SU INTRODUCCIÓN CLÍNICA NO SÓLO A LOS PROFESIONALES SANITARIOS, SINO TAMBIÉN A LA POBLACIÓN GENERAL

“Desde mediados de los sesenta, la expectativa de vida al nacer se ve incrementada en 1 año, cada lustro, debido en buena parte al desarrollo de ATB”

(Boston Consulting Group)

USO RACIONAL DE ANTIMICROBIANOS

- **DESDE LA ÓPTICA DE LA ÉTICA PROFESIONAL ES NECESARIO QUE LA REDUCCIÓN DE LA MORBIMORTALIDAD SEA LOGRADA DE LA MANERA MÁS EFICIENTE POSIBLE:**
 - **efectividad**
 - **mínima incidencia de efectos secundarios**
 - **cumplimiento terapéutico**
 - **sin inducción de resistencias bacterianas**
 - **menor coste**
- **El médico de APS es el responsable de la mayoría de las prescripciones antibióticas puerta de entrada del ciudadano al sistema sanitario y responsable de la confianza de los usuarios en éste. Por tanto, su papel es clave en el uso racional de los antimicrobianos.**
- **Para el médico, el medicamento es la herramienta terapéutica no sólo más utilizada, sino también la más eficiente del S.N.S.**

USO RACIONAL DE ANTIMICROBIANOS

→ Para el usuario, el uso racional se fundamenta en la interpretación del valor que el antimicrobiano tiene para su vida diaria, a la luz de:

- Percepciones culturales

 - * *Cultura antibiótica*

 - * Otros criterios generales

 - (religión, concepto de salud/enfermedad, etc)

- Condiciones económicas

→ Pero no hay que confundir el derecho a la asistencia sanitaria y la atención farmacoterapéutica con el consumo indiscriminado del medicamento, en general, y de los antimicrobianos, en particular.

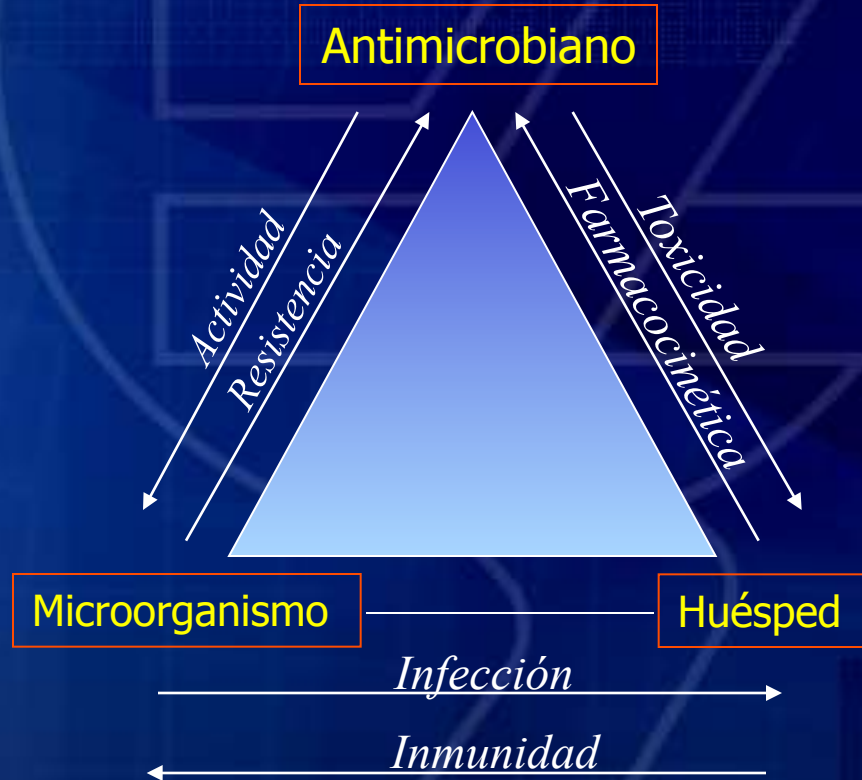
USO RACIONAL DE ANTIMICROBIANOS

- **Para los gestores sanitarios, que deciden cómo gastar los limitados recursos disponibles, promover el uso racional significa priorizar la utilización de antimicrobianos de acuerdo con el beneficio potencial para la salud de la población en general.**

USO RACIONAL DE ANTIMICROBIANOS

Bases farmacológicas de la terapia antimicrobiana

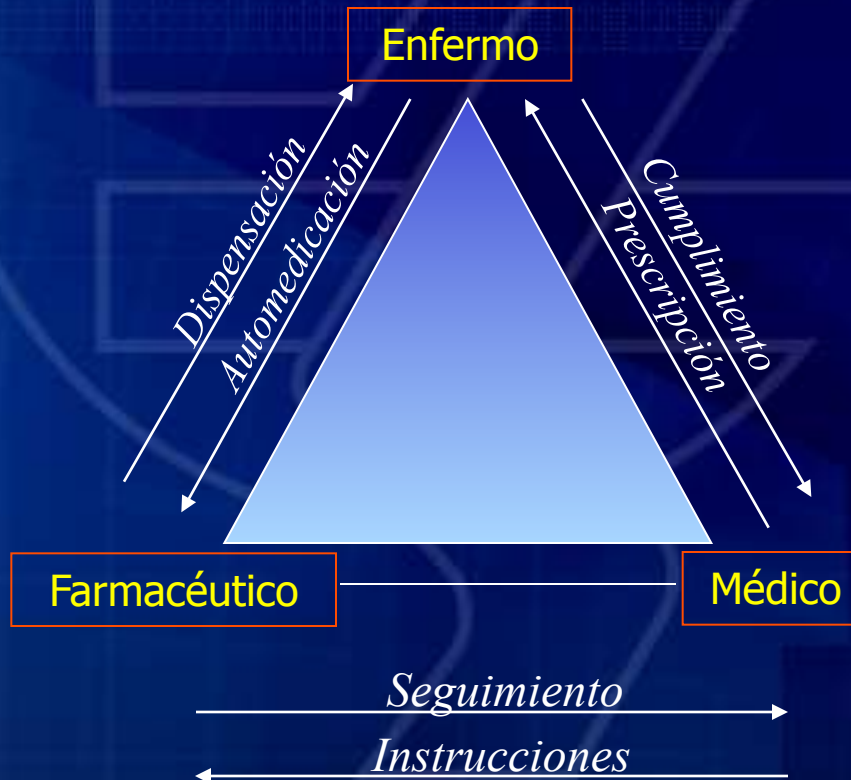
TRIANGULO DE DAVIS



USO RACIONAL DE ANTIMICROBIANOS

Bases no farmacológicas de la terapia antimicrobiana

TRIANGULO DEL FACTOR HUMANO



RELACIÓN MÉDICO-ENFERMO

→ El arte de la medicina es la manera con la que el médico trata al paciente.

Hipócrates

→ Para dialogar, preguntar primero; después, escuchad.

A. Machado (Juan de Mairena)

→ Lo propio del saber no es ver ni demostrar, sino interpretar, siendo tan importante a *quién* se dice, como el *qué* se dice y *cómo* se dice.

M. Foucault

→ El primer deber de beneficencia es la información al paciente sobre lo que puede y debe prescribirle y lo que puede y debe esperar del paciente.

D. Gracia

RELACIÓN MÉDICO-ENFERMO

→ La relación médico-enfermo se fundamenta en esa *vinculación amistosa* que se establece a partir del encuentro entre dos personas:

- El enfermo que demanda ayuda

(necesita liberar su angustia y su dolor)

C. Von Weizsäcker

- El médico que está para ofrecérsela

(aportando una cierta dimensión terapéutica)

P. Laín

→ La nueva relación médico-enfermo, liberada del modelo paternalista, debe ser una de las claves de la práctica clínica actual.

C. Pera

→ El modelo de responsabilidad compartida trata de conseguir una relación horizontal más enriquecedora, que trasciende la beneficencia para instalarse en la autonomía, evite la medicina defensiva y suavice algunos vigores de la equidad.

M. A. Broggi

RELACIÓN MÉDICO-ENFERMO

- El farmacéutico ha sido definido como el profesional sanitario que, formando parte de un equipo de salud, colabora como especialista en el campo del medicamento, tanto en los aspectos preventivos como curativos.
- Las funciones del farmacéutico no pueden limitarse a la elaboración, control y dispensación, sino que su labor está dirigida también a la información del medicamento, seguimiento de los tratamientos (farmacovigilancia), promoción de la salud y educación sanitaria.

(Orden Ministerial 17 de Enero 1980. Artículo Segundo)

RELACIÓN MÉDICO-ENFERMO

- **La información o, en su sentido más amplio, la educación al paciente cuando se realiza de *forma activa* y con metodología adecuada proporciona grandes beneficios:**
 - **Mejora del Cumplimiento terapéutico, fomentando el modelo de responsabilidad compartida.**
 - **Elimina o reduce la Automedicación con fármacos de prescripción.**
 - **Fomenta la Educación para la Salud y el autocuidado responsable.**
 - **Evita o reduce el Almacenamiento y la proliferación de botiquines caseros.**
 - **Involucra a los pacientes en las prácticas de uso racional del medicamento.**
 - **Detecta reacciones adversas e interacciones medicamentosas, que pueden ser tratadas precozmente.**

RELACIÓN MÉDICO-ENFERMO

- **Una base de datos científica cada vez más amplia permite asegurar que la buena relación médico-farmacéutico mejora la calidad de las prescripciones y contribuye decisivamente al uso racional del medicamento.**
 - **Mejora la toma de decisiones.**
 - **Corrige las omisiones.**
 - **Disminuye o resuelve los errores de la receta.**
 - **Reduce o evita los problemas derivados de:**
 - **Efectos Secundarios y Colaterales.**
 - **Interacciones Medicamentosas.**
 - **Contraindicaciones e Incompatibilidades.**

RELACIÓN MÉDICO-ENFERMO

- **Estudios realizados por las Compañías de Seguros de EE.UU han permitido demostrar ahorros superiores al 50% en la utilización de medicamentos no indicados/contraindicados con la incorporación de farmacéuticos a los programas de calidad asistencial.**
- **Estudios realizados por Gobiernos e Instituciones de la C.E.E. han concluido que las consecuencias de prescribir medicamentos de forma inadecuada son muy superiores a los costes de la propia terapéutica y la puesta en marcha de programas de calidad asistencial en los que el farmacéutico tiene un papel relevante.**
- **El ahorro de los costes influye directamente en la mayor eficiencia, especialmente debido a:**
 - **Reducción del coste de la medicación y la medicación en sí.**
 - **Disminución del coste asociado a efectos secundarios, interacciones, contraindicaciones.**
 - **Reducción de urgencias, hospitalización y consultas debidas a PRM.**

USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO

Bases no farmacológicas de la terapéutica medicamentosa

TRIANGULO DEL ENTORNO SOCIO-SANITARIO



USO RACIONAL DE ANTIMICROBIANOS

EL USO RACIONAL DE ANTIMICROBIANOS ESTÁ INTIMAMENTE RELACIONADO CON:

- La calidad de tratamiento
- El análisis farmacoeconómico

USO RACIONAL

EL ARTE DE:

***-RECETAR
-DISPENSAR
-EJECUTAR TTO.
-INFORMAR***

**ANÁLISIS
FARMCOECONÓMICO**

CALIDAD DE TTO



USO RACIONAL DE ANTIMICROBIANOS

EL ARTE DE RECETAR

- EVIDENCIA CIENTÍFICA
- EXPERIENCIA CLÍNICA

EL ARTE DE DISPENSAR

- ATENCIÓN FARMACÉUTICA
 - Dispensación Activa
 - Consejo al Paciente
 - Seguimiento Farmacoterapéutico

EL ARTE DE EJECUTAR EL TRATAMIENTO

- RESPONSABILIDAD COMPARTIDA
- CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO

EL ARTE DE INFORMACIÓN

- LA INFORMACIÓN COMO MEDICAMENTO
- LA GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO

CALIDAD DE TRATAMIENTO

CALIDAD DE TRATAMIENTO

CALIDAD

- El espectacular avance de la farmacología en los últimos cincuenta años ha permitido que los habitantes de los países desarrollados puedan disfrutar no sólo de una vida más larga (↑esperanza de vida) sino también mejor (↑calidad de vida), pero, junto a ello, la sociedad del bienestar ha traído de la mano la medicalización de la vida como uno de los rasgos más característicos de "nuestro tiempo".
- En el momento actual es posible elegir para la mayoría de las enfermedades, al menos de las más frecuentes, un tratamiento entre las diversas alternativas que plantea la amplia oferta terapéutica existente.
- Por tanto, ya no se trata de curar una enfermedad, sino de cómo curarla, con qué beneficios, con qué riesgos, con qué costes, con qué grado de satisfacción para el paciente, con qué consecuencias para la comunidad.
- En una sociedad en la que la calidad es un factor decisivo a la hora de adquirir un bien de consumo, éste debe impregnar cualquier decisión sobre la selección correcta de un medicamento, el cual trata de restaurar la salud –el valor más apreciado por el hombre-, y no sólo en términos de beneficios, sino también de evitación de problemas, como: efectos secundarios adversos, incremento del coste debido a consumo innecesario, etc.

CALIDAD DE TRATAMIENTO

PLANTEAMIENTO

- La calidad de tratamiento surge como consecuencia de varios hechos fundamentales ocurridos en las dos últimas décadas:
 - La irrupción de la calidad de vida en la terapéutica
 - El desarrollo de la evaluación económica del medicamento
 - La aparición de la medicina basada en la evidencia como herramienta de toma de decisiones

- En el caso de los tratamientos antimicrobianos.
 - El carácter *societario* de los mismos
 - La necesidad imperiosa de atajar las resistencias bacterianas

CALIDAD DE TRATAMIENTO

EVOLUCIÓN DE LA FARMACOLOGÍA

FARMACOLOGÍA EXPERIMENTAL



TERAPÉUTICA EXPERIMENTAL



FARMACOLOGÍA CLÍNICA



MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA



CALIDAD DE TRATAMIENTO

EVOLUCIÓN DE LA ATENCIÓN SANITARIA

LA SALUD COMO BIEN DE PRODUCCIÓN



LA SALUD COMO BIEN A PROTEGER



LA SALUD COMO BIEN DE CONSUMO



CONCEPTO DE CALIDAD DE VIDA



FARMACOECONOMIA

EVOLUCIÓN DE LA ECONOMÍA Y LOS ASPECTOS SOCIOPOLÍTICOS

CAPITALISMO



INTERVENCIONISMO ESTATAL



NEOCAPITALISMO



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



ECONOMÍA DE LA SALUD



EVOLUCIÓN DE LA ATENCIÓN SANITARIA

LA SALUD COMO BIEN DE PRODUCCIÓN

- * LA SEGURIDAD SOCIAL ES EL RESULTADO DE LA INDUSTRIALIZACIÓN EL MUNDO.

H.E. SIGERIST

- * LA ASISTENCIA SANITARIA HA DE GARANTIZARSE NO POR CARIDAD, SINO POR UN DERECHO ADQUIRIDO A TRAVÉS DEL TRABAJO.

R. VIRCHOW

- * LA INSEGURIDAD SOCIAL DEL TRABAJADOR ES LA VERDADERA CAUSA DE QUE SEA UNA AMENAZA PARA EL ESTADO.

CANCELLER BISMARCK

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 LA PROTECCIÓN DE LA SALUD, LA LUCHA CONTRA LAS ENFERMEDADES, LA PROLONGACIÓN DE LA VIDA Y EL FOMENTO DEL DESARROLLO FÍSICO Y MENTAL MEDIANTE MEDIDAS DIRIGIDAS AL SANEAMIENTO DEL MEDIO, EL CONTROL DE LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES, LA EDUCACIÓN SANITARIA Y LA ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS.

C.E. WINSLOW

LA SALUD ENFERMEDAD 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 DECADAS DEBE SER CONSEGUIR PARA TODOS LOS INDIVIDUOS UN NIVEL DE SALUD QUE LES PERMITA LLEVAR UNA VIDA SOCIAL Y ECONOMICAMENTE PRODUCTIVA.

O.M.S. (SPT-2000)

EVOLUCIÓN DE LA ECONOMÍA Y ASPECTOS SOCIOPOLÍTICOS

CAPITALISMO

PRINCIPIOS DEL "LAISSEZ FAIRE"

- * O. ECONOMICO: NEWTONIANISMO ECONOMICO (ARMONIA DE INTERESES).
- * O. SOCIAL: SOCIEDAD DE PRODUCCIÓN.
- * O. POLITICO: LIBERALISMO.

INTERVENCIONISMO ESTATAL

PRINCIPIO DE LA PROTECCIÓN

- * O. ECONOMICO: DARWINISMO ECONOMICO.
- * O. SOCIAL: AYUDA SOCIAL.
- * O. POLITICO: REVOLUCIÓN ADMINISTRATIVA.

NEOCAPITALISMO

PRINCIPIO DEL BIENESTAR

- * O. ECONOMICO: KEYNESSIANISMO.
- * O. SOCIAL: SOCIEDAD DE CONSUMO.
- * O. POLITICO: ESTADO BENEFACTOR.

LA NUEVA ECONOMÍA, EL NUEVO ORDEN SOCIO-POLÍTICO

- * EL PROBLEMA DE LOS RECURSOS Y DE LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS.
- * LA SALUD NO TIENE PRECIO, PERO SI TIENE UN COSTE Y ÉSTE NO PUEDE SER ILIMITADO.
- * EL MEDIO AMBIENTE → HACIA UNA CONCIENCIA ECOLÓGICA.

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

- * GUERRAS DE VIETNAM Y ARABE-ISRAELITA.
- * MOVIMIENTO HIPPI/PRIMAVERA DE PRAGA.
- * DESCOLONIZACIÓN AFRICANA Y ASIÁTICA (TERCER MUNDO).
- * CRISIS DEL PETRÓLEO.

EVOLUCIÓN DE LA FARMACOLOGÍA

FARMACOLOGIA EXPERIMENTAL

- * APLICACIÓN DEL METODO CIENTIFICO AL ESTUDIO DE LOS FARMACOS:
 - TOXICOLOGIA
 - INDEPENDENCIA DE LA FARMACOLOGIA
 - RELACIÓN ESTRUCTURA-ACTIVIDAD
 - MENTALIDAD FISIOPATOLÓGICA
- * COMIENZO DE LA OBTENCIÓN DE FÁRMACOS POR SINTESIS QUIMICA

TERAPEUTICA EXPERIMENTAL

- * APLICACIÓN DE LA FARMACOLOGIA EXPERIMENTAL AL ORGANISMO ENFERMO:
 - QUIMIOTERAPIA
 - RELACIÓN FARMACOLOGIA-PATOGENIA
 - CONCEPTO DE RECEPTOR Y ESPECIFICIDAD
 - MENTALIDAD ETIOPATOLÓGICA
- * DESARROLLO DE LA INDUSTRIA FARMACEUTICA.

FARMACOLOGIA CLINICA

- * APLICACIÓN DE LA FARMACOLOGIA 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 FARMACOLOGIA (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 DE I+D
- * NUEVOS PLANTEAMIENTOS DE LOS E.C. Y DE LA COMERCIALIZACIÓN DE LOS MEDICAMENTOS

CALIDAD DE TRATAMIENTO

CALIDAD DE VIDA

- El concepto de *CALIDAD*, surgido en los años 30 del siglo pasado ligado a los procesos industriales –especialmente a los métodos de control y análisis de costes- aparece a nivel general con una clara intención de interpretar la vida de forma más humana y como una clara reacción antropológica a la anterior concepción de la vida como cantidad.
- Durante la década de los años sesenta y setenta predominaron fundamentalmente los aspectos objetivos relacionados con el *NIVEL DE VIDA*, desde una perspectiva sociológica, pero, a partir de los años ochenta, el concepto evolucionó hacia una perspectiva psicosocial en la que los aspectos subjetivos del *BIENESTAR*, es decir, la satisfacción personal con la vida adquiere una relevancia especial.

CALIDAD DE TRATAMIENTO

CALIDAD DE VIDA

- La **CALIDAD DE VIDA** nace de la necesidad no sólo de vivir más años (añadir años a la vida), sino de vivir una vida que merezca la pena de ser vivida (añadir vida a los años), con capacidad para hacer las cosas que uno quiere hacer y realizar funciones que uno quiere realizar, cumpliendo adecuadamente y disfrutando de sus facetas **INDIVIDUALES, FAMILIARES Y SOCIALES**.
- Si los individuos están dispuestos a sacrificar años de su vida para ganar calidad y las Administraciones sanitarias necesitan priorizar sus recursos asistenciales, es lógico que la calidad de vida irrumpa fuertemente en el área de la sanidad y se trate de medir la influencia de las intervenciones y de las tecnologías sanitarias –y, por consiguiente, de los procesos terapéuticos- en la calidad de vida de los pacientes.
- En los últimos años, la utilización del concepto **CALIDAD DE VIDA** ha tenido un fuerte impulso en el ámbito de la evaluación clínica y la toma de decisiones terapéuticas hasta el punto de llegar a plantearse como un nuevo paradigma en la práctica médica.

CALIDAD DE TRATAMIENTO

CALIDAD DE VIDA

- El 26 de Junio aparece en THE NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE, firmado por S.H. Croog (U. Connecticut) y s. Levine (U. Boston), un estudio que marca un hito en la historia de la Farmacología y el inicio de una nueva etapa en la evaluación de los tratamientos, al aplicar mediciones científicas para cuantificar aspectos subjetivos de la calidad de vida en un ensayo clínico a gran escala.
- A partir de este momento, los avances de la medicina no sólo son juzgados en función del resultado clínico de un tratamiento en particular, sino también en función del impacto de ese tratamiento sobre la vida del paciente.

“Los medicamentos ejercen diferentes efectos sobre la calidad de vida y estos efectos se pueden evaluar adecuadamente con las mediciones psicosociales que se dispone en la actualidad”.

CALIDAD DE TRATAMIENTO

CALIDAD DE VIDA

→ LA CALIDAD DE VIDA IMPLICA:

- ASPECTOS OBJETIVOS

- * Capacidad Funcional

- ASPECTOS SUBJETIVOS

- * Sensación de Bienestar ("Alegría de Vivir")

- ASPECTOS SOCIALES

- * Capacidad de Relación

- * Adaptación al Medio

- * Desarrollo de Trabajo Socialmente Productivo

→ La Calidad es muy difícil de evaluar puesto que es altamente individual y continuamente variable. No obstante, su dimensión ha tratado de ser establecida por una serie de parámetros psicosociales.

→ La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) trata de evaluar la repercusión de la enfermedad o estado de salud, su tratamiento u otros cuidados sanitarios en la dimensión personal y social del paciente.

CALIDAD DE TRATAMIENTO

CONCEPTO

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 DE TRATAMIENTO

ASPECTO DESCRIPTIVO

Las cualidades por excelencia son la eficacia y la seguridad

CALIDAD DE TRATAMIENTO = TRATAMIENTO EFICAZ Y SEGURO

Carácter de
lo que produce



EFICACIA \neq REMISION CLÍNICA



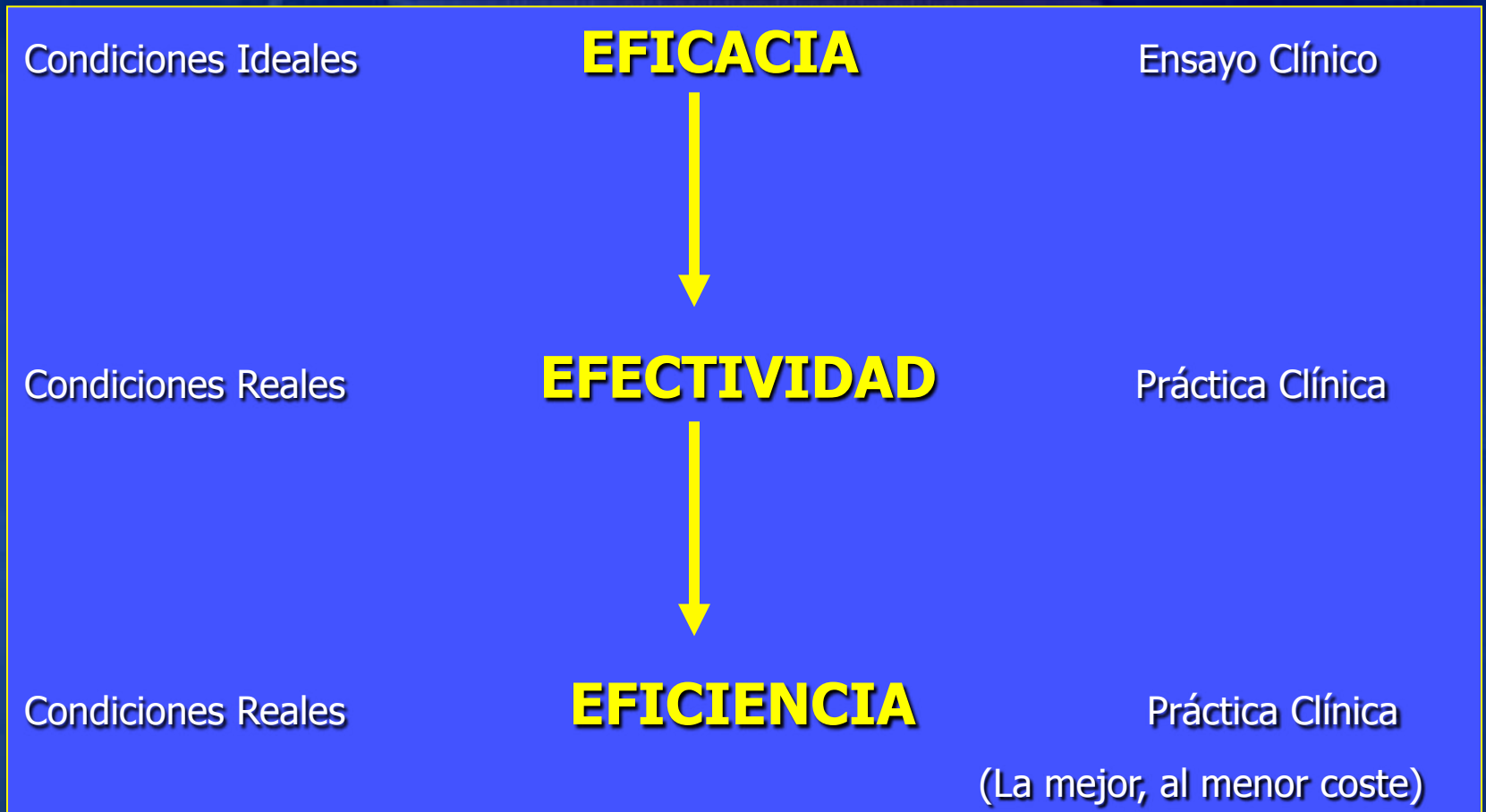
Facultad para
lograr un efecto

Ej: Bactericida vs
Bacteriostático

Ej: Capacidad
Inducción Resistencias

CALIDAD DE TRATAMIENTO

LOS ENSAYOS Y LA PRÁCTICA CLÍNICA



CALIDAD DE TRATAMIENTO

EFEECTO “CLASE” Y “NO CLASE”

→ En el pasado ha existido una acusada tendencia a asumir que los efectos terapéuticos de un fármaco nuevo son similares a los de los medicamentos ya existentes con una estructura química similar y análogo mecanismo de acción.

Es lo que se ha dado a llamar “Efecto Clase”.

→ ... Sin embargo, de acuerdo con los criterios actuales de la medicina basada en la evidencia, el valor terapéutico y la relevancia clínica de un tratamiento debe demostrarse mediante evidencias científicas, no por extrapolación de datos obtenidos con fármacos similares, aunque algunas propiedades resulten comunes.

... Es lo que se conoce como “Efecto de No Clase”.

→ ... No obstante, en determinadas ocasiones puede admitirse un cierto grado de extrapolación a partir de las llamadas “Variables de Respuesta Intermedia”.

→ La decisión del médico debe fundamentarse en que dos fármacos de una misma clase o grupo farmacéutico no son intercambiables hasta que haya evidencia científica sólida que lo demuestre.

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 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 DE TRATAMIENTO

→ EN EL EMPLEO DE AMB:

- El principio de *no maleficencia* debe anteponerse al de *beneficencia*
- El principio de *justicia* debe anteponerse al *individual*

→ LOS ANTIBIÓTICOS CONSTITUYEN EL PARADIGMA DE TRATAMIENTO *SOCIETARIO*, YA QUE EL TRATAMIENTO INDIVIDUAL INFLUYE DECISIVAMENTE EN EL TRATAMIENTO COLECTIVO.

CALIDAD DE TRATAMIENTO

UTILIZACIÓN VS CALIDAD

- **SOBREUTILIZACIÓN** → Mejora de CT (↓ Costes Medicación, ↓ Riesgos y sus costes derivados)
- **MALA UTILIZACIÓN** → Mejora de la CT (↓ Costes Medicación, ↓ Complicaciones y sus costes asociados)
- **INFRAUTILIZACIÓN** → Mejora de la CT (↑ Costes Medicación)

EVALUACIÓN ECONÓMICA DE ANTIMICROBIANOS

EVALUACIÓN ECONÓMICA

CONCEPTO DE FARMACOECONOMIA

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*)

EVALUACIÓN ECONÓMICA

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 ECONÓMICA

OBJETIVOS DE LA EVALUACIÓN

- Medir y comparar costes y consecuencias de varias decisiones terapéuticas, facilitando información útil que permita optar entre varias alternativas para un Uso Racional del Medicamento.
- Disponer de un modo sistemático para identificar las mejores alternativas terapéuticas y sus costes asociados.
- Optimizar los recursos dedicados al gasto farmacéutico, evaluando la calidad de la atención terapéutica y estimando las necesidades de la población.
- Establecer un nuevo principio normativo de actuación, mejorando la objetividad de las decisiones terapéuticas.

EVALUACIÓN ECONÓMICA

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

AMC₁: Análisis Minimización de Costes ACB₂: Análisis Coste/Beneficio ACE₃: Análisis Coste/Efectividad ACU₄: Análisis Coste/Utilidad

EVALUACIÓN ECONÓMICA

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

EVALUACIÓN ECONÓMICA

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.

EVALUACIÓN ECONÓMICA

TIPOS DE EVALUACIÓN FARMACOECONÓMICA

LAS DECISIONES CLÍNICAS PUEDEN SER EVALUADAS Y COMPARADAS MEDIANTE:

ESTUDIOS HETEROGÉNEOS

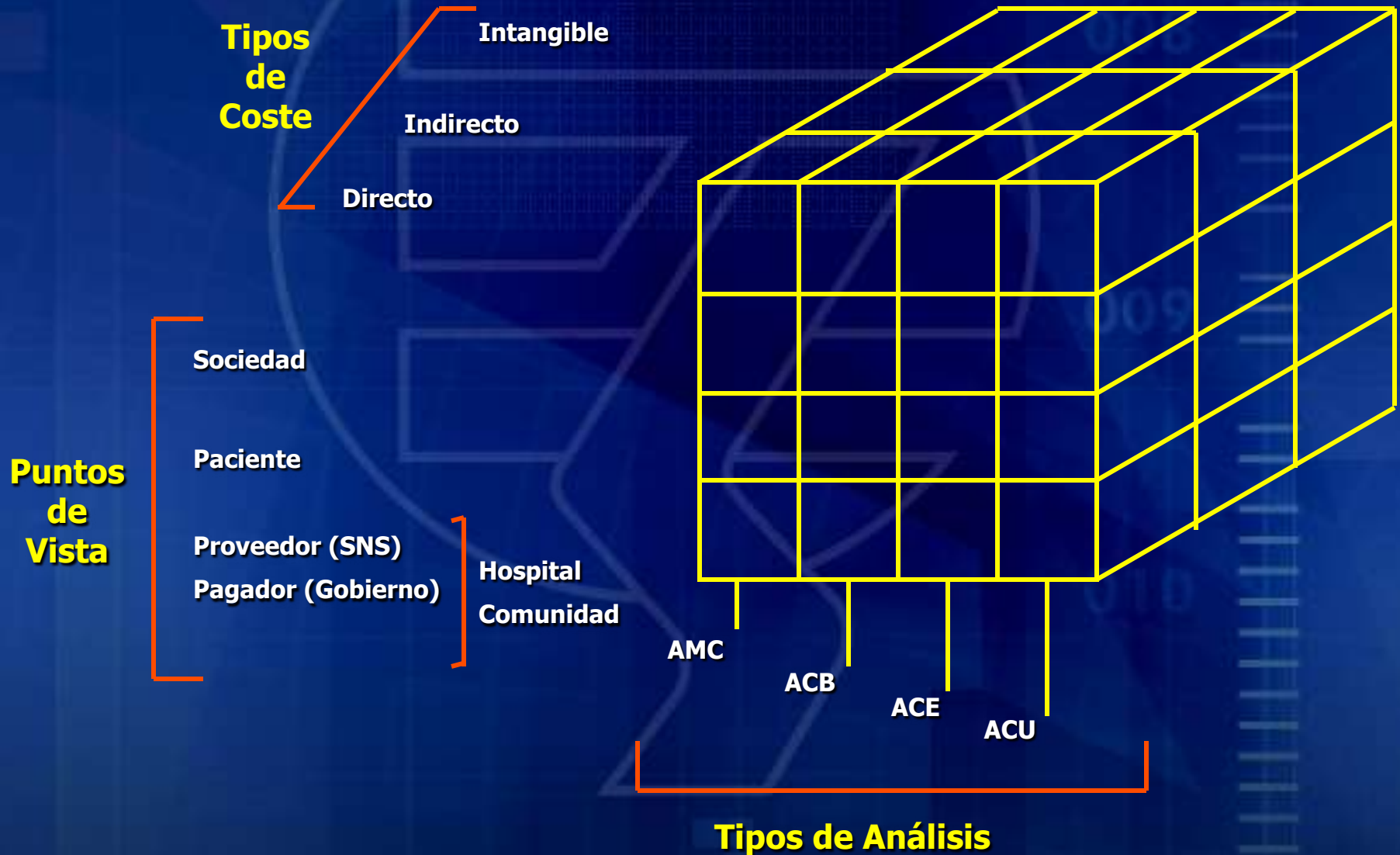
- Costes expresados en unidades monetarias y resultados expresados en unidades de salud
- Análisis de minimización de costes: AMC
- Análisis de coste/eficacia: ACE
- Análisis de coste/utilidad: ACU

ESTUDIOS HOMOGÉNEOS

- Costes y resultados expresados en unidades monetarias
- Análisis de coste/beneficio: ACB

EVALUACIÓN ECONÓMICA

DIMENSIONES DE LOS ESTUDIOS



EVALUACIÓN ECONÓMICA

EVALUACIÓN ECONÓMICA DE ATB

- **LOS ESTUDIOS FARMACOECONÓMICOS CONSTITUYEN UNA HERRAMIENTA ESPECIALMENTE ÚTIL PARA:**
 - **selección de ATB**
 - **empleo de ATB**

- **DE LOS DIFERENTES TIPOS DE ANÁLISIS FARMACOECONÓMICO, LOS ANÁLISIS DE COSTE/EFFECTIVIDAD (ACE) Y SU VARIANTE DE LA MINIMIZACIÓN DE COSTES (AMC) SON LOS MÁS UTILIZADOS EN ANTIBIÓTICOTERAPIA**

EVALUACIÓN ECONÓMICA

ANÁLISIS COSTE/EFFECTIVIDAD

EL ANÁLISIS COSTE/EFFECTIVIDAD (ACE) COMPARA LOS COSTES DE LAS DECISIONES TERAPÉUTICAS, EXPRESADAS EN UNIDADES MONETARIAS, Y LAS CONSECUENCIAS DE LAS MISMAS, EXPRESADAS EN UNIDADES NATURALES, QUE DEPENDEN DE LO QUE SE ESTÁ EVALUANDO

LAS UNIDADES NATURALES O INDICADORES DE EFFECTIVIDAD MÁS UTILIZADOS SON:

- **Tasa de éxito clínico (curación o alivio) de una enfermedad**
- **Reducción de la incidencia (prevención de una enfermedad)**
- **Reducción/aumento de cualquier variable relacionada negativamente/positivamente con la enfermedad (salud)**
- **Reducción de la mortalidad general por una causa específica**
- **Años de vida ganados (aumento de la esperanza de vida o supervivencia)**

EVALUACIÓN ECONÓMICA

ANÁLISIS COSTE/EFFECTIVIDAD

LA COMPARACIÓN ENTRE LAS DISTINTAS MEDIDAS EVALUADAS **PUEDE** ESTABLECERSE POR:

- Coste/unidad natural obtenida
- Resultados/unidad de coste

LA COMPARACIÓN ENTRE LAS DISTINTAS MEDIDAS EVALUADAS **DEBE** ESTABLECERSE POR:

- Coste-efectividad incrementada
- No coste/efectividad medio

EL ANÁLISIS COSTE/EFFECTIVIDAD (ACE) PERMITE COMPARAR TRATAMIENTOS CUYOS RESULTADOS SE PUEDAN MEDIR EN LAS MISMAS UNIDADES

LA VENTAJA ES QUE LA UNIDADES EN LAS QUE SE MIDEN LOS RESULTADOS SON LAS MISMAS QUE EN LOS ENSAYOS CLÍNICOS O LA PRÁCTICA CLÍNICA

EVALUACIÓN ECONÓMICA

ANÁLISIS DE MINIMIZACIÓN DE COSTES

- **EL ANÁLISIS DE MINIMIZACIÓN DE COSTES (AMC) COMPARA LOS COSTES DE LAS DECISIONES TERAPÉUTICAS EN UNIDADES MONETARIAS Y LAS CONSECUENCIAS DE LOS MISMOS EN UNIDADES DE SALUD**
- **SE UTILIZA CUANDO SE ASUME QUE NO EXISTE DIFERENCIA ENTRE LOS RESULTADOS DE LAS ALTERNATIVAS COMPARADAS, POR LO QUE ES SUFICIENTE COMPARAR LOS COSTES**
- **EN REALIDAD, EL AMC ES UNA VARIANTE DE LOS OTROS DOS ESTUDIOS HETEROGÉNEOS, ESPECIALMENTE DEL ACE, MUY EFICAZ CUANDO SE TRATA DE COMPARAR ALTERNATIVAS EQUIVALENTES**
- **EL PROBLEMA ES QUE, A MENUDO, SE CONSIDERAN EQUIVALENTES OPCIONES QUE, EN REALIDAD, PUEDEN NO SERLO**
- **EL AMC NO DEBE CONFUNDIRSE CON LOS ESTUDIOS DIRIGIDOS A ANALIZAR COSTES DE ENFERMEDAD**

EVALUACIÓN ECONÓMICA

ANÁLISIS DE MINIMIZACIÓN DE COSTES

- **MEDICAMENTOS CON EL MISMO PRINCIPIO ACTIVO**

Originales vs licencias vs copias vs genéricos

- **MEDICAMENTOS CON DISTINTO PRINCIPIO ACTIVO Y SIMILAR SUBGRUPO TERAPÉUTICO**

- **MEDICAMENTOS CON DISTINTO PRINCIPIO ACTIVO Y SUBGRUPO TERAPÉUTICO, PERO CLASE SIMILAR**

EVALUACIÓN ECONÓMICA

ANÁLISIS COSTE/BENEFICIO

ÉL ANÁLISIS COSTE/BENEFICIO (ACB) COMPARA LOS COSTES Y LAS CONSECUENCIAS DE LAS DECISIONES TERAPÉUTICAS, EXPRESANDO AMBAS EN UNIDADES MONETARIAS

EL ANÁLISIS COSTE/BENEFICIO COMPARA, EN REALIDAD, EL DINERO GASTADO EN UN TRATAMIENTO CON EL DINERO AHORRADO POR LA APLICACIÓN DE DICHO TRATAMIENTO

PARA TRANSFORMAR UNIDADES DE SALUD EN TÉRMINOS MONETARIOS SE UTILIZA FUNDAMENTALMENTE DOS APROXIMACIONES METODOLÓGICAS:

- Enfoque del capital humano (CH)
 - Influencia de la salud sobre la productividad
- Enfoque de la disponibilidad a pagar (DAP)
 - ¿qué se está dispuesto a pagar por una mejora cierta o probable?

EL ANÁLISIS COSTE/BENEFICIO PUEDE EXPRESARSE COMO:

- Ratio (cociente coste/beneficio)
- Valor Neto (Diferencias entre costes y beneficios)

EVALUACIÓN ECONÓMICA

ANÁLISIS COSTE/BENEFICIO

LA VACUNACIÓN ANTIGRIPAL MERECE SER CATALOGADA COMO EFICIENTE POR SU CAPACIDAD DE PROPORCIONAR EN LOS ANCIANOS UN AÑO SUPLEMENTARIO DE VIDA A MUY BAJO COSTE.

SI LA VACUNA ES EFICAZ EN UN 70%, INMUNIZANDO A UN MILLÓN DE PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS, PREVENIMOS 500 MUERTES, QUE SUPONEN 5.400 AÑOS DE VIDA ADICIONADOS A UN COSTE NETO DE 65.000 PTS POR AÑO DE VIDA GANADO

ADEMÁS, VACUNAR A ESTA POBLACIÓN VALE MENOS DE 3,5% DEL COSTE HOSPITALARIO QUE CUESTA EL NO REALIZARLO

NO OBSTANTE, SÓLO 1 DE CADA 4 PERSONAS SUSCEPTIBLE DE INMUNIZACIÓN ACUDE DE FORMA ESPONTÁNEA AL CENTRO DE APS DURANTE EL PERIODO DE VACUNACIÓN

CONCLUSIÓN: Podría potenciarse la eficacia del programa invirtiendo en información

EVALUACIÓN ECONÓMICA

ANÁLISIS COSTE/UTILIDAD

EL ANÁLISIS COSTE/UTILIDAD (ACU) COMPARA LOS COSTES DE LAS DECISIONES TERAPÉUTICAS, EXPRESADOS EN UNIDADES MONETARIAS, Y LAS CONSECUENCIAS DE LAS MISMAS, EXPRESADAS EN TÉRMINOS DEL VALOR (UNIDADES DE UTILIDAD) QUE TIENEN PARA EL PACIENTE O LA SOCIEDAD.

LAS UNIDADES DE UTILIDAD SUELEN ESTAR RELACIONADAS CON LA CALIDAD DE VIDA, SIENDO EL ÍNDICE MÁS UTILIZADO EL DE AVAC (AÑOS DE VIDA AJUSTADOS POR CALIDAD) EXPRESADO MEDIANTE EL QALY (AÑO DE EXPECTATIVA DE VIDA SALUDABLE)

EL VALOR DE UTILIDAD DE LOS ESTADOS DE SALUD SE EVALÚAN MEDIANTE:

- **ÍNDICES DE UTILIDAD**
- **PERFILES DE SALUD**

EL ANÁLISIS COSTE/UTILIDAD SE UTILIZA A MENUDO PARA TOMAR DECISIONES ACERCA DE ACTUACIONES TERAPÉUTICAS ESPECÍFICAS, COMPARAR ALTERNATIVAS DIFERENTES, ORIENTAR LA DISTRIBUCIÓN DE RECURSOS DESDE LAS TERAPIAS DE ALTO COSTE A LAS DE BAJO COSTE EN RELACIÓN A LOS BENEFICIOS GENERADOS Y, EN EL CASO DE CIRUGÍA, EVALUAR LISTAS DE ESPERA

EVALUACIÓN ECONÓMICA

APLICACIONES

- **DECISIONES DE I+D Y COMERCIALIZACIÓN DE LAS EMPRESAS FARMACÉUTICAS**
- **DECISIONES DE REGISTROS, COMERCIALIZACIÓN DE MEDICAMENTOS POR PARTE DE LAS ADMINISTRACIONES SANITARIAS**
- **DECISIONES SOBRE LA DISTRIBUCIÓN DE RECURSOS POR PARTE DE LOS GOBIERNOS**
- **DECISIONES DE FORMULARIOS EN HOSPITALES, ASEGURADORAS, ETC.**
- **ELABORACIÓN DE PROTOCOLOS Y GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA POR ORGANISMOS Y SOCIEDADES DIENTÍFICAS**

TOMA DE DECISIONES POR PARTE DEL MÉDICO EN CADA ACTO TERAPÉUTICO

EVALUACIÓN ECONÓMICA

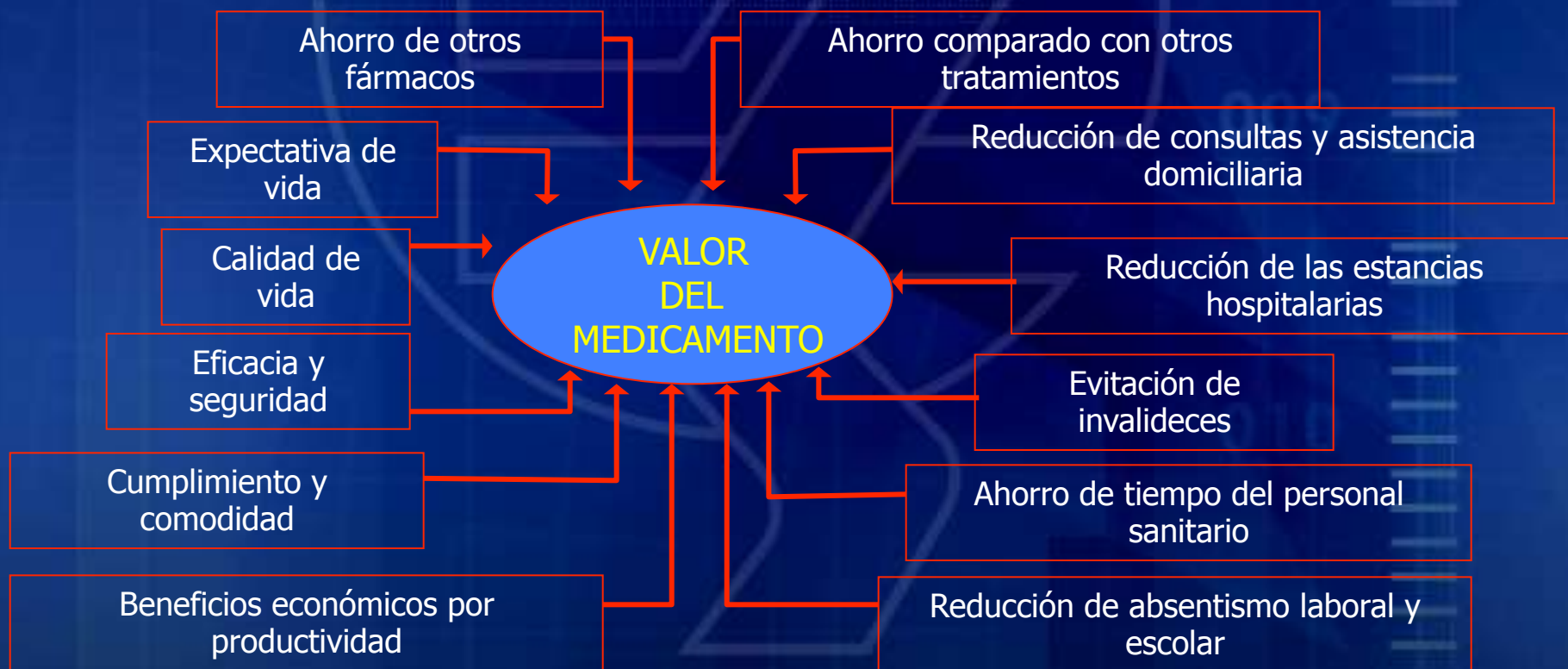
CUESTIONES ANTE CUALQUIER TRABAJO PUBLICADO

- 1.** ¿Estaba la cuestión objeto del análisis bien definida y formulada de forma que pudiera responderse?
- 2.** ¿Se hace una descripción completa de las alternativas que se comparan?
- 3.** ¿Aporta pruebas aceptables de que se ha establecido la eficiencia del programa?
- 4.** ¿Están identificados todos los costes y consecuencias importantes de cada alternativa?
- 5.** ¿Se miden con exactitud los costes y las consecuencias en unidades adecuadas?
- 6.** ¿Es verosímil la valoración que se hace de los costes y las consecuencias?
- 7.** ¿Se han ajustado los costes y las consecuencias para recoger las diferencias en el tiempo?
- 8.** ¿Se hace un análisis de los costes adicionales y de las consecuencias de las alternativas?
- 9.** ¿Se realiza un análisis de sensibilidad de las hipótesis y conclusiones?
- 10.** ¿Están incluidos tanto en la presentación como en el debate del estudio todos los aspectos importantes?

EVALUACIÓN ECONÓMICA

VENTAJAS DE LA EVALUACIÓN ECONÓMICA EN RELACIÓN AL USO RACIONAL DE AMB

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



EL ARTE DE RECETAR

EL ARTE DE RECETAR

EL ACTO TERAPÉUTICO

- El tratamiento o *acto terapéutico* es el momento operativo en la relación médico-enfermo:
 - Comienza en el mismo momento de dar la mano al enfermo (E. Von Leyden)
 - Termina únicamente con el alta del enfermo (P. Laín)

- El tratamiento o *acto terapéutico* se constituye formalmente en el momento de la *prescripción*, en la cual está toda la medicina
(L. Ronstad)

- Nada hay más fundamental y elemental en el quehacer del médico que el encuentro personal y la relación inmediata con el enfermo, imprescindibles para una práctica humana del *arte de recetar*
(P. Laín)

EL ARTE DE RECETAR

LA PRESCRIPCIÓN DESDE LA PERSPECTIVA DEL MÉDICO Y DEL ENFERMO

MÉDICO

- La Px es una muestra de su capacidad y competencia profesional (Resumen diagnóstico y pronóstico de la enfermedad).
- La Px es un mensaje: la enfermedad se ha tomado en serio, el paciente ha tenido razón al acudir a la consulta y el tiempo y los recursos dedicados están justificados.

ENFERMO

- El medicamento es la respuesta rápida y técnica al malestar del hombre enfermo (angustia y dolor).
- La Px le proporciona un doble consuelo: el reconocimiento de sus males y la esperanza de una curación.

EL ARTE DE RECETAR

CONCEPTO

- La receta refleja la perspicacia diagnóstica y la eficiencia terapéutica del médico y supone "la coronación de todos los conocimientos del médico" (P. Laín).
- La prescripción requiere que la elección terapéutica se realice de acuerdo con la mejor evidencia científica disponible y la experiencia clínica individual.
- La formulación de la medicina basada en la evidencia (MBE) incluye "la integración de la experiencia clínica individual con la utilización constante, explícita y juiciosa de la mejor evidencia científica disponible procedente de la investigación sistemática" (D. Sackett).

EL ARTE DE RECETAR

EVIDENCIA VS EXPERIENCIA

- La MBE aporta importantes y numerosos beneficios al uso racional del medicamento, el primero de ellos la conciencia cada vez más generalizada sobre el hecho de que las decisiones terapéuticas deben sustentarse en una base científica sólida.
- La MBE es una herramienta necesaria, e incluso imprescindible, para la toma de decisiones, pero no es la única, ya que se fundamenta en la metodología de los ensayos clínicos controlados y aleatorizados (realizados en condiciones experimentales y protocolizadas).
- Existen áreas de la medicina en las que no hay evidencia procedente de ensayos clínicos controlados y otras, en las que hay suficiente evidencia o experiencia no experimental. Por otra parte, los médicos se encuentran a diario con muchos pacientes que presentan mayor complejidad (edad diferente, comorbilidad, incumplimiento terapéutico, etc.) que los incluidos en estudios clínicos. De esta manera, la decisión terapéutica se encuentra sometida a una complejidad constantemente variable que actúa como un factor perturbador y necesita ser realizada siempre en el contexto de un cierto grado de *incertidumbre*.
- Por tanto, la MBE necesita ser enriquecida por el arte clínico que implica "tomar decisiones idóneas sin tener certeza científica" (C. Rozman).

EL ARTE DE RECETAR

CRITERIOS DE PRESCRIPCIÓN

EVIDENCIA CIENTÍFICA	EXPERIENCIA CLÍNICA
<p>“MBE consiste en la utilización consciente, explícita y juiciosa de la mejor evidencia disponible procedente de la investigación sistemática” (D. Sackett).</p> <p>La aplicación de la MBE se fundamenta en la metodología de ensayos clínicos controlados y aleatorizados, pero no en las condiciones de la práctica clínica habitual.</p>	<p>“El atento examen de un caso singular puede dar más luz que el manejo de cualquier estadística” (C. Bernard).</p> <p>“Tomar decisiones sin certeza científica constituye el arte clínico” (C. Rozman).</p>

¿Por qué utilizar un solo ojo cuando tenemos dos?

EL ARTE DE RECETAR

EVIDENCIA VS EXPERIENCIA

Ejemplos

Herramientas y fuentes de información



(Tomada de L. García Olmos)

EL ARTE DE RECETAR

ALIANZA TERAPÉUTICA

→ La prescripción mejor concebida puede resultar inútil si no se establece una comunicación clara y fluida entre médico y paciente, en la que ambos se involucren activamente en la fijación de expectativas o metas, que puedan valorarse de forma objetiva (alianza terapéutica)

- PATERNALISMO-OBEDIENCIA



- BENEFICIO-AUTONOMÍA



- RESPONSABILIDAD COMPARTIDA

EL ARTE DE RECETAR

RECOMENDACIONES PARA ABORDAR EL ACTO TERAPÉUTICO

- **La palabra es el primer agente terapéutico que el médico prescribe (M. Balint).**
- **Un remedio terapéutico sólo puede ser plenamente eficaz si antes de su administración el enfermo es sometido a un determinado "ensalmo" o discurso persuasivo (Platón).**
- **La propia persona del médico tiene una influencia en la calidad del tratamiento, constatándose una iatrogenia positiva -potenciadora de la acción del fármaco- y una iatrogenia negativa -que resulta terapéuticamente nociva-.**
- **La receta es para muchos pacientes "una dosis del médico" y esperan que en ella se produzca la máxima transferencia posible de los "poderes curativos" del médico (J. Avorn).**
- **Escribir una prescripción es fácil, pero hacer que la gente las comprenda es difícil (F. Kafka).**

EL ARTE DE RECETAR

RECOMENDACIONES PARA ABORDAR EL ACTO TERAPÉUTICO

- Los pacientes rechazan ser “hojas en blanco” cuando llegan a la consulta, muchos de ellos se muestran como “consumidores exigentes” y desean participar activamente en las decisiones acerca de su enfermedad y tratamiento (Paciente Activo).
- El efecto terapéutico de un fármaco puede verse potenciado en alguna medida cuando el paciente lo toma creyendo firmemente en su efectividad (efecto placebo).
- Puede haber decisiones técnicamente correctas que son rechazadas por los valores o creencias del enfermo. En cambio, la efectividad puede verse reforzada si el acto terapéutico se desarrolla en el contexto de las creencias del paciente y las limitaciones de su vida diaria.
- Una vez establecido el plan terapéutico, el médico debe hablar un rato más con su paciente (“seis minutos más con el enfermo”, según la expresión de M.Balint).
- No basta con tratar al enfermo, hay que tratarse con él (P. Laín).

EL ARTE DE RECETAR

DEL ENCUENTRO TERAPÉUTICO A LA RESPUESTA CLÍNICA



Variables*: edad, situaciones especiales, variaciones fisiológicas, estados patológicos, interacciones medicamentosas, tolerancia, etc.

EL ARTE DE RECETAR

LOS SIETE PECADOS CAPITALES DE LA Px MÉDICA

- **Indicación de tratamiento en diagnósticos no susceptibles.**
- **Selección incorrecta del tratamiento.**
- **Instrucciones verbales y escritas deficientemente planteadas.**
- **Duración errónea del tratamiento.**
- **Pauta posológica o dosificación incorrecta.**
- **Prescripción de complacencia al enfermo.**
- **Prescripción sin visita previa.**

EL ARTE DE RECETAR

FACTORES GENERALES QUE INFLUYEN NEGATIVAMENTE EN LA Px

- **Necesidad imperiosa de curarse por parte del paciente.**
(búsqueda del medicamento más que la atención médica).
- **Especialización de la medicina.**
(progresiva sustitución del médico por el equipo médico).
- **Olvido de la silla como el mejor instrumento médico (G. Marañón).**
(sustitución del diálogo y la observación clínica por pruebas diagnósticas).
- **Masificación y escaso tiempo de consulta.**
(despersonalización de la medicina).
- **Introducción de criterios de gestión económica en la práctica médica.**
- **Excesivo ruido informativo y tecnológico alrededor de la medicina.**
- **En muchos casos, el enfermo acude al médico como acreedor no como deudor.**

EL ARTE DE RECETAR

ALGUNAS CONDUCTAS ERRÓNEAS DEL MÉDICO EN EL TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS

- **INFRavalORACIÓN DE LOS PROCESOS VÍRICOS, ESPECIALMENTE FARINGOAMIGDALITIS Y BRONQUITIS AGUDA**
- **UTILIZACIÓN DE ANTIBIÓTICOS EN PROCESOS VÍRICOS, FUNDAMENTALMENTE GRIPE, CATARRO COMÚN, FARINGOAMIGDALITIS Y BRONQUITIS AGUDA**
- **ESCALA CONCIENCIACIÓN ANTE EL PROBLEMA DE LAS RESISTENCIAS BACTERIANAS**
- **CONOCIMIENTO Y ¿ACEPTACIÓN? DE LAS ALTAS TASAS DE INCUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO**
- **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.**

EL ARTE DE RECETAR

OBJETIVOS BÁSICOS DE LA Px ANTIBIÓTICA

- **CONSEGUIR EL MEJOR RESULTADO TERAPÉUTICO EN TÉRMINOS DE:**
 - **Beneficio/Riesgo**
 - **Coste/Efectividad**
- **REDUCIR AL MÁXIMO EL DESARROLLO DE RESISTENCIAS BACTERIANAS**
- **EVITAR LA APARICIÓN DE RECIDIVAS O SOBREENFECCIONES**

EL ARTE DE RECETAR

RECOMENDACIONES PARA LA Px ANTIBIÓTICA

- **SU EMPLEO HA DE ESTAR INDICADO (INFECCIÓN BACTERIANA).**
- **NO DEBEN UTILIZARSE EN PROCESOS EN LOS QUE SE TENGA CERTEZA DE SU ETIOLOGÍA VIRAL (GRIPE, CATARRO COMÚN).**
- **NO DEBEN UTILIZARSE EN AQUELLOS CASOS EN LOS QUE LA SOSPECHA DE LA ETIOLOGÍA VIRAL SEA MUY FUERTE (FARINGOAMIGDALITIS, BRONQUITIS AGUDA).**
- **ES NECESARIO VALORAR EL ESTADO GENERAL E INMUNITARIO DEL PACIENTE, SUS CARACTERÍSTICAS PERSONALES Y LAS SITUACIONES ESPECIALES (INSUFICIENCIA RENAL, EMBARAZO, ETC...).**

EL ARTE DE RECETAR

RECOMENDACIONES PARA LA Px ANTIBIÓTICA

- **LA ELECCIÓN DE ATB DEBE REALIZARSE EN FUNCIÓN DE LA GRAVEDAD DEL CUADRO Y DE LA LOCALIZACIÓN DE LA INFECCIÓN.**
- **LA ELECCIÓN DE ATB DEBE REALIZARSE, DE ACUERDO CON LA ETIOLOGÍA CIERTA (ESTUDIO MICROBIOLÓGICO), O MÁS PROBABLE (VALORACIÓN EMPÍRICA), CONSIDERANDO:**
 - **Sensibilidad esperada**
 - **Resistencias bacterianas**
 - **Experiencia previa en procesos similares**
- **SE HA DE PROMOVER LA ERRADICACIÓN BACTERIOLÓGICA, Y NO SÓLO LA REMISIÓN DE LA SINTOMATOLOGÍA**

EL ARTE DE RECETAR

RECOMENDACIONES PARA LA Px ANTIBIÓTICA

- **LA Px HA DE REALIZARSE TRAS LA CORRESPONDIENTE VISITA, EVITANDO LA AUTOMEDICACIÓN *ENCUBIERTA* Y LA VISITA POR TERCEROS.**
- **LA Px HA DE ACOMPAÑARSE DE INSTRUCCIONES VERBALES Y ESCRITAS, ASEGURÁNDOSE EL MÉDICO DE LA COMPRENSIÓN DEL PACIENTE.**
- **UTILIZAR ATB EN MONOTERAPIA.**
- **Px DEBE AJUSTARSE A LA DURACIÓN DEL TRATAMIENTO Y A LA POSOLOGÍA DEL ATB.**

EL ARTE DE RECETAR

CARACTERÍSTICAS DEL ATB A PRESCRIBIR

- **EL DE ACCIÓN BACTERICIDA Y ESPECTRO QUE INCLUYA LA ETIOLOGÍA MÁS PROBABLE.**
- **EL MÁS SEGURO, DE MEJOR TOLERANCIA Y CON MENOS INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS.**
- **EL DE MÁS FÁCIL ADMINISTRACIÓN Y MÁS CÓMODA POSOLOGÍA.**
- **EL QUE PERMITA UNA DURACIÓN DE TRATAMIENTO MÁS CORTA.**
- **EL DE MEJOR DIFUSIÓN TITULAR, QUE ORIGINE CONCENTRACIÓN SUPERIOR A LAS CMI DE FORMA CONSTANTE.**
- **EL DE MAYOR EFICACIA DEMOSTRADA POR LA EVIDENCIA CIENTÍFICA Y MAYOR EFECTIVIDAD EVALUADA POR LA EXPERIENCIA PERSONAL.**
- **EL DE MENOR COSTE EN IGUALDAD DE CONDICIONES**
- **EL DE MENOR CAPACIDAD DE INDUCCIÓN DE RESISTENCIAS.**

EL ARTE DE DISPENSAR

EL ARTE DE DISPENSAR

ASPECTOS PRINCIPALES

DISPENSACIÓN ACTIVA

- La dispensación entraña un componente técnico y moral y no sólo mera entrega del producto al usuario.

CONSEJO FARMACÉUTICO

- El farmacéutico no sólo es responsable de la dispensación, sino que también juega un papel fundamental en la información y educación sobre el uso de los medicamentos, instruyéndoles y aconsejándoles sobre la correcta utilización (Ley del Medicamento. 20 Diciembre 1990. Cap III, Art. 87), hasta el punto de considerarse a la farmacia como *"un sistema de conocimientos en beneficio del paciente"*.

SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO

- En la farmacia, entendida como "un servicio de sanidad que se ocupa de los fármacos y sus efectos en el hombre con la finalidad de mejorar la salud de los individuos y el bienestar de la sociedad" (comisión de Estudios Farmacéuticos de EE.UU.), es básico el seguimiento farmacoterapéutico del paciente.

ATENCIÓN FARMACÉUTICA es el concepto clave a desarrollar

EL ARTE DE DISPENSAR

LA FARMACIA Y EL FARMACÉUTICO, HOY

- Para muchas personas, la consulta farmacéutica sustituye a la consulta médica.
- La facilidad horaria, la cercanía al domicilio, la instantaneidad del consejo ... hacen de la farmacia un centro clave en la asistencia sanitaria.
- La farmacia no debe ser un lugar ambiguo donde se produce una mezcla compleja de actividades sanitarias y practicas comerciales.
- El farmacéutico que se siente responsable tanto de la salud como de la enfermedad de una población definida satisface mejor las necesidades de los usuarios y ofrece un mejor servicio farmacéutico, lo que, a su vez, redundanda también en una mejor gestión empresarial.

La transformación del farmacéutico tradicional en farmacéutico de cabecera es clave

EL ARTE DE DISPENSAR

ATENCIÓN FARMACÉUTICA

- La atención farmacéutica corresponde al concepto de *pharmaceutical care*, un movimiento que se inicia en los años 80 del siglo pasado en EE.UU. Para superar las insuficiencias de los planteamientos de la farmacia tradicional y como consecuencia del llamado "informe millis", en el que se señalaba la necesidad de implicar a los farmacéuticos en el control del uso adecuado de los medicamentos.

EL ARTE DE DISPENSAR

ATENCIÓN FARMACÉUTICA

→ En la evolución del concepto de atención farmacéutica conviene resaltar varios hechos:

- Cambio de la práctica farmacéutica desde la orientación de producto a la orientación al paciente (Brodi, 1980).
- La información y el consejo no son suficientes, es necesario "cuidar" a los pacientes que usan medicamentos (Hepler, 1985).
- Definición de la atención farmacéutica como aquel componente del ejercicio profesional de la farmacia que comporta una interacción directa del farmacéutico con el paciente con el fin de atender las necesidades de éste en relación con los medicamentos (Hepler y Strand, 1990).
- Publicación del "informe de Tokio" acerca del papel del farmacéutico en la atención de salud, englobando las funciones y responsabilidades del farmacéutico en relación a las necesidades asistenciales del paciente y la comunidad en el concepto de atención farmacéutica (OMS, 1993).
- Consenso acerca de la atención farmacéutica en España (1998), difusión del concepto y publicación del documento (2002).

EL ARTE DE DISPENSAR

ATENCIÓN FARMACÉUTICA

→ LA ATENCIÓN FARMACÉUTICA COMO **CONCEPTO** ES UNA FILOSOFÍA DE TRABAJO CENTRADA EN EL PACIENTE Y ORIENTADA A QUE ÉSTE SEA EL PRINCIPAL BENEFICIARIO DE LAS ACCIONES DEL FARMACÉUTICO EN TÉRMINOS DE:

- Obtener el máximo beneficio de los medicamentos.

* Prevención, Curación, Alivio de Enfermedades o Síntomas.

* Mejora de la Calidad de Vida.

- Lograr el menor riesgo de los medicamentos.

* Identificación, resolución, y prevención de problemas relacionados con la medicación.

- Contribuir al Uso Racional de los Medicamentos.

* Mejora de la Calidad de los tratamientos.

LA ATENCIÓN FARMACÉUTICA COMO **PROCESO** IMPLICA LA REALIZACIÓN DE DIFERENTES ACTIVIDADES NO SÓLO DIRIGIDAS A LA SATISFACIÓN DE LAS NECESIDADES DEL PACIENTE EN RELACIÓN A LA MEDICACIÓN, SINO UN POCO MÁS LEJOS, SU BIENESTAR:

- Dispensación Activa.

- Consejo o Indicación Farmacoterapéutica.

- Seguimiento Farmacoterapéutico Personalizado.

EL ARTE DE DISPENSAR

DISPENSACIÓN ACTIVA

- La dispensación responde a la solicitud de un medicamento concreto, generalmente mediante una prescripción médica o sin ella –automedicación–.
- La actuación del farmacéutico debe ir más allá del “suministro, entrega, despacho” del medicamento y orientarse a la “asistencia, ayuda, cuidado” del paciente y ello requiere una actitud activa, lo que conlleva, a su vez, la asunción de responsabilidad profesional sobre el resultado del uso del medicamento.
- La dispensación activa implica no sólo entregar el medicamento en condiciones óptimas y de acuerdo con la normativa legal vigente, sino también:
 - Informar al paciente acerca de la medicación y sus posibles efectos.
 - Responder a las expectativas del paciente.
 - Prevenir la automedicación inadecuada.
 - Proteger al paciente de la aparición de posibles problemas relacionados con los medicamentos (PRM).
 - Implicar al paciente en el tratamiento, verificando que conoce los objetivos, la forma de administración y duración del tratamiento.

EL ARTE DE DISPENSAR

¿CÓMO MEJORAR LA DISPENSACIÓN?

- **Aclarar cuantas dudas planteen los pacientes.**
- **Reforzar las instrucciones del médico.**
- **Desaconsejar la automedicación.**
- **Combatir la existencia de "almacenes antibióticos" en los botiquines caseros.**
- **Detectar efectos secundarios.**
- **Incluir decisivamente en el cumplimiento terapéutico.**

¡Ser un auténtico farmacéutico de cabecera!

EL ARTE DE DISPENSAR

CONSEJO O INDICACIÓN FARMACOTERAPÉUTICA

- Se trata del servicio que es prestado por el farmacéutico al usuario que llega a la farmacia para consultar por un problema de salud concreto o para adquirir un medicamento (tratamiento de *síntomas menores*).
- La consulta por parte del paciente requiere del farmacéutico.
 - Recogida de información imprescindible acerca del motivo de consulta, del paciente y de la posible existencia de otros tratamientos concomitantes.
 - Evaluación del Problema Planteado.
 - Toma de Decisiones:
 - * Recomendar medidas no farmacoterapéuticas.
 - * Indicar una especialidad farmacéutica que no requiera prescripción.
 - * Derivar al paciente a otro profesional sanitario.
 - * Ofrecer al paciente otros servicios de atención farmacéutica.
 - Información verbal y escrita de la recomendación realizada.

EL ARTE DE DISPENSAR

SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO PERSONALIZADO

- Se trata de una metodología que permite buscar, identificar y resolver, de manera sistemática, continuada y documentada, todos los problemas de salud relacionados con los medicamentos de ese paciente, realizando una evaluación periódica de todo el proceso.**
- El seguimiento farmacoterapéutico personalizado implica un compromiso del farmacéutico con los resultados del tratamiento en cada paciente, siendo indispensable para ello la colaboración con el propio paciente, el médico y otros profesionales sanitarios.**
- El seguimiento farmacoterapéutico personalizado exige:**
 - Garantía de continuidad en el servicio.**
 - Disponibilidad de información actualizada acerca del paciente y su tratamiento.**
 - Documentación y registro de la actividad (Intervención y Resultados).**

EL ARTE DE DISPENSAR

PROBLEMAS RELACIONADOS CON MEDICAMENTOS (PRM)

- **Un Problema Relacionado con Medicamentos (PRM) es un problema de salud, vinculado con la farmacoterapia de un paciente, que interfiere o puede interferir con los resultados de salud esperados en ese paciente.**
- **El Problema de Salud se define como todo aquello que requiere –o puede requerir- una acción por parte del agente de salud –incluido el propio paciente-.**

EL ARTE DE DISPENSAR

PROBLEMAS RELACIONADOS CON MEDICAMENTOS (PRM)

→ Los PRM principales pueden ser clasificados de la siguiente manera:

-Relacionados con la Indicación.

- * El paciente no usa los medicamentos que necesita.**
- * El paciente usa un medicamento que no necesita.**
- * El paciente requiere nueva medicación.**

- Relacionados con la Efectividad.

- * El paciente no responde al tratamiento.**
- * El paciente usa una posología inferior a la necesaria (dosis y/o pauta).**
 - * El paciente sufre las consecuencias de interacciones medicamentosas que disminuyen en efectividad.**

- Relacionados con la Seguridad.

- * El paciente sufre una reacción adversa a medicamentos (RAM).**
- * El paciente usa posología superior a la necesaria (dosis y/o pausa).**
 - * El paciente sufre las consecuencias de interacciones medicamentosas que aumentan la toxicidad.**

EL ARTE DE EJECUTAR EL TRATAMIENTO

EL ARTE DE EJECUTAR EL TRATAMIENTO

RESPONSABILIDAD COMPARTIDA/CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO

“El médico libre, que generalmente asiste a hombres libres, trata sus enfermedades discutiendo primero minuciosamente con el paciente y sus amigos su dolencia (...)

El médico persigue la completa restauración de la salud persuadiendo al paciente para que cumpla con la terapia”

Platón (Las Leyes)

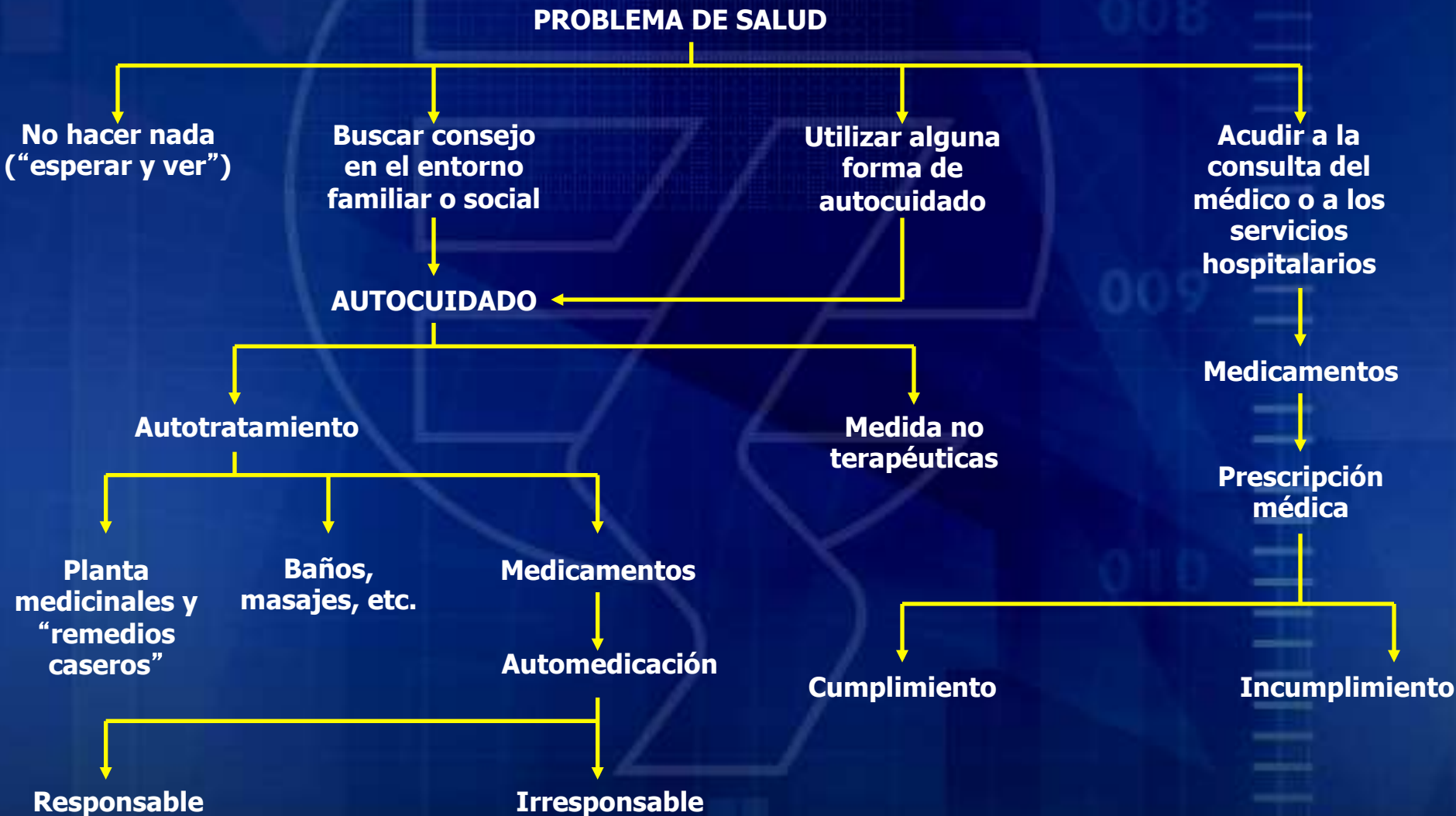
“No deja de ser curiosamente paradójico que hoy conseguida, con esfuerzo y dinero, una amplia disponibilidad de medicamentos dotados, muchos de ellos, de notable eficacia terapéutica, aparezca como contrapartida el fenómeno del incumplimiento terapéutico, capaz de abatir desde su base la mejor programada calidad de tratamiento (...)

Es necesario pasar del modelo paternalista, seguido durante una buena parte de la historia de la medicina, al modelo de responsabilidad compartida, consiguiendo la *activación* del paciente en su enfermedad.

José de Portugal (Calidad de Vida, Calidad de Tratamiento)

EL ARTE DE EJECUTAR EL TRATAMIENTO

CONDUCTA SEGUIDA POR LOS ENFERMOS ANTE UN PROBLEMA DE SALUD



EL ARTE DE EJECUTAR EL TRATAMIENTO

PACIENTE ACTIVO

CAMBIO EN LA RELACIÓN MÉDICO-ENFERMO

Modelo Paternalista → Modelo de Responsabilidad Compartida

PRINCIPIO DE ACTUACIÓN

No Maleficencia vs Beneficencia → Beneficencia vs Autonomía (Justicia)

ACTITUD PARADÓJICA DE LOS PACIENTES

El Paciente también ha de asumir el carácter *societario* de los antimicrobianos

Aumento de la demanda de la Atención Médica y Farmacéutica

No se espera tanto un Pronóstico o un Diagnóstico como un Tratamiento → MEDICALIZACIÓN

Los enfermos desean autonomía y utilizan al médico/farmacéutico para lograr sus aspiraciones

ACCESO A LA INFORMACIÓN

El paciente esta cada vez más informado, pero ...

¿está mejor informado?

EL ARTE DE EJECUTAR EL TRATAMIENTO

PACIENTE ACTIVO

- **EL PACIENTE ES CADA VEZ MÁS UN DECISOR ACTIVO.**
- **EL PACIENTE NO SE CONFORMA SÓLO CON PRODUCTOS EFECTIVOS, SINO QUE QUIERE “SOLUCIONES INTEGRALES DE SALUD”.**
- **EL PACIENTE TIENE NECESIDAD DE UNA MEJOR INFORMACIÓN ÚTIL (BASE DEL CONOCIMIENTO) Y UNA EDUCACIÓN PARA LA SALUD MÁS IDÓNEA.**

EL ARTE DE EJECUTAR EL TRATAMIENTO

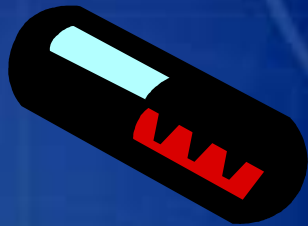
FASES DEL PROCESO CLÍNICO

EVIDENCIA CIENTÍFICA

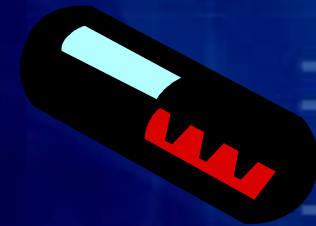
EXPERIENCIA

Ensayos Clínicos

Práctica Clínica



Responsabilidad Compartida



EFICACIA

Cumplimiento Terapéutico

EFFECTIVIDAD

EL ARTE DE EJECUTAR EL TRATAMIENTO

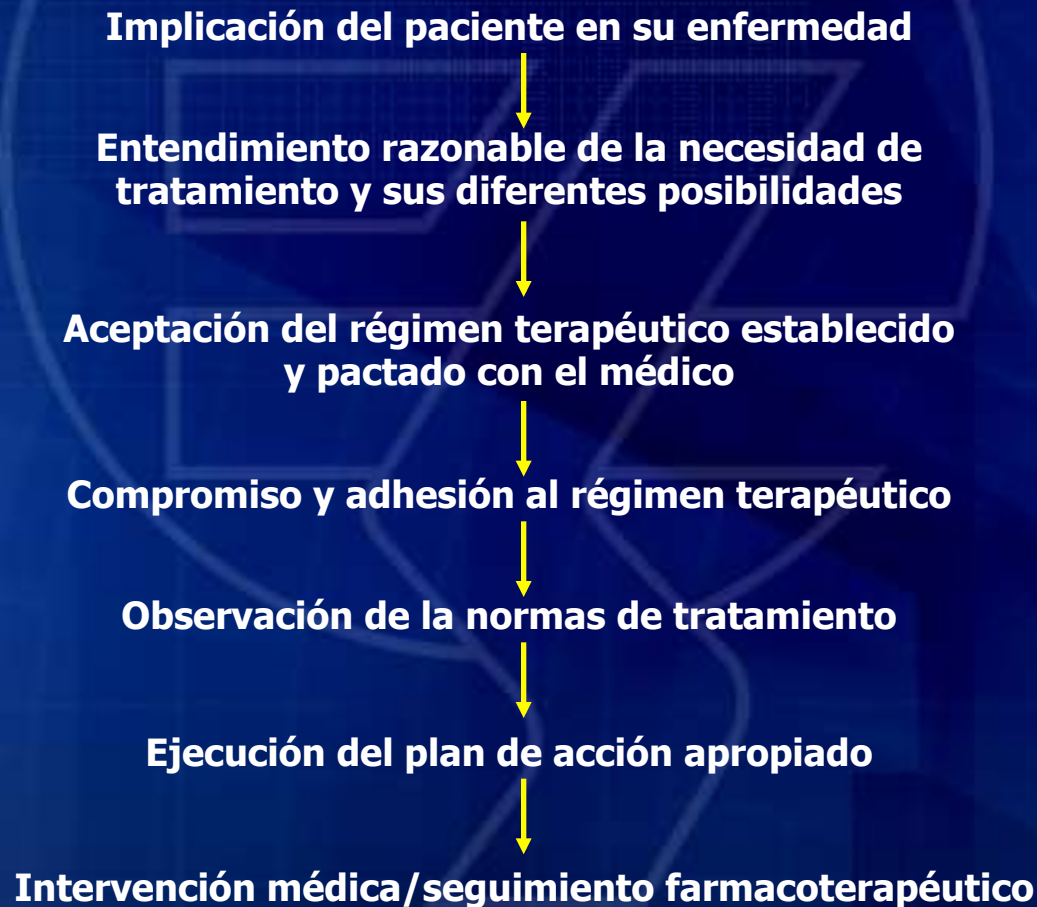
DEL CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO A LA ALIANZA TERAPÉUTICA

CONCEPTO	CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO	ALIANZA TERAPÉUTICA
MODELO DE LA CONSULTA	Centrado en la enfermedad	Centrado en el enfermo
TIPO DE RMP	Paternalista	Ente iguales
TOMA DE DECISIONES	Beneficencia	Autonomía
RESPONSABILIDAD	No compartida	Compartida

RMP: relación médico-paciente

EL ARTE DE EJECUTAR EL TRATAMIENTO

ETAPAS PARA EL CUMPLIMIENTO CORRECTO



EL ARTE DE EJECUTAR EL TRATAMIENTO

FACTORES CLAVE PARA MEJORAR/ALCANZAR EL CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO

¿OBJETIVO INALCANZABLE?

- Alianza médico-paciente fundamentada en el sistema de valores y creencias de éste:

Información → Comunicación → Creencias → Actitud → Comportamiento

- Instrucciones verbales y escritas:

Necesidad de completar el tratamiento → aunque se produzca la mejoría clínica

- Simplificación del régimen terapéutico

Número de tomas al día → duración del tratamiento

- Intervenciones educativas

Persuasión → recuerdo

OBJETIVO (ALGO MÁS) ALCANZABLE

EL ARTE DE EJECUTAR EL TRATAMIENTO

CIRCULO VICIOSO DEL COMPORTAMIENTO DEL PACIENTE



EL ARTE DE EJECUTAR EL TRATAMIENTO

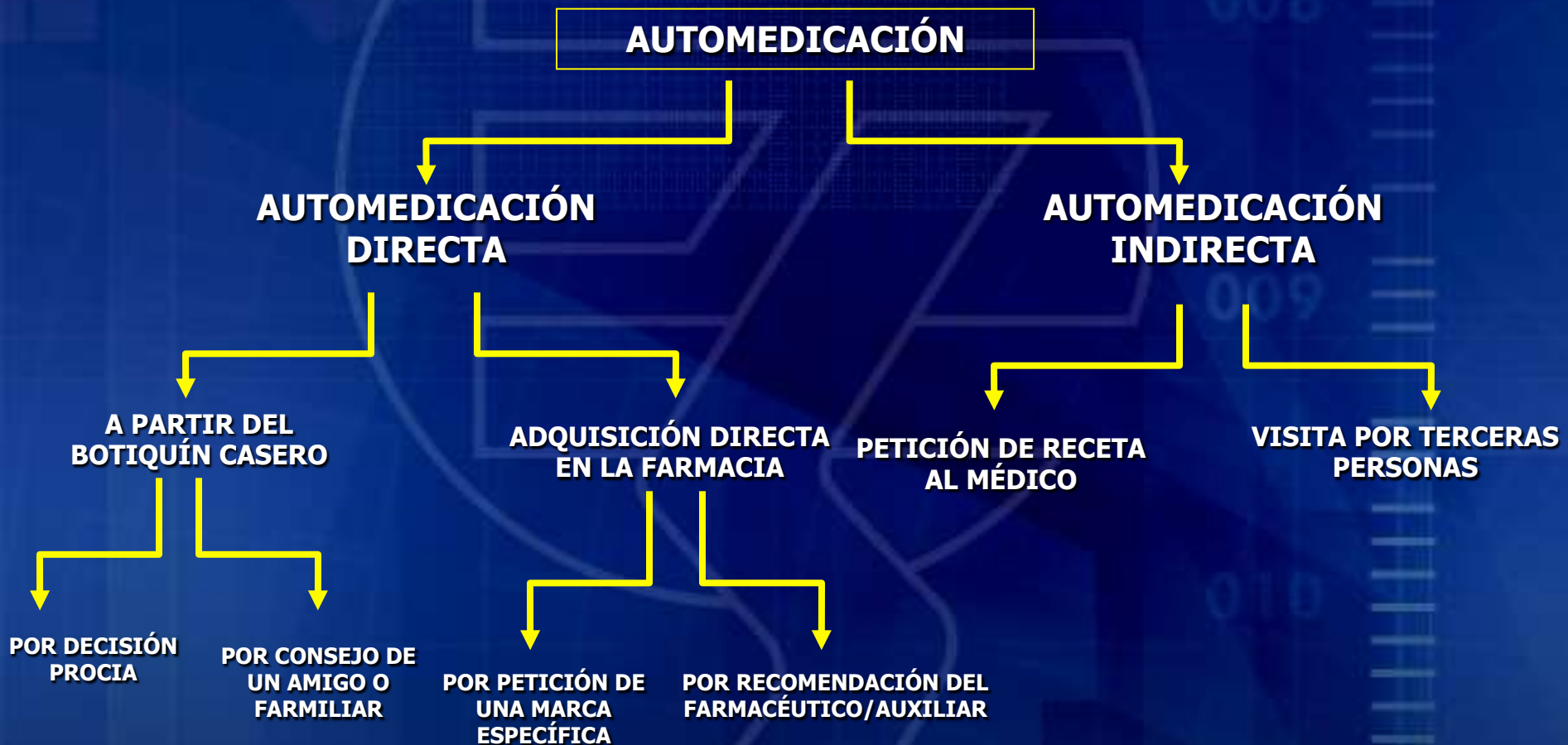
INCUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO

INCUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO



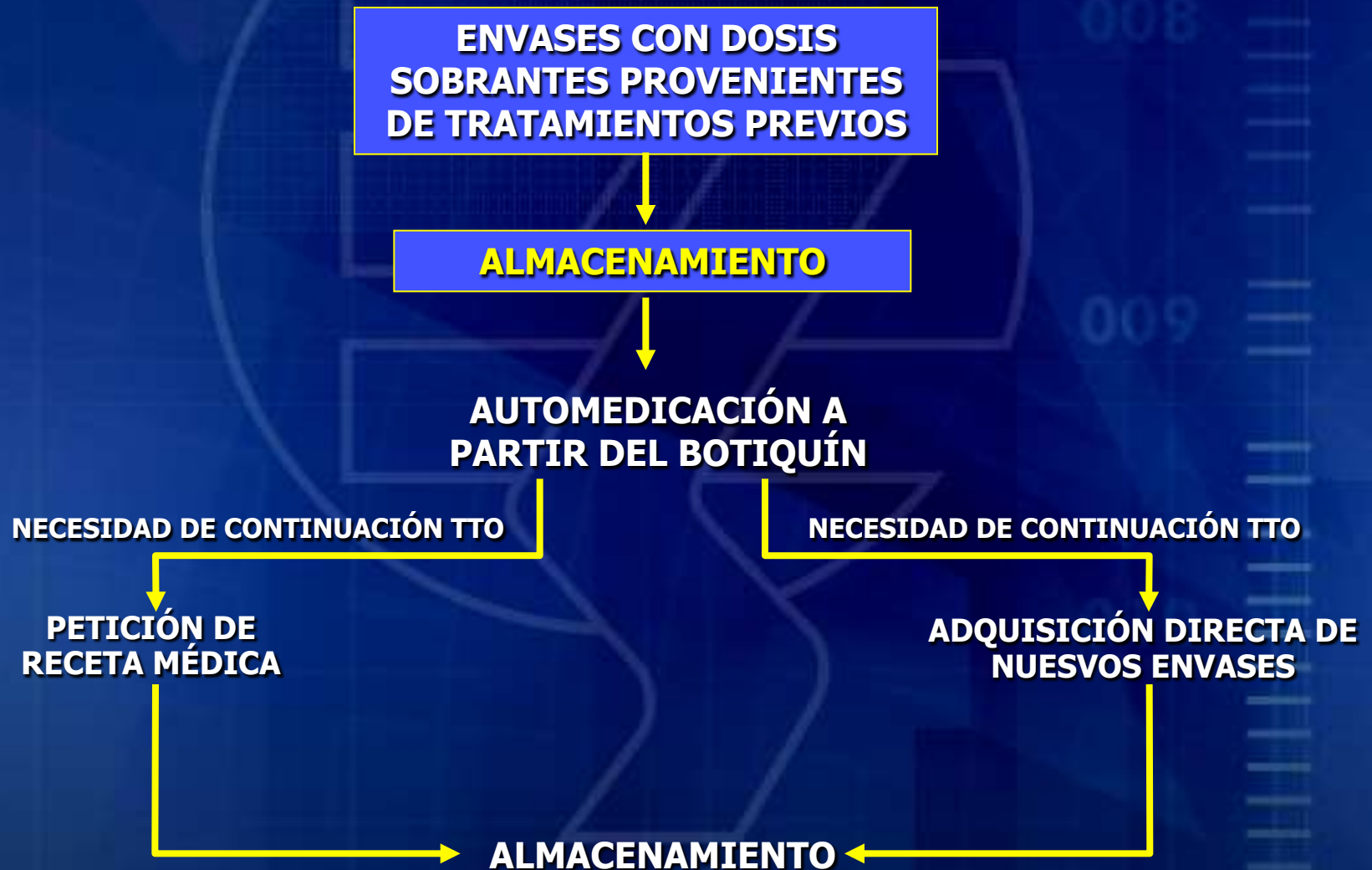
EL ARTE DE EJECUTAR EL TRATAMIENTO

AUTOMEDICACIÓN



EL ARTE DE EJECUTAR EL TRATAMIENTO

ALMACENAMIENTO EN BOTIQUINES CASEROS



EL ARTE DE INFORMAR

EL ARTE DE INFORMAR

LA INFORMACIÓN COMO MEDICAMENTO

“Este conocimiento nos hace más sabios y más memoriosos, pues se ha inventado como un fármaco de la memoria y de la sabiduría”

Platón (Fedro)



LA INFORMACIÓN Y EL USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO

→ Cada vez son más los autores que sostienen que sí los usuarios están bien informados:

- el potencial de uso racional es mayor que con las mejoras galénicas o farmacológicas
- la seguridad y la efectividad de los medicamentos son más elevadas.



→ 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.



La **INFORMACIÓN** es una parte intrínseca del medicamento y, en muchos casos, puede ser la forma más poderosa de diferenciación

PRODUCTO = **ESPECIALIDAD Fca.** + **INFORMACIÓN**
(Sistema Informático) (Hardware) (Software)



Soluciones



Resultados

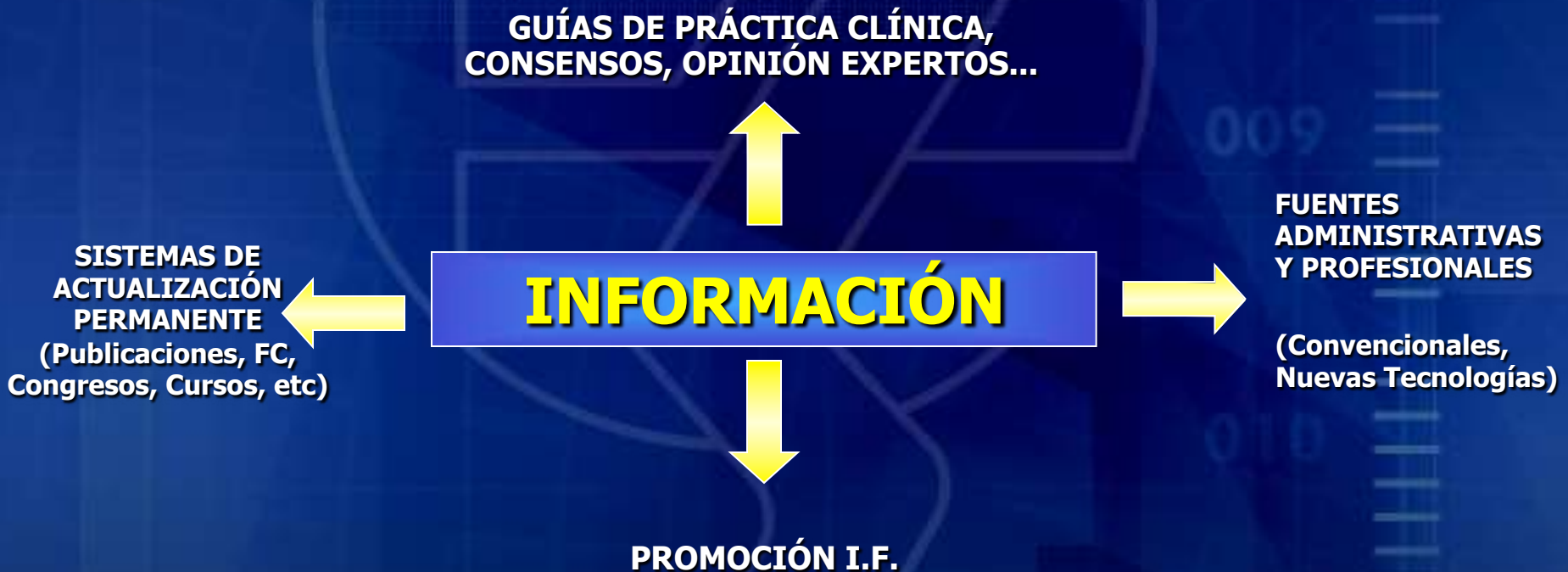


Conocimiento

PRODUCTO= ESPECIALIDAD F_{ca} + INFORMACIÓN

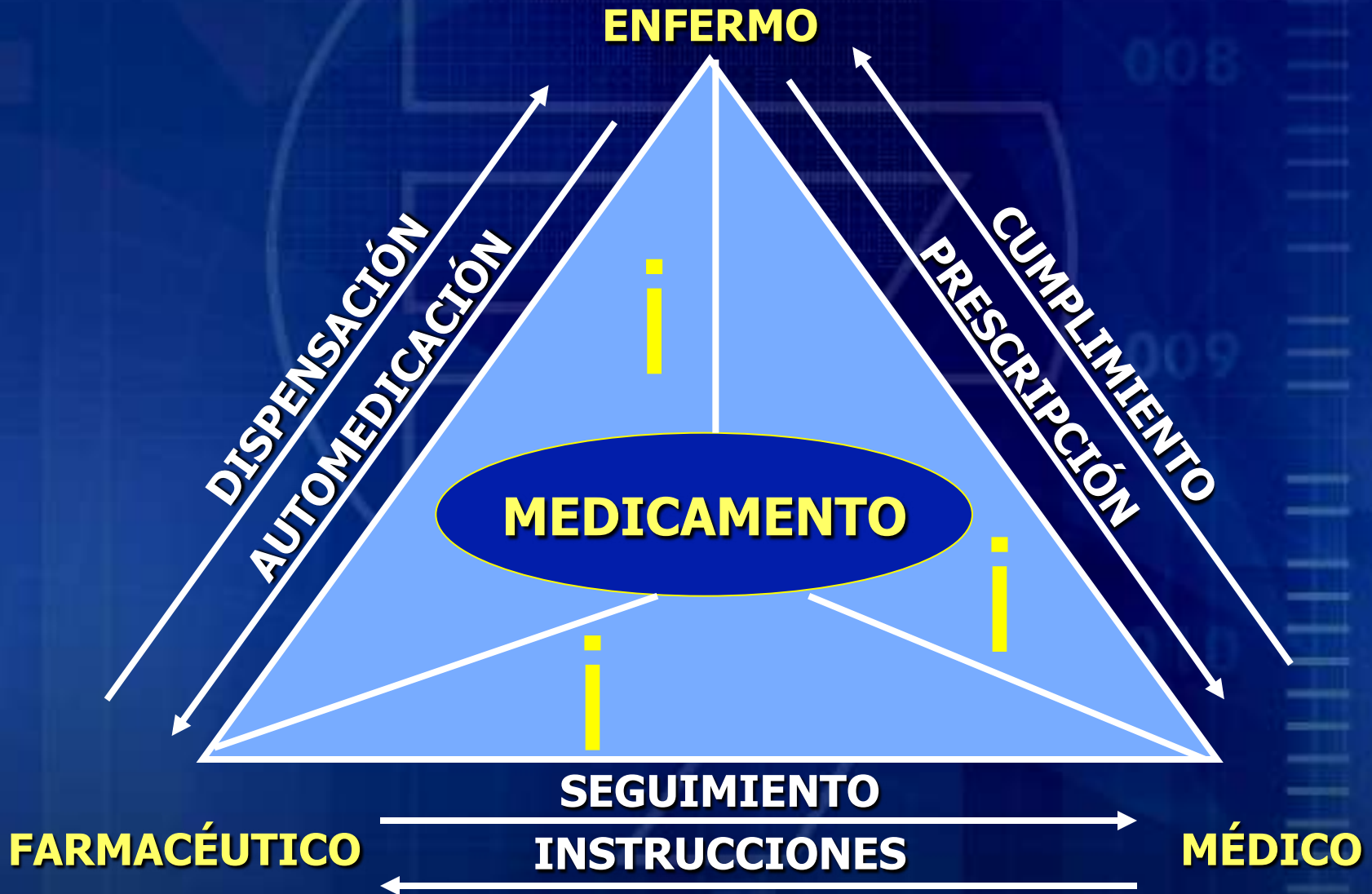


PRODUCTO= ESPECIALIDAD F_{ca} + INFORMACIÓN



EL ARTE DE EJECUTAR EL TRATAMIENTO

TRIÁNGULO DEL FACTOR HUMANO E INFORMACIÓN



EL ARTE DE INFORMAR

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.

EL ARTE DE INFORMAR

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).

EL ARTE DE INFORMAR

FARMACÉUTICOS

→ A LA HORA DE TRANSMITIR INFORMACIÓN A LOS FARMACÉUTICOS HAY QUE TENER EN CUENTA VARIOS HECHOS:

- Aunque la mayoría de los farmacéuticos define la farmacia como servicio, uno de cada tres antepone el concepto de empresa.
- La atención farmacéutica, además de mejorar la calidad de los tratamientos, mejora la gestión empresarial a medio y largo plazo.
- La dispensación activa evita la automedicación con AMB en 2 de cada 3 casos -9 de cada 10 en los casos de Infecciones Víricas de Vías Respiratorias Altas-.
- El seguimiento farmacoterapéutico permite detectar PRM en 1 de cada 10 pacientes que han recibido AMB.
- Los pacientes tienen carencias informativas en 3 de cada 10 peticiones de AMB.
- La Orden Ministerial de 7 de noviembre de 1985 subraya que los AMB son de obligada prescripción con receta médica, pero 1 de cada 4 peticiones en farmacia se realiza sin ella.

I. Programa Nacional de AF
Estudio Urano

EL ARTE DE INFORMAR

¿QUIÉN DEBE INFORMAR A LOS PACIENTES?

- **LA INFORMACIÓN A LOS PACIENTES SE DEBE ABORDAR DESDE UNA MÚLTIPLE PERSPECTIVA.**
 - **La del médico, el farmacéutico, el personal de enfermería.**
 - **La de la Administración Sanitaria.**
 - **La de los Medios de Comunicación.**
 - **La de la Industria Farmacéutica.**
- **LA INFORMACIÓN A LOS PACIENTES REQUIERE UNA SERIE DE ACTUACIONES SECUENCIALES Y COMPLEMENTARIAS.**

EL ARTE DE INFORMAR

PRINCIPALES FUENTES DE INFORMACIÓN SOBRE LOS MEDICAMENTOS



EL ARTE DE INFORMAR

INFORMACIÓN E INFORMATIZACIÓN DE LA SOCIEDAD

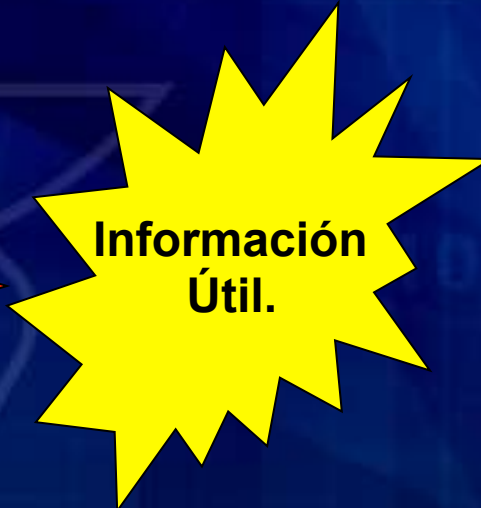
- La tecnología de las comunicaciones permite que, en la actualidad, mucha gente tenga acceso a mucha información de forma prácticamente inmediata, pero...
 ila acumulación de información no produce conocimiento!

Es más (U.Eco) :

“ un exceso de información puede llevarnos a una falta de información”

- La INFORMACIÓN como base del conocimiento ha de ser:

- ⇒ COMPRENSIBLE
- ⇒ PERSUASIVA
- ⇒ EVIDENTE
- ⇒ ÚTIL



EL ARTE DE INFORMAR

CÓMO DEBE SER LA INFORMACIÓN DEL MÉDICO AL PACIENTE

- INFORMACIÓN ÚTIL SOBRE LA ENFERMEDAD Y EL TRATAMIENTO.**
 - ¿Qué es y qué debe esperar de ...?
 - ¿Por qué debe cumplir el tratamiento?
 - ¿Cómo conseguir los mejores resultados

- LENGUAJE SIMPLE ENFATIZANDO LOS CONTENIDOS ESENCIALES DEL MENSAJE.**

- CUANDO MENOS SEAN LAS INSTRUCCIONES QUE SE DAN, MAYOR SERÁ LA COMPRENSIÓN Y EL NÚMERO DE LAS QUE SE RECUERDA.**

- NECESIDAD DE DAR INFORMACIÓN ÚTIL, TANTO DE FORMA VERBAL COMO ESCRITA.**

- EL MÉDICO HA DE PREGUNTAR SIEMPRE AL PACIENTE Y EVALUAR EL GRADO DE COMPRENSIÓN.**

EL ARTE DE INFORMAR

CÓMO DEBE SER LA INFORMACIÓN DEL MÉDICO AL PACIENTE

- INFORMACIÓN ÚTIL SOBRE LA ENFERMEDAD Y EL TRATAMIENTO.**
 - ¿Qué es y qué debe esperar de ...?
 - ¿Por qué debe cumplir el tratamiento?
 - ¿Cómo conseguir los mejores resultados
- LENGUAJE SIMPLE ENFATIZANDO LOS CONTENIDOS ESENCIALES DEL MENSAJE.**
- CUANDO MENOS SEAN LAS INSTRUCCIONES QUE SE DAN, MAYOR SERÁ LA COMPREENSIÓN Y EL NÚMERO DE LAS QUE SE RECUERDA.**
- NECESIDAD DE DAR INFORMACIÓN ÚTIL, TANTO DE FORMA VERBAL COMO ESCRITA.**
- EL MÉDICO HA DE PREGUNTAR SIEMPRE AL PACIENTE Y EVALUAR EL GRADO DE COMPREENSIÓN.**

EL ARTE DE INFORMAR

CÓMO DEBE SER LA INFORMACIÓN DEL FARMACÉUTICO AL PACIENTE

- ACLARACIÓN DE DUDAS.**
 - REFUERZO DE LA INFORMACIÓN DEL MÉDICO.**
 - DESACONSEJAR AUTOMEDICACIÓN CON MEDICAMENTOS DE Px.**
 - PERSUADIR PARA LA ELIMINACIÓN DE LOS “ALMACENES CASEROS”.**
 - DETECTAR RAM E INTERACCIONES MEDICAMENTOS.**
 - INFLUIR DECISIVAMENTE EN EL CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO.**
- ¡SER UN AUTÉNTICO FARMACÉUTICO DE CABECERA!**

EL ARTE DE INFORMAR

CÓMO DEBE SER LA INFORMACIÓN QUE ACOMPAÑA AL MEDICAMENTO

- INFORMACIÓN ÚTIL EN LOS PROSPECTOS (“PROSPECTOS ACTIVOS”).**
- TITULARES SUGESTIVOS (“TÉCNICA PUBLICITARIA”).**
- INCLUSIÓN DE GRÁFICAS SENCILLAS Y DIBUJOS DIDÁCTICOS.**
- MENSAJES CONSTANTES Y PERSUASIVOS ACERCA DE:**
 - Almacenamiento.**
 - Automedicación.**
 - Cumplimiento.**
- ENFASIS EN EL USO CORRECTO Y SU REPERCUSIÓN EN OTRAS PERSONAS (RESISTENCIAS).**

EL ARTE DE INFORMAR

LA INFORMACIÓN EN LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN

→ LA OMS RECOMIENDA SU IMPLICACIÓN EN LA EDUCACIÓN SANITARIA EN LO QUE RESPECTA A URM.

→ LA REALIDAD ES QUE, EN LA ACTUALIDAD, LAS INFORMACIONES SOBRE MEDICAMENTOS CON CARÁCTER EDUCATIVO REPRESENTAN MENOS DEL 1%.

→ ES NECESARIO EXPLICAR:

- Qué son
- Cómo actúan
- Cómo deben utilizarse
- Cómo administrarlos correctamente
- ...

ES NECESARIO CONCIENCIAR A LOS PERIODISTAS SANITARIOS E INSTRUIRLOS EN LA INFORMACIÓN ÚTIL AL PACIENTE

EL ARTE DE INFORMAR

LA GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO



The image cannot be displayed. Your computer may not have enough memory to open the image, or the image may have been corrupted. Restart your computer, and then open the file again. If the red x still appears, you may have to delete the image and then insert it again.

→ Los griegos concibieron de forma muy simple el **CONOCIMIENTO**:

El dios Mercurio cogía la idea apropiada del cerebro del que hablaba y la introducía con la punta de su lanza en el cerebro del que escuchaba.

... Sin embargo, el **CONOCIMIENTO** no es un proceso tan sencillo:

→ **EL CONOCIMIENTO** se fundamenta en:

- *la información*

Se genera mediante:

- *la comunicación*

Y da lugar a la elaboración de:

- *un sistema de creencias*



EL ARTE DE INFORMAR

PIRÁMIDE DEL CONOCIMIENTO



El conocimiento tiene dos dimensiones:

- **INTERNA O TÁCITA** (Fruto de la Experiencia, el saber y la creatividad)
- **EXTERNA O SOPORTADA** (La contenida en Libros, Documentos, Guías, etc.)

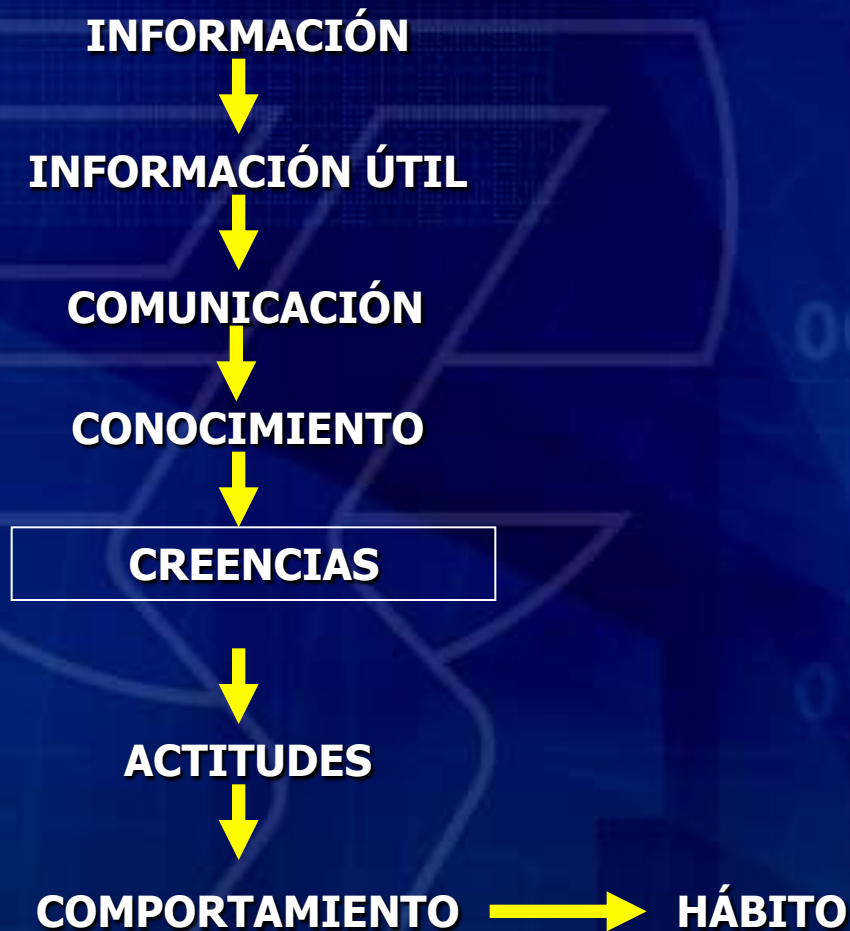
EL ARTE DE INFORMAR

LA GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO

- Las **CREENCIAS** (asentimiento, conformidad y crédito que se tiene de las cosas) son las que mueven a las personas a actuar y comportarse de una determinada manera.
- Las **CREENCIAS** nacen de la persuasión (verosimilitud).
- En medicina, las creencias han de estar soportadas por la evidencia científica y ser técnicamente útiles.

EL ARTE DE INFORMAR

LA GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO



EL ARTE DE INFORMAR

LA GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO

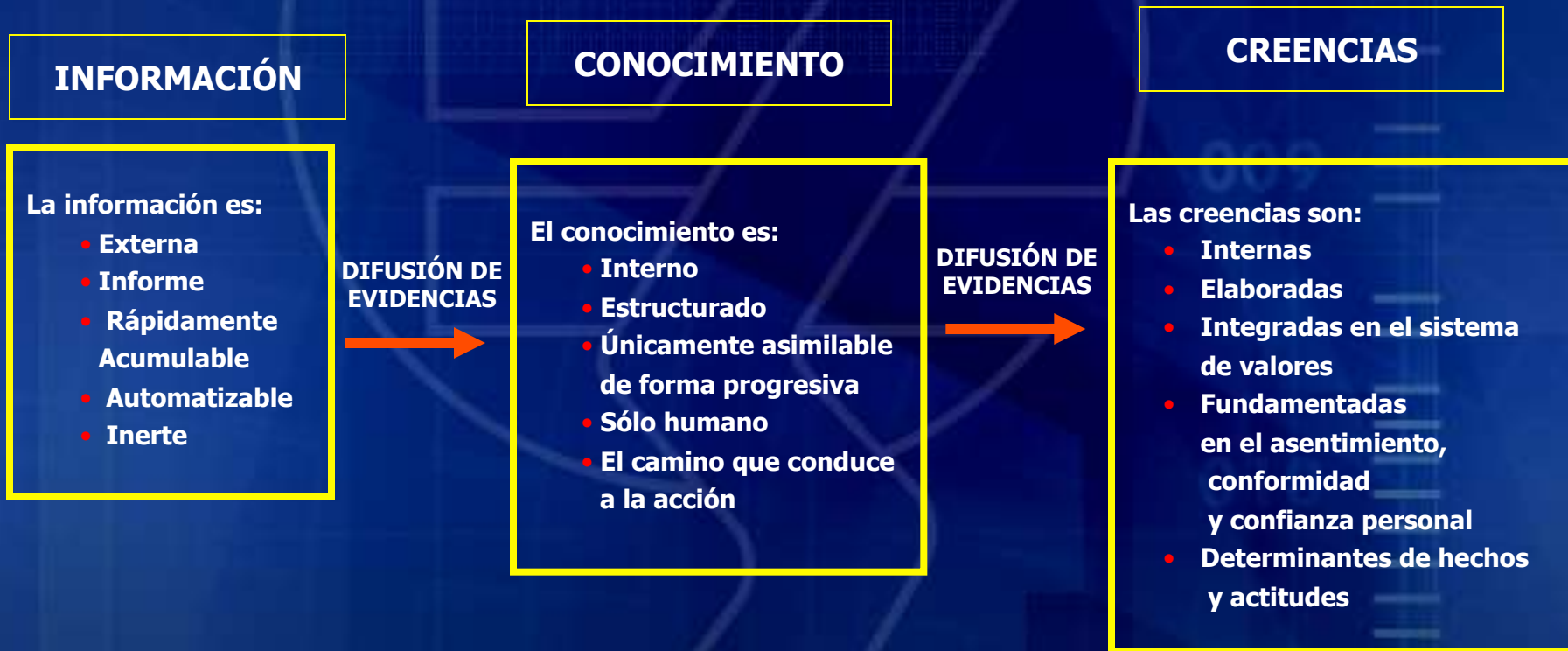
→ LAS CREENCIAS NO SE CONSIGUEN CON LA DIFUSIÓN DE INFORMACIÓN PUNTUAL, SINO MEDIANTE UNA COMUNICACIÓN INTEGRAL.

→ LA COMUNICACIÓN INTEGRAL NECESITA:

- Creación de un concepto útil y verosímil
- Duración en el tiempo
- Presencia física
- Utilización de medios y recursos

EL ARTE DE INFORMAR

¿CÓMO TRANSFORMAR LA INFORMACIÓN EN CREENCIAS



EL ARTE DE INFORMAR

VENTAJAS DE UN PROGRAMA DE GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO

- REFUERZA EL CONCEPTO DE "BIENESTAR DEL PACIENTE", NO SÓLO SU SATISFACCIÓN
- ENFATIZA EL HECHO QUE EL PRODUCTO FARMACÉUTICO NO ES ÚNICAMENTE EL MEDICAMENTO, SINO LA SOLUCIÓN DE UN (VARIOS) PROBLEMAS
- APOYA EL MODELO DE BENEFICIO-AUTONOMÍA, QUE SUBRAYA EL PAPEL DECISOR DEL PACIENTE, EN DETRIMENTO DEL MODELO TRADICIONAL PATERNALISMO-OBEDIENCIA CADA VEZ MÁS EN DESUSO.
- POTENCIA EL CONCEPTO DE QUE UN USUARIO **BIEN** INFORMADO ES EL MEJOR ALIADO DEL USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO

EL ARTE DE INFORMAR

LA GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO



Lo que diferencia al hombre de nuestro tiempo es el uso racional del medicamento

**“Es de esperar que la humanidad acabara venciendo”
(W. Goethe)**