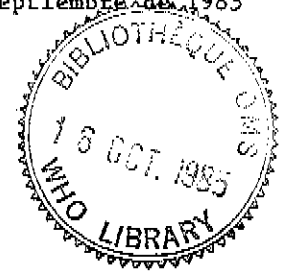




CONFERENCIA DE EXPERTOS SOBRE USO
RACIONAL DE LOS MEDICAMENTOS

25 - 29 de noviembre de 1985, Nairobi (Kenya)

Punto 2 del orden del día



DISTRIBUCION, PRESCRIPCION Y USO DE LOS PRODUCTOS FARMACEUTICOS¹

INDICE

	<u>Página</u>
Distribución de medicamentos	2
Uso apropiado de medicamentos: prácticas de prescripción y problemas de inobservancia de las instrucciones	5
Prescripción excesiva	6
Prescripción en cantidades inadecuadas	7
Prescripciones incorrectas	7
Una distribución más eficaz de los medicamentos	12
El uso racional de los medicamentos	13
Control de los medicamentos	14
Control de quienes prescriben	14
Control de los pacientes	14
Métodos de persuasión	15
Bibliografía	17

¹ El Director General agradece la valiosa colaboración de S. J. Fabricant, D.C., Consultor en Gestión Sanitaria, del Dr. Norbert Hirschhorn, John Snow International, Boston, Mass., Estados Unidos de América, y de la Sra. P. Brudon-Jakobowicz, Especialista científica del Programa de Acción sobre Medicamentos Esenciales, OMS, en la preparación del presente documento

DISTRIBUCION, PRESCRIPCION Y USO DE LOS PRODUCTOS FARMACEUTICOS

1. No menos del 75% del consumo mundial de medicamentos corresponde a los países desarrollados y el 25% restante a los países en desarrollo, en los que viven tres cuartas partes de la humanidad. Además, en los países desarrollados cada habitante gasta anualmente más de 50 dólares en medicamentos, mientras en los países en desarrollo el promedio es de 6 dólares (1). Este profundo desequilibrio entre el Norte y el Sur es una de las expresiones de la malformación del mundo: mientras millones de seres humanos sufren por falta de medicamentos, otros millones, que en su mayoría habitan en otro hemisferio, consumen demasiados.

2. En este documento se examinan algunos de los problemas y algunas de las soluciones.

Distribución de medicamentos

3. La finalidad de los sistemas de distribución consiste en hacer que los medicamentos necesarios para atender las necesidades de salud de la población, se encuentren siempre disponibles en todos los lugares del país, y en todos los niveles de los servicios de salud. Los países desarrollados han creado, poco a poco, esos sistemas de conformidad con sus necesidades; los medicamentos autorizados por los órganos competentes se distribuyen a través de intermediarios comerciales y de las farmacias.

4. En algunos países desarrollados la distribución geográfica de las farmacias está regulada por la ley conforme a criterios tales como el de la densidad de la población atendida, la distancia entre farmacias o los medios de transporte (2). Para que los pacientes que habitan en zonas poco pobladas tengan acceso a los medicamentos, las autoridades conceden una remuneración especial a los farmacéuticos cuyos ingresos son muy bajos; así ocurre, por ejemplo, en Dinamarca, Italia, Noruega y el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte (3).

5. La situación es totalmente diferente en los países en desarrollo. Tomando como base varios episodios realmente ocurridos en esos países, se describe a continuación la cadena de acontecimientos que se puede producir. Los informes obtenidos en uno de esos casos sobre la escasez de medicamentos esenciales (adquiridos a granel por un organismo que no persigue fines de lucro), conducen al descubrimiento de que el vagón en el que se transportan la mitad de los suministros del año se encuentra todavía en las aduanas por discrepancias surgidas con el Ministerio de Finanzas sobre los derechos de despacho y estadía. Conseguido el despacho de aduanas, una jaula de embalaje, que contiene recipientes de polvo de tetraciclina, cae de uno de los camiones de los almacenes centrales, durante un temporal de lluvia. Algunos de los recipientes se recuperan, aunque desde luego muy mojados, y otros se encuentran más tarde en bazares donde el contenido se vende a la clientela como un polvo contra la diarrea, en unos sobres transparentes. Entretanto, alguien mide la temperatura interior de los camiones que transportan los medicamentos a lejanos centros de salud, para llegar a los cuales se necesitan tres días de viaje por una zona tropical, y observa que el termómetro marca 82°C. Nadie pregunta qué medicamentos se han estropeado o se han convertido en tóxicos. Como los medicamentos son artículos valiosos, los robos sufridos en los muelles portuarios y a lo largo del camino merman las existencias. Lo que queda de los medicamentos se asigna entonces a los centros de salud dividiendo el total disponible por el número de centros. En una inspección llevada a cabo poco después se comprueba que los centros de las zonas muy pobladas han consumido su cuota anual de medicamentos en tres meses, mientras en los centros de las zonas remotas y

poco pobladas se iban acumulando los envíos. Los pacientes dejan de acudir a los centros en los que los medicamentos se han agotado y toda la red de servicios rurales de salud se disloca (4).

6. Otro cuadro de interés es el que se encuentra en el principal hospital docente, de un país azotado por la sequía, centro en el que se reciben tantos medicamentos como en la totalidad de la red de servicios rurales de salud, aunque el hospital sólo atiende al 5% de la población. Las sales de rehidratación oral, suministradas por el gobierno, no llegan a los dispensarios de las aldeas desde hace varios meses, debido a que los camiones del Ministerio de Salud tienen poco combustible y muy pocas piezas de recambio. Sin embargo, una marca muy conocida de sulfametoxazol-trimetoprima, un antimicrobiano útil, y algunos medicamentos antidiarreicos ineficaces, se encuentran incluso en núcleos de población de 10 000 habitantes a los que han sido transportados por camiones privados (5).

7. Estas estampas de situaciones reales muestran que los sistemas de distribución de los países en desarrollo rara vez responden a las necesidades de medicamentos de la población, especialmente en lo que se refiere a los medicamentos esenciales. ¿Por qué ocurren estas cosas, tanto en países en que los sistemas de distribución están enteramente controlados por el gobierno, como en Malí (6) o en Guinea (7), como en los que coexisten servicios del sector público y del sector privado, que es lo que ocurre en el Camerún (8) o en Kenya?

8. La notoria ineficacia del sector público se explica por diversas razones. Una de ellas es la escasa asignación presupuestaria que recibe el Ministerio de Salud para la compra de medicamentos; en cierto número de países en desarrollo la asignación para la salud no es más de 1-2% del producto nacional bruto, y aunque una proporción considerable se gaste en medicamentos la cifra continúa siendo insuficiente. Asimismo, aunque muchos países hayan aceptado el concepto de medicamentos esenciales y establecido listas de esos productos, una parte de sus recursos para salud se sigue destinando a la compra de productos farmacéuticos que no responden a las necesidades prioritarias de la población.

9. Otra razón de la ineficacia del sector público es que algunos países en desarrollo deben importar todos los medicamentos que utilizan, ya que no disponen de una industria manufacturera propia. Las divisas de que disponen son escasas y para conseguirlas los medicamentos han de competir con otros artículos que, a veces, son de mayor valor estratégico para los gobiernos.

10. La mayoría de los sistemas de salud continúan orientados hacia los servicios curativos y los pocos medicamentos disponibles en los países en desarrollo se destinan al suministro de hospitales más bien que al de otros sectores de los servicios de salud (10). Esta distribución injusta se acentúa cuando cada escalón de los servicios de salud distribuye medicamentos al escalón inferior; los centros de salud, especialmente los dispensarios que ocupan el último lugar para recibir suministros, consiguen muy poco o nada.

11. La ineficacia de los sistemas de suministro y distribución es otro de los factores que contribuyen a la escasez de medicamentos esenciales. Las razones de esa ineficacia son complejas y, en parte, puramente técnicas, derivadas de la falta de recursos, de la escasez de personal, y de cierta mentalidad burocrática que da a los preceptos administrativos un lugar preferente al de la iniciativa y el sentido de la responsabilidad. He aquí el resultado de todo esto:

- hay que esperar años para que se haga entrega de los productos pedidos, en la mayoría de los casos por la complejidad del laberinto administrativo;

- los sistemas de información no funcionan y, en consecuencia, por ejemplo, no se pueden calcular las cantidades de medicamentos que son necesarias;
- las condiciones de almacenamiento son malas y los medicamentos no están protegidos contra el sol, la lluvia o el robo;
- el transporte no está debidamente organizado y, como no se dispone de fórmulas alternativas para llevarlo a cabo, no se piensa en buscar soluciones.

12. En todos los niveles de los servicios de salud se tropieza con la ineficacia y no se vigila la situación relativa a los medicamentos ni se registra debidamente la información con ella relacionada. En una gran parte (casi el 30% en algunos casos) los medicamentos son utilizados por el personal de salud para sus propios fines (11), y las condiciones de almacenamiento son, con frecuencia, defectuosas. Esta situación tiene consecuencias desastrosas para los servicios de salud periféricos que, en muchos países, han perdido toda credibilidad; por carecer de medicamentos, los dispensarios rurales ya no son frecuentados por la población, pero el gobierno continúa pagando los sueldos del personal que, al no contar ni con la atracción que ejercen los medicamentos, no tiene ni la posibilidad de llevar a cabo una labor de educación sanitaria (12).

13. Por otra parte, el sector privado está, en general, expandiéndose; en el Camerún, en 1978 distribuyó el 75% de los medicamentos, en lugar del 60% que había distribuido en 1976, y sus ventas se quintuplicaron en dos años (13). Este sector, que está integrado por farmacias y puestos de venta de productos farmacéuticos, puede comprar medicamentos de un organismo gubernamental que tiene el monopolio de la importación, como en Argelia, o adquirirlos directamente de abastecedores extranjeros o de mayoristas locales, como en el Camerún. En el primero de los casos la variedad de medicamentos distribuidos por las farmacias y los puestos de venta está teóricamente bajo el control del gobierno; pero en la práctica en algunos de los países ese control se ejercita muy poco para asegurarse de que los medicamentos satisfacen adecuadamente las necesidades de salud.

14. El sector privado, que actúa con fines de lucro, es mucho más eficaz que el sector público, pero en los países en desarrollo sufre grandes desventajas:

- porque, debido a la debilidad de las medidas de control, medicamentos de dudosa eficacia, e incluso a veces peligrosos y con frecuencia no esenciales (tónicos, productos multivitamínicos, etc.), son objeto de una firme promoción, con lo que se acentúa la demanda y se ha de consumir en ellos una parte de las escasas divisas disponibles (14).
- los medicamentos que se venden en las farmacias son por regla general productos de marca y costosos, por lo que no resultan accesibles para la mayoría de la población (15).
- la mayoría de los farmacéuticos no quieren establecerse en las zonas rurales en las que el poder adquisitivo es bajo, y así se perpetúa la desigualdad en la distribución de los medicamentos.

15. Por las deficiencias de ambos sectores y su incapacidad para atender las necesidades de la población, algunos gobiernos han creado un sector paragubernamental con la finalidad, como en el caso del Togo, de desarrollar una forma de distribución no exclusivamente comercial, que lleve a las zonas rurales un suministro de medicamentos adecuado. Estos organismos paragubernamentales (Togopharma, la Oficina Nacional de Farmacia de Benin, etc.) tienen a su cargo la compra y distribución, por

medio de puestos de venta farmacéuticos, de un número limitado de medicamentos esenciales que se venden al público a bajo precio. En muchos casos, no se ha logrado el objetivo inicial, y los organismos en cuestión han ampliado la variedad de sus productos y han distribuido algunos medicamentos que relativamente son inesenciales (16). La razón principal es que todos estos medicamentos se venden con facilidad y constituyen una fuente de ingresos para el gobierno.

Uso apropiado de medicamentos: prácticas de prescripción y problemas de inobservancia de las instrucciones

16. "Los medicamentos modernos son armas tan potentes que la responsabilidad de su producción y uso inocuos no se puede dejar ya por completo en manos de quien los fabrica y los prescribe" (17). "Los médicos deben tener en cuenta que, con mucha frecuencia, los pacientes no dicen la verdad cuando afirman que han tomado sus medicinas" (18).

17. Si bien los problemas de la distribución de medicamentos son enteramente diferentes en los países desarrollados y en los países en desarrollo, los problemas del uso de medicamentos, ya sea por prescripción facultativa o por automedicación, son relativamente similares en ambos casos. De ellos se pueden citar los siguientes ejemplos:

- una mujer de cuarenta y tantos años va al médico. "Doctor, me siento muy fatigada y no me intereso por nada. Por las noches, cuando los niños están ya en la cama y la casa está en orden no puedo leer ni preparar las cosas para el día siguiente; ni siquiera puedo dormir." El médico prescribe vitaminas, un tranquilizante y un hipnótico suave.
- una mujer, cubierta por un velo y acompañada por un pariente, está de pie en una clínica llena de gente. "¿Qué le ocurre a usted?", le pregunta el médico sin mirarla siquiera. Las lamentaciones son de tipo muy corriente: un dolor generalizado en la espalda y en el pecho, palpitaciones, mareos y "una gran agitación". El médico diagnostica beriberi y reumatismo y prescribe vitamina E, inyecciones de vitamina B y analgésicos (19).
- los hombres de una aldea mejicana acuden a la casa de un ayudante de farmacia que ha recibido un nuevo suministro de un producto salino intravenoso, "vida artificial", en el que ellos tienen gran fe. Todos se sienten más fuertes después de la infusión (20).
- un pediatra examina a un niño con diarrea y prescribe una combinación de antibióticos, un astringente y un líquido para rehidratación. "Pero doctor - dice la madre -, es que el niño tiene diarrea desde hace muchos días." El médico añade un medicamento antidiarreico y vitaminas. Este es el tercer médico consultado y el niño tiene ahora un total de doce medicamentos, algunos químicamente idénticos pero en cajas de diferentes colores y con etiquetas que indican su origen extranjero. En esas doce preparaciones se encuentran siete productos antimicrobianos diferentes. En los días siguientes, al niño se le administran dosis intermitentes de algunos de los medicamentos, porque la madre, con ayuda de algunas vecinas, trata de dar a su hijo el medicamento más apropiado para esta enfermedad tan "aguda". A medida que los excrementos van cambiando de color y consistencia, la madre aplica diferentes terapias (21).

- un niño está enfermo, y tiene fiebre y tos. Los padres, que son demasiado pobres para consultar a un médico, tratan diversos remedios caseros y cambios en la dieta, y consultan a un curandero para que les dé amuletos. Por último, le administran unas tabletas que hay en una caja roja procedente de una enfermedad anterior que quizás fue parecida (22).
- en un hospital universitario de un país desarrollado, un internista recoge con el mayor detalle la historia clínica de un hombre de 45 años, que es ejecutivo de ventas en una empresa y se queja de fatiga y de un ligero dolor en el pecho y en los brazos. Ni del examen físico ni de las pruebas de laboratorio se desprende nada concretamente, pero es obvio que el paciente está tenso y que su presión sanguínea sistólica se aproxima al límite máximo de lo normal. El internista prescribe un cardiotónico, y un antihipertensivo, un diurético y un tranquilizante, que el paciente toma durante unos pocos días y luego olvida en un armario (23).

18. Estos casos muestran que el personal médico y otras personas que formulan prescripciones distan mucho de utilizar los medicamentos racionalmente. Los motivos de esta situación son muchos y complejos.

19. En todos los países se observa un constante aumento en el consumo de medicamentos. En el Reino Unido, el número de prescripciones del Servicio Nacional de Salud aumentó en un 22%, entre 1974 y 1977, o sea a un ritmo mucho mayor que el aumento de la población. En los Estados Unidos el número de prescripciones por cabeza aumentó de 2,4 al año, en 1950, a 7,2, en 1977 (25). En Francia, el consumo de medicamentos aumenta como término medio en un 13% al año (26). ¿Se ha de llegar, por eso, a la conclusión de que la gente está más sana? Hay muchos indicios que proyectan dudas sobre esa conclusión; las razones para incrementar el consumo de medicamentos se han de buscar más bien en las prácticas de prescripción y en la atracción que los medicamentos ejercen.

20. Es mucho lo que se ha escrito sobre las prácticas de prescripción. Los principales problemas son: la prescripción excesiva - se prescribe un medicamento cuando no es necesario o cuando no existe una indicación médica para que se use -; la prescripción inadecuada - no se prescriben medicamentos o no se prescriben en cantidad suficiente -; y la prescripción incorrecta - el medicamento no es el correspondiente al diagnóstico o es ineficaz - (27).

Prescripción excesiva

21. Un estudio llevado a cabo en siete países europeos muestra que hay diferencias muy acentuadas en la utilización de medicamentos antidiabéticos, especialmente en las preparaciones orales. No se dispone de datos que sugieran que la incidencia de diabetes difiera entre los países tan acentuadamente como la utilización de medicamentos (28). Otro estudio comparativo ha puesto de relieve que los pacientes hospitalizados en los Estados Unidos reciben el doble de medicamentos que los pacientes hospitalizados en Escocia (29). Se observa una variación de parecida magnitud en los países nórdicos, en la prescripción de productos contra la hipertensión, variación que no se puede explicar por diferencias en la morbilidad ni en la formación de quienes prescriben ni en la información con que éstos cuentan (30). Mientras el número de medicamentos por prescripción suele ser de 2 en Suiza (31), en los hospitales del sur del Brasil es de 8,6 (32), de 3, por lo menos, en Túnez (33), y en Kenya (34),

y de 5 en la mayoría de los centros de salud del Camerún (35). En Francia, en 1983, de cada cuatro prescripciones una era de antibióticos, en el 57% de los casos para infecciones respiratorias de origen viral que no responden a los antibióticos (36).

22. El volumen de ventas de ciertos medicamentos es muy superior a la incidencia de las enfermedades a las que se supone que están destinados. Skegg ha puesto de manifiesto, en una población de 40 000, que el 33% de las mujeres, de 45 a 59 años de edad, recibían tranquilizantes, mientras que la proporción para hombres de todas las edades era del 9,7% (37). Como se indica en un anuncio de la industria farmacéutica, ésta es una manera de producir "un paciente con menos exigencias y quejas" (38). Todos estos estudios coinciden en la conclusión de que para una proporción considerable de la población de los países desarrollados el consumo de medicamentos se ha convertido en un hábito, alentado con frecuencia por la profesión médica y la industria farmacéutica. La demanda de medicamentos por la población está muy poco en armonía con las necesidades reales, y la polifarmacia resultante no carece de consecuencias económicas - despilfarro de fondos públicos y privados -, consecuencias sociales - medicalización de la sociedad - y consecuencias para la salud. En el estudio comparativo antes mencionado, el 26% de los pacientes norteamericanos que consumían medicamentos sufrieron efectos secundarios, mientras entre los pacientes escoceses esa proporción fue del 15%. Según Steel y sus colaboradores (39), en un 18% a un 30% de los pacientes hospitalizados se producen efectos secundarios; el 80% de esos efectos se podría evitar y se debe a la falta de conocimientos terapéuticos en quienes prescriben (40). Las enfermedades iatrogénicas causadas por medicamentos, que en la mayoría de los casos han sido recetados por médicos, son el origen del 20% de las admisiones en los servicios de hospital de los Estados Unidos (41).

Prescripción en cantidades inadecuadas

23. En los países desarrollados es difícil citar ejemplos exactos de prescripción en cantidades inadecuadas, pero al parecer se da este hecho en cuanto a ciertos tipos de medicamentos (42). En los países en desarrollo no siempre se dispone de medicamentos o se dispone de ellos en cantidades tan reducidas que quien prescribe da partes muy pequeñas a cada paciente, con lo que en muchos casos se favorece el desarrollo de resistencia a los medicamentos. Muchos estados patológicos comunes, pero graves, han dejado de responder a medicamentos, salvo a los denominados de segunda línea, que en general son más costosos (43).

Prescripciones incorrectas

24. Las prescripciones incorrectas son también una de las mayores causas del desarrollo de resistencia a los medicamentos. Son probablemente la forma más común de prescripción irracional y tiene por lo menos dos aspectos: o bien el medicamento prescrito es ineficaz o de dudosa eficacia para la afección de que se trate, o bien, aunque sea un producto farmacológicamente activo, se administra en circunstancias que no son adecuadas.

25. Según Kunin y sus colaboradores (44), en los Estados Unidos se administran indebidamente antibióticos a más del 60% de los pacientes hospitalizados. Sobre el abuso de los antibióticos se ha escrito mucho, pero los antibióticos no son el único tipo de medicamento que se prescribe indebidamente. También en los Estados Unidos,

en un 20-40% de los casos (45,46), el tratamiento que se prescribe no está de acuerdo con el diagnóstico. En Francia, después de analizar unas 500 prescripciones, se llegó a la conclusión de que el 35% contenían anomalías: en 31 de ellas se encontraba presente el mismo principio activo en varios medicamentos, 23 contenían sustancias antagónicas (por ejemplo, estimulantes y sedantes), y 41 (8,3%) constituían un posible peligro para el paciente (47). El mismo problema existe en España pues, en 1980, el segundo medicamento antimicrobiano que había en el mercado era una combinación de penicilina G, estreptomina, dehidroestreptomina, albuminoides, etc., y se decía de él que proporcionaba una "inmunoterapia no específica". El quinto medicamento en la misma clase era una mezcla de tetraciclina, sulfadiazina, dexametasona, trifluorometilprometazina, benzoato de sodio y bálsamo de tolu (48). En la India, un estudio reciente llevado a cabo en Hyderabad mostró que el 16% de los médicos prescribían, al mismo tiempo, varias preparaciones vitamínicas que contenían los mismos ingredientes y que más del 30% de las recetas contenían un antibiótico (49). Se podrían citar otros muchos ejemplos, pero sólo servirían para reforzar la conclusión de que tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo las prescripciones distan mucho de responder a los criterios científicos establecidos por las ciencias terapéuticas.

26. Un segundo problema que se ha puesto de relieve es el relativo al uso de medicamentos por los pacientes, tanto si se trata de medicamentos recetados como de los adquiridos para automedicación. De poco sirven un buen diagnóstico y un tratamiento apropiado si el paciente no sigue las instrucciones que se le dan. El hecho de que no se siga el tratamiento prescrito se considera hoy un problema importante en los servicios de salud de los países desarrollados y de los países en desarrollo; éste ha sido el tema de más de un millar de publicaciones, en su mayoría anglosajonas, y un examen reciente de esos textos indica que la tasa de acatamiento de lo prescrito es aproximadamente del 50% y va disminuyendo con el tiempo (50). Otro análisis muestra que del 30% al 75% de los pacientes no toman todos los medicamentos que se les prescriben, no los toman en las dosis prescritas o los usan indebidamente; y el 40% de los errores puede ser dañoso (51). Si los pacientes no usan en debida forma los medicamentos eficaces que se les prescriben, el resultado será el fracaso del tratamiento curativo o preventivo y puede incluso tener efectos negativos para el paciente y para la sociedad, tales como el desarrollo de cepas resistentes, o el costo económico.

27. La automedicación es un fenómeno que se da en todas las sociedades y que tiende a aumentar en los países industrializados, como lo demuestra el aumento en el número de libros dedicados a este tema. En un estudio de la OMS, llevado a cabo en Canadá, se puso de manifiesto que el 50% de la población observada había tomado medicamentos en las 48 horas anteriores a la investigación, la mitad de los cuales no habían sido prescritos por médicos (52). Si bien en ciertos casos la automedicación es deseable, en otras ocasiones puede tener efectos negativos para el consumidor, ya que la forma de acción de los medicamentos pocas veces se conoce bien, la longitud del tratamiento resulta difícil de juzgar (53), y con mucha frecuencia las etiquetas de los fabricantes no dan datos suficientes para seguir un tratamiento apropiado. También puede ponerse en duda la racionalidad de la automedicación, pues la Academia Nacional de Ciencias de los Estados Unidos ha llegado a la conclusión de que solamente un 42% de las 400 preparaciones de venta libre que se estudiaron eran eficaces o probablemente eficaces (54).

28. ¿Cómo se puede explicar que, en no más de tres decenios, los medicamentos hayan adquirido tanta variedad y estén en tan grandemanda a la vez que, por otra parte, se utilizan tan mal? ¿Cómo se pueden explicar las diferencias que, en países similares, se observan en la forma de prescribir? ¿Por qué son tantas las prescripciones que no se ajustan a ninguna norma terapéutica satisfactoria? ¿Por qué, a pesar de la atracción

que ejercen los medicamentos, los pacientes siguen tan mal el tratamiento que se les ha indicado? ¿Por qué, a pesar de los muchos esfuerzos que se han hecho para mejorar el uso de los medicamentos, la situación dista tanto de ser satisfactoria?

* * *

29. En realidad, cuando un médico prescribe un medicamento a un paciente, aparte de las propiedades bioquímicas que el producto pueda tener, entran en juego otros muchos factores y se inicia un proceso que Mazzullo ha calificado de "las bases no farmacológicas de la terapéutica" (55). El médico está en primer lugar bajo la influencia de la formación profesional que ha recibido en terapéutica, una formación que explica en parte la existencia de escuelas o hábitos terapéuticos que crean ciertas diferencias regionales o nacionales. La formación que el médico recibe debe proporcionarle la base necesaria para el ejercicio de su profesión. Sin embargo, de acuerdo con algunos estudios, "la falta de conocimientos y de perfeccionamiento en el uso terapéutico apropiado de los medicamentos es quizá la mayor de las deficiencias del médico medio norteamericano de hoy en día" (56), y no hay ninguna razón para pensar que la situación pueda ser algo mejor en el resto del mundo. Sencillamente, son muchos los casos en que el médico no está en condiciones de elegir el mejor medicamento para su paciente. En muchos países no se practica el sistema de la educación continua (57) y esto reduce el efecto positivo que podría tener la formación para prescribir. Muchos estudios indican que la formación tiene un efecto positivo en cuanto a la calidad de la prescripción (58).

30. Los esfuerzos de promoción de la industria farmacéutica desempeñan un papel considerable. Las empresas multinacionales producen un gran número de medicamentos, muchos de los cuales añaden poco al arsenal terapéutico. Un examen del volumen 25 de una publicación científicamente objetiva como Medical Letter (Medical Letter Inc., New Rochelle, EE.UU.) muestra que se analizaron 10 nuevos productos que eran bioquímicamente parecidos a productos ya existentes. Se estimó que dos de ellos representaban una mejora; seis no aportaban ningún nuevo beneficio y resultaban más costosos; y se consideró que dos eran menos eficaces. En los Estados Unidos existen 94 antibacterianos genéricos; la Medical Letter recomienda 31 como de primera línea, y luego sólo 13 que no necesitan pruebas complejas de diagnóstico para ser debidamente utilizados (59). Todos estos medicamentos se promocionan mediante actividades bien concebidas. Según se desprende del análisis de 14 estudios cuantitativos realizados entre 1940 y 1964, la promoción parece ser el factor que influye más en las prescripciones médicas (60); y Hemminki llegó a las mismas conclusiones, señalando el papel de los representantes de ventas (61). Un estudio llevado a cabo en Suiza, en 1978, mostró la existencia de una relación importante entre los ingresos producidos por un medicamento o grupo terapéutico y el número de páginas de publicidad que se le había concedido en las revistas médicas; así, el número de páginas de publicidad para el grupo del "sistema nervioso" representaba el 15,5% del total analizado y los ingresos correspondientes al grupo fueron el 18,2%; las cifras correspondientes a uno de los medicamentos del grupo eran 40,9% y 43% (62).

31. La disponibilidad de las preparaciones puestas en el mercado por la industria farmacéutica influye también en las prescripciones. De esto puede dar idea la siguiente conversación hipotética entre un médico y un enfermo: "bueno, señor Smith, he oído lo que usted me ha dicho, le he examinado, y me parece que el suyo es un caso de diazepam. Le convendría tener un poco de angustia". (63). La mayoría de los médicos consultados no se dan cuenta de la medida en que la promoción comercial influye en sus prescripciones. En un estudio del propoxifeno, considerado por la opinión científica como menos eficaz y más peligroso que la aspirina, los médicos que lo estimaron como muy eficaz no creían que estaban bajo la influencia de fuentes de información no científicas (64).

32. Pero la industria farmacéutica no es la única responsable de las prácticas de prescripción irracionales. Las demandas de la sociedad y de los pacientes conducen también al médico a prescribir porque, no debemos engañarnos, la responsabilidad del consumo excesivo de atención médica y de medicamentos no sólo recae en quienes venden estos productos, sino también en quienes los compran. La prescripción tiene un potente efecto simbólico, que confirma los papeles que corresponden al médico y al paciente y mantiene la relación entre uno y otro. Para muchos médicos "recetar es lo que hace que una situación clínica sea realmente médica" (65). Al prescribir, el médico se asegura a sí mismo de que está tratando al paciente, le da una prueba visible de que ha hecho bien en acudir a consultarlo y aumenta su dependencia para que venga de nuevo. Para el paciente, la receta simboliza el interés que en él tiene el médico y confirma su propio papel como paciente (66). El resultado es una complicidad tácita entre quien prescribe y el paciente, complicidad en la que se puede incluir también a la industria farmacéutica ya que pone a disposición de ellos los medicamentos deseados. Aunque, indudablemente, las demandas de los pacientes ejercen una poderosa influencia, en conjunción con la ejercida por la industria farmacéutica, probablemente tienen menos fuerza que la que los médicos quisieran hacer creer. Un estudio llevado a cabo por Stimson muestra que en un 80% de los casos el médico cree que el paciente ha acudido a consultarlo para conseguir un medicamento, aunque en realidad sólo el 50% de los pacientes consultados querían realmente uno (67).

33. Otros factores que intervienen son la influencia de los compañeros de profesión, las reglamentaciones gubernamentales, las características de los médicos, etc., pero su función es menor y difícil de delinear con exactitud. Por otra parte, hay que tener en cuenta el verdadero efecto de placebo de los medicamentos. Se ha escrito mucho sobre el efecto de placebo, tanto positivo como negativo, ejercido por los medicamentos en la hipertensión. Llevada a su extremo, sin embargo, la práctica de la administración de placebos puede reemplazar a un apoyo más fundamental para que las personas se enfrenten con sus problemas. En algunas sociedades, la actitud de las personas para hacer frente al infortunio mediante los ritos de la familia y de la comunidad ha sido sustituida por el tratamiento con medicamentos; así, el desconsuelo se trata con tranquilizantes (68,69).

34. Otro factor que favorece el consumo irracional de medicamentos es el interés que despierta en algunas personas la idea de la prevención y del fortalecimiento del cuerpo humano frente a fuerzas exteriores. En los contextos tradicionales, la prevención se consigue mediante la dieta, la limpieza, los purgantes y los ritos. Son muchos los que creen que actualmente la prevención se puede comprar en forma de productos tales como los tónicos, vitaminas, calcio e infusiones salinas intravenosas con una condición especial (70,71).

35. En los países en desarrollo, aún más que en los países desarrollados, la comunicación entre el paciente y el personal de salud es un problema. Con gran frecuencia, el personal de salud se atiene a normas que son distintas de las de los pacientes y, por su formación, pertenece a una subcultura que está más próxima a la del personal de salud de otros países que a la de la población en la que trabaja. La comunicación se establece con dificultad, y el procedimiento más sencillo para satisfacer los requerimientos y las esperanzas de los pacientes consiste en prescribir medicamentos.

36. Sin embargo, no hay que olvidar que lo que la gente busca en definitiva es una cura para su enfermedad. Incluso la más pobre de las familias gastará tiempo y dinero y empeñará lo que tenga para curar a un niño enfermo y la polifarmacia es una manera de darle a esa familia la seguridad de que ha hecho todo lo posible. Los médicos y otros recetadores se muestran muy dispuestos a alentar ese sentimiento; de este modo, su prestigio y sus ingresos están vinculados a largas recetas y el sistema se autoconsolida. Ante la tensión del momento, la familia puede no darse cuenta de

que ya no va a poder comprar suficiente comida para el niño enfermo o para sus hermanos.

* * *

37. Al igual que la prescripción, la observancia de lo prescrito es un fenómeno complejo. Con el fin de definir los factores más importantes que influyen en el cumplimiento de las instrucciones recibidas del médico se ha hecho mucha labor de investigación; pero los resultados son diferentes y difíciles de sistematizar. La enfermedad, el tratamiento, la forma en que se administra el medicamento y el número de dosis o de preparaciones que se han de tomar diariamente ejercen una influencia positiva o negativa en el cumplimiento de lo que el médico ha ordenado. Pero el factor más importante parece ser el médico; en un estudio se ha comprobado que el cumplimiento de las instrucciones aumenta cuando el médico demuestra que es competente y que tiene en cuenta la situación y las necesidades de su paciente (72). Muchos investigadores han encontrado también que el nivel de cumplimiento de lo dispuesto es más alto cuando quien receta facilita amplia información y luego vigila al paciente atentamente (73).

38. Sin embargo, estos resultados no han sido confirmados por un reciente estudio basado en 185 estudios sobre observancia de las instrucciones recibidas: "un hallazgo interesante, que está en abierta contradicción con lo que generalmente se cree, es que, al parecer, no existe relación entre el conocimiento por el paciente de la enfermedad que sufre o de la terapia aplicable y la fidelidad con que cumple el tratamiento correspondiente. Aunque en algunos estudios se ha llegado a la conclusión de que si el paciente está informado cumple mejor lo que se le prescribe, una comparación estadística revela que los estudios en los que se llega a la conclusión de que esa relación no existe son más sólidos desde el punto de vista metodológico. En consecuencia, parece que la diferencia entre la prescripción clínica y el comportamiento ulterior del paciente experimenta, en el mejor de los casos, una reducción marginal si el paciente conoce, o se le da a conocer, la realidad de su caso. En apoyo de esto se encuentra también la falta de relación entre el grado de inteligencia o de educación del paciente y el grado de cumplimiento de las instrucciones que recibe" (74). Esta conclusión se ve confirmada por la investigación reciente sobre observancia. En contraposición con los estudios citados, que parten de la hipótesis de que el médico prescribe y el paciente debe observar lo prescrito, estos estudios ven al paciente como un agente activo en el tratamiento. En tal caso, el incumplimiento es un acto voluntario del paciente, que evalúa el comportamiento de su médico y los medicamentos prescritos a la luz de sus propios conocimientos y creencias acerca de la enfermedad y de los medicamentos (75), comportamiento e ideas que no siempre son racionales ni están bajo la influencia de la educación.

39. La gente, en todo el mundo, tiene ideas muy definidas en cuanto a la salud, la manera de fortalecer la salud, la forma de prevenir las enfermedades y tratarlas si se presentan. Estas ideas forman parte de un entramado mayor de creencias, presunciones y prácticas relativas al cuerpo humano y a las relaciones existentes con otras personas y con fuerzas naturales y espirituales. Las preparaciones utilizadas para atender o curar se encuentran en varios niveles: pueden ser populares, provistas por el propio individuo o por sus parientes o vecinos, o pueden ser "folklóricas", facilitadas por curanderos tradicionales que utilizan fórmulas sagradas o métodos seculares, o pueden ser profesionales, proporcionadas por personas que tienen una formación y una calificación oficiales. Cuanto más compleja es una sociedad mayores son las posibilidades entre las que puede elegir el individuo para atender a su salud. Esa gama de posibilidades se denomina "pluralismo médico" y existe en las comunidades rurales tradicionales y en las sociedades urbanas occidentalizadas (76).

40. Las preparaciones farmacéuticas modernas son hoy parte del arsenal de los médicos y de otras personas que las prescriben, en todos los niveles, y universalmente se considera que tienen - y con frecuencia tienen - unos efectos poderosos. En consecuencia, están comenzando a crear un sistema médico común. Tienen su origen en un modelo científico, racional y específico en el que se asume que virtualmente todas las enfermedades se pueden atribuir a un accidente bioquímico mensurable, ya sea de origen externo, como en el caso de una infección, o interno, como en los casos de susceptibilidad genética o deficiencia inmunológica, y se cree además que se puede encontrar una preparación química para prevenir, vencer o mejorar la situación bioquímica. La ciencia moderna reconoce el peso de este punto de vista: el cáncer y las enfermedades de la edad avanzada se relacionan cada vez más con fallas inmunológicas y genéticas; algunas enfermedades mentales se atribuyen a desequilibrios de pequeñas moléculas péptidas; y se considera que las infecciones derivan de desequilibrios entre organismos externos asaltantes y múltiples mecanismos internos de defensa. Se están desarrollando medicamentos específicamente para combatir cada falla bioquímica o en apoyo de la bioquímica normal. Desde principios del siglo XX, cuando Ehrlich descubrió un medicamento específico para el tratamiento de la sífilis, los científicos médicos han tratado de descubrir "una píldora para cada enfermedad". De esta búsqueda de especificidad son hoy ejemplo las esperanzas depositadas en una terapia de sustitución de los genes. En todo el mundo, y en todas las formas de sociedad, se abrigan grandes esperanzas en esas "balas mágicas". Pero si bien los medicamentos alopatícos están siendo absorbidos en todos los sistemas de atención de salud, no siempre se pueden usar de conformidad con el modelo científico.

41. Al hacerse los medicamentos más asequibles, lo que es uno de los objetivos de la atención primaria de salud, puede aumentar su uso indebido. Una cuestión vital que hasta ahora no ha encontrado respuesta es si la proliferación de medicamentos resulta, en conjunto, beneficiosa o dañina, e incluso si está justificada en términos del costo de oportunidades para las familias pobres o para los países pobres. La cuestión es casi carente de interés para la gran mayoría de las personas que habitan en los países en desarrollo, particularmente en las zonas rurales; para ellos, el tener acceso a 20 ó 30 medicamentos esenciales para su salud puede representar toda la diferencia que existe entre la vida y la muerte, o al menos entre una vida plagada de enfermedades y una vida que sea social y económicamente productiva.

Una distribución más eficaz de los medicamentos

42. Dada la situación económica de la mayoría de los países en desarrollo no es probable que los recursos financieros a disposición de los ministerios de salud aumenten mucho en los próximos años. En consecuencia, es esencial que se utilicen con eficacia. Un primer paso, que muchos gobiernos han dado ya, es la adopción de una lista nacional de medicamentos esenciales; no es solamente que los países en desarrollo no puedan permitirse el lujo de comprar medicamentos ineficaces (77), sino que incluso entre los medicamentos eficaces deben elegir teniendo en cuenta las necesidades prioritarias de la población (78). Los gobiernos que no han creado un sistema de compras, mediante concurso de ofertas, podrían, como segundo paso, beneficiarse de la experiencia de otros países o pedir a la OMS que los ayude a organizar las compras más económicamente.

43. En el sector público, la administración de los organismos encargados de la distribución de medicamentos se podría mejorar técnicamente con bastante facilidad aumentando las actividades de formación de personal, o creando redes de información para determinar qué medicamentos son esenciales (partiendo de la base de una compilación simplificada de datos sobre morbilidad), la introducción de procedimientos más eficaces de control de las existencias, etc. El uso de una lista restringida de me-

dicamentos es ya un adelanto importante, porque con esa lista el número de medicamentos que se han de pedir, almacenar y distribuir se reduce, la administración se simplifica mucho y, como resultado, bajan los costos.

44. Todas estas medidas, que son relativamente fáciles de introducir, mejorarán el rendimiento del sistema, pero no serán realmente eficaces a menos que vayan acompañadas de medidas para motivar al personal e inculcarle sentido de la responsabilidad. Es preciso llevar a cabo actividades de investigación para estudiar la manera de motivar a las distintas categorías de personal que está al servicio de los gobiernos.

45. El problema de la distribución de los medicamentos desde el centro a la periferia es más difícil de resolver ya que, con frecuencia, en el sector público se carece de vehículos y de combustible. Los gobiernos tendrán que encontrar soluciones alternativas al problema de distribuir los medicamentos a los servicios de salud; en algunos casos se puede utilizar el transporte privado, ya que con frecuencia llega hasta las zonas más remotas. Se han de estudiar otros sistemas de distribución de medicamentos a las zonas rurales, sistemas mediante los que se pueda conseguir una distribución más equitativa entre los hospitales urbanos y los centros rurales, como el desarrollado por la OMS y que está funcionando ya en Kenya, en el que cantidades apropiadas de medicamentos esenciales se envían directamente a los dispensarios y a los centros rurales de salud en recipientes sellados (79).

46. Han sido muchos los autores que han denunciado la distribución gratuita de medicamentos en los servicios de salud como una de las causas principales del desperdicio y escasez de medicamentos. Convendría estudiar la posibilidad de sustituir esa distribución pública gratuita, que tan costosa resulta para el erario público, por la venta de medicamentos esenciales a bajo precio. En los estudios sobre esta cuestión se deben tener en cuenta los éxitos y los fracasos de los sistemas existentes (farmacias cooperativas, fondos rotatorios en los servicios de salud, etc.) y se deben proponer soluciones factibles.

47. Varias de las soluciones para mejorar el rendimiento de los sistemas existentes carecerán de efectividad si no se definen de nuevo, con precisión, las funciones de los diferentes sectores en el suministro y distribución de medicamentos a nivel nacional. Se necesita llevar a cabo una mayor labor de investigación en cuanto a los efectos que la expansión del sector privado determina en los servicios del sector público, cuestión que no sólo comprende el suministro de medicamentos.

48. Teniendo en cuenta las dificultades que existen en muchos países para el envío de suministros a las zonas rurales y teniendo en cuenta asimismo la eficacia del sector privado, se podría pensar en la integración de ese sector en un sistema de distribución de medicamentos en las aldeas; se podría autorizar a las farmacias a que compraran y vendieran ciertos medicamentos esenciales a bajo precio. Pero para que una medida así pudiera tener éxito sería necesario estimular a los farmacéuticos para que se instalaran en las zonas rurales concediendo, por ejemplo, un subsidio sobre el precio de los medicamentos esenciales.

El uso racional de los medicamentos

49. ¿Cómo se podría transformar el comportamiento de quienes prescriben y de los pacientes, en relación con los medicamentos? ¿Cómo se puede racionalizar el uso de medicamentos? La mayoría de los intentos que se han hecho en esta materia se han orientado hacia el control de la prescripción de medicamentos ya sea mediante medidas reglamentarias o por la persuasión (80). En general, las medidas reglamentarias se adoptan con mayor frecuencia frente a quienes obtienen beneficios económicos

- la industria farmacéutica, los distribuidores y los farmacéuticos - y van acompañadas de cambios estructurales, pero en el caso de quienes prescriben y de los pacientes el sistema de control se apoya esencialmente en cambios voluntarios. Las medidas reglamentarias comprenden el control de medicamentos, el control de quienes los prescriben y el control del paciente.

Control de los medicamentos

50. Los organismos de control, que debieran establecerse en todos los países, han de asegurarse, entre otras cosas, de que todos los medicamentos, antiguos y modernos, que hay en el mercado satisfacen cierto número de condiciones básicas en relación con la inocuidad y la eficacia.

Control de quienes prescriben

51. En algunos estados de los Estados Unidos de América se fija por anticipado la cantidad máxima de medicamentos que se puede despachar mediante recetas pagadas por Medicaid (81). En Francia, la Seguridad Social ejerce un control cualitativo sobre las prescripciones, y el mejor ejemplo de ese control es el "perfil médico", que representa el costo de las prescripciones formuladas por cada médico y permite descubrir quién se aparta de las normas convenidas y adoptar, en consecuencia, las medidas necesarias (82). Esas medidas van desde una llamada de atención al médico, sobre la situación planteada, hasta la exclusión de ese médico del acuerdo de la Seguridad Social.

52. Otro procedimiento de control, probablemente más eficaz, consiste en limitar las prescripciones a los medicamentos incluidos en un formulario o una lista. En un estudio llevado a cabo recientemente sobre los efectos de varios sistemas de control de la prescripción de antibióticos y tranquilizantes en un hospital de los Estados Unidos de América, el método que resultó más eficaz para reducir la prescripción consistió en retirar esos productos del formulario, y el que siguió inmediatamente después en orden de eficacia fue el requisito de que las prescripciones fueran refrendadas por el jefe del servicio. En el primer caso, las dificultades administrativas para conseguir los medicamentos desalentaban a los médicos a prescribirlos; en el segundo caso, quienes prescribían habían de prestar mayor atención a sus recetas puesto que tenían que responder de ellas ante un superior (83).

53. Estas restricciones, aunque son muy eficaces, satisfacen muy poco a los médicos, que ven en ellas una infracción de su libertad de prescribir; sin embargo, se están introduciendo cada vez en mayor medida en los países en desarrollo. Una manera de persuadir a los médicos para que acepten formularios consiste en crear comités terapéuticos nacionales y locales, de los que formen parte médicos recetadores. Ahora bien, los formularios no son una garantía de que la profesión médica vaya a usar los medicamentos racionalmente; sin embargo, limitan el uso de medicamentos peligrosos, ineficaces o sumamente específicos.

Control de los pacientes

54. Las principales formas de control gubernamental sobre el consumo de medicamentos son las siguientes: 1) la obligación de receta para ciertos medicamentos, obligación que existe en todas partes, en mayor o menor grado y es más o menos respetada; y 2) la fijación de precios. En Francia, la Seguridad Social reembolsa sólo el 40% del costo de los medicamentos para afecciones de menor importancia (84). Se ha encomen-

dado a la Comisión de la Transparencia la tarea de estudiar y proponer precios y tasas de reembolso al Ministerio de Asuntos Sociales.

Métodos de persuasión

55. Aunque la legislación es un arma importante para combatir el uso indebido de medicamentos, necesita ir acompañada de métodos más persuasivos para hacer comprender a los médicos y a los consumidores que los medicamentos no son artículos de uso ordinario sino que se han de usar de conformidad con ciertos criterios científicos. Una de las causas señaladas más frecuentemente de los usos indebidos que se observan en las prescripciones es que quien las formula carece de conocimientos en terapéutica y farmacología. En consecuencia es esencial mejorar la formación en esas materias tanto durante los estudios universitarios como durante el ejercicio de la profesión. Es necesario enseñar con mayor extensión farmacología clínica. La formación básica debe orientarse hacia el desarrollo, en el estudiante, de una actitud crítica que le permita juzgar racionalmente la corriente de información que hasta él llega. Para la formación de posgraduados, se han establecido métodos (85) que ayudan a quienes prescriben a formular su autocrítica y a cambiar impresiones con sus colegas sobre problemas de prescripción. Tales métodos se podrían utilizar con mayor extensión y ser adaptados a distintos países.

56. En todos los países se necesitan obras de consulta y boletines de información periódica preparados por organismos oficiales y destinados a quienes han de formular prescripciones. Debe estimularse el funcionamiento de servicios de información objetiva sobre medicamentos y, si un país no puede establecerlos por sí mismo, la OMS debe encargarse de esa actividad. En el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, por ejemplo, varias publicaciones (Drug and therapeutics bulletin, Prescribers Journal), que son completamente independientes de la industria farmacéutica, y el British national formulary se distribuyen gratuitamente a los médicos (86).

57. En algunos países hay asesores para atender las consultas que los médicos les formulen (87). Esos asesores son médicos (Países Bajos), farmacólogos clínicos o farmacéuticos (Estados Unidos de América). En la mayoría de los países en desarrollo es difícil establecer un servicio así, pero asesores de ese tipo podrían participar en la organización de seminarios o programas de educación continua.

58. Otra medida que ha resultado muy eficaz en los Estados Unidos de América consiste en que farmacéuticos clínicos visiten a los médicos en sus domicilios. Los receptores que han recibido esas visitas, acompañadas por "antianuncios", han reducido sus prescripciones de medicamentos en un 14% (88). Esta nueva forma de visitador médico puede ser, para muchos países, una manera de mejorar las prescripciones y de reducir los costos.

59. Se puede pensar en otras medidas sobre las que se ha escrito mucho. Una de ellas es el valor de los estudios sobre utilización de medicamentos, a nivel local y nacional (89,90).

60. Por lo que a los pacientes se refiere, la educación es el método esencial para romper el círculo vicioso de la medicalización. Esa labor se ha de iniciar en la escuela y debe poner de relieve que el tratamiento sin medicamentos es a veces preferible al tratamiento con medicamentos y que la visita a un médico no tiene por qué terminar siempre con una prescripción. En los Estados Unidos de América, las organizaciones públicas y privadas, incluida la Asociación Médica Americana, han establecido un Consejo Nacional de Información y Educación de Pacientes (NCPPIE), que ha iniciado una amplia campaña de educación del público recomendando que los pacientes hagan pregun-

tas a los médicos sobre los medicamentos que les prescriben, y tratando de desarrollar en la población un sentido crítico en esto que hasta ahora ha sido un sector "reservado" (91). En Suecia hay varias iniciativas encaminadas a mejorar la información del público. La Asociación de la Industria Farmacéutica Sueca publica periódicamente un manual para pacientes que contiene una descripción de todos los medicamentos que se venden en Suecia (92); la información, redactada de una manera que es fácil de comprender para el público en general, ha de ser aprobada por el Consejo Nacional Sueco de Salud y Bienestar Social. A nivel nacional, un grupo de expertos designados por el Gobierno prepara también manuales generales sobre automedicación, y lo mismo hacen los grupos de los consejos de condado; esos manuales se distribuyen gratuitamente en las farmacias.

61. La inobservancia de las instrucciones recibidas, que es otro de los aspectos del uso indebido de medicamentos por los pacientes, se puede remediar también mediante la educación, que permite que los consumidores comprendan mejor el papel de los medicamentos. La observancia se podría mejorar también con medidas tan sencillas como la simplificación de las prescripciones, una presentación mejor de los medicamentos, información escrita y hablada dada por quien los prescribe y por quien los dispensa y unas instrucciones preparadas en un lenguaje sencillo en colaboración con los consumidores.

62. Todas estas medidas para influir en el comportamiento de los recetadores y de los consumidores, ya sea mediante el control de la promoción, la educación, la información u otros medios, determinan un efecto en el uso de medicamentos, pero ese efecto se ha exagerado con mucha frecuencia y no se ha demostrado irrefutablemente que las medidas en cuestión sean necesarias y eficaces en relación con su costo. En realidad "el concepto de hombre o mujer racional, ya sea médico o paciente, es de una aplicabilidad limitada, aunque importante" (93); es necesario realizar estudios más a fondo sobre los factores culturales, antropológicos y sociales que influyen en la prescripción y el uso de los medicamentos. Estudios, por ejemplo, sobre el comportamiento de los individuos en relación con los medicamentos, sobre los conocimientos populares acerca de las propiedades y el uso de medicinas, o sobre las creencias de los médicos, permitirían establecer unas estrategias mejores para influir en el comportamiento. Un estudio comparado de la situación en distintos países permitiría también un mayor y mejor conocimiento y previsión del uso de los medicamentos.

BIBLIOGRAFIA

1. Patel, M. S. Drug costs in developing countries and policies to reduce them. World Development, 2: 195-204 (1983).
2. Commission of the European Communities. Pharmaceutical consumption studies. Bruselas, ECE, 1978 (Social Policies Series), p. 41.
3. Ibid, pp. 54-55.
4. Fabricant, S. & Hirschhorn, N. Composite picture of actual events encountered in several countries (1985).
5. Ibid.
6. Rougemont, A., Fournier, P. & Balique, H. Mali et Haute Volta, une étude des systèmes d'approvisionnement et de distribution des médicaments. Basilea, Instituto Sandoz, (Série tiers monde, No. 4), (1983).
7. Brudon, J. P. Rapport de mission OMS, 1985.
8. Van der Geest, S. La pathologie de services médicaux, la distribution de médicaments au Sud Cameroun. Amsterdam, Anthropological Sociological Centre, 1981.
9. Peretz, M. Providing drugs to the third world: an industry view. Multinational business, 2.
10. Van der Geest, S. Op. cit., véase nota 8, p. 70.
11. Van der Geest, S. Op. cit., véase nota 8, p. 147.
12. Melrose, D. Double deprivation: public and private drug distribution from the perspective of the Third World poor. World development, 2: 181-186 (1983).
13. Van der Geest, S. Op. cit., véase nota 8, p. 139.
14. Melrose, D. Bitter pills. Medicines and the third world poor. Londres, Oxfam, 1982.
15. Brudon, J. P. Médicaments pour tous en l'an 2000? Lausana, Editions d'En Bas, 1983.
16. Brudon J. P. Rapport de mission, Cotonou, Bénin. Ginebra, Institut universitaire d'Etudes de Développement, 1983.
17. Dunlop, D. M. Drug control and the British Health Service. Annals of internal medicine, 71: 237-244 (1969).
18. Hipócrates. Complete works. Nueva York, Wood, 1930.
19. Myntti, C. (1979). Personal observations (adapted).
20. Bower, W. (1983). Personal observations.

21. Hirschhorn, N. (1983-1985). Composite of observations.
22. Oldham, L. (1985). Personal observations.
23. Brudon, J. P. (1985). Personal observations.
24. Stickler, G. B. Polypharmacy and poisons in pediatrics - the epidemic of overprescribing and ways to control it. Advances in Pediatrics, 27: 1-29 (1980).
25. Lee, P. R. America is an overmedicated society. En: Lasagna, L., ed., Controversies in therapeutics. Philadelphia, Saunders, (1980).
26. Tisseyre-Berry, M. & Soucaret, J. R. Economie du médicament. Paris, Masson, 1985.
27. Council of Europe, European Committee on Public Health. Misuse of drugs. Estrasburgo, 1975.
28. WHO. Studies in drug utilization. Methods and applications. Copenhagen, World Health Organization, 1979. European Series, No. 8.
29. Stickler, G. B. Op. cit., véase nota 24.
30. Baksaas, I. Patterns in drug utilization. National and international aspects: anti-hypertensive drugs. Acta medica scandinavica (suppl.), 683: 59-66 (1984).
31. Berthoud, S. Réflexions au sujet de la prescription médicale. Journal suisse de pharmacie, 121: 411-422 (1983).
32. Victoria, C. G. et al. Drug usage in Southern Brazilian hospitals. Tropical doctor, 12: 231-235 (1982).
33. Bouraoui, K. et al. Prescription médicale, santé publique et relations médecin-malade. Tunis med., 59 (4): 323-328 (1981).
34. Maitai, C. K. & Watkins, W. M. A survey of outpatient prescriptions dispensed in Kenyatta National Hospital. East African medical journal, 57: 641-645 (1980).
35. Brudon, J. P. (1983). Personal observations.
36. Rapport officiel de la Caisse nationale de l'assurance maladies des travailleurs salariés. Citado en Le Monde, 12-13 mayo 1985, p. 20.
37. Skegg, D. C. G., Doll, R. & Perry, J. Use of medicines in general practice. British medical journal, 1: 1561-1563 (1977).
38. Lee, P. R. Op. cit., véase nota 25.
39. Steel, K. et al. Iatrogenic illness on a general medical service at a university hospital. New England journal of medicine, 304: 638-639 (1981).
40. Melmon, K. L., Sheiner, L. B. & Rosenberg, B. Medical benefits and risks associated with prescription drugs: facts and fantasy. Drug development and marketing, 5-13 (1975).

41. Frisk, P. A., Cooper, J. W. jr & Campbell, N. A. Community hospital pharmacist detection of drug related problems upon patient admission to small hospitals. Amer. J. hosp. pharmacy, 34: 738-742 (1977).
42. Morgan, J. P. The politics of medication. En. Lasanga, L., ed., Controversies in therapeutics. Filadelfia, Saunders, 1980, pp. 15-21.
43. Michel, J. M. Why do people like medicines? A perspective from Africa. Lancet, 1: 210 (1985).
44. Kunin, C. M., Tupasi, T. & Craig, W. A. Use of antibiotics: a brief exposition of the problem and some tentative solutions. Ann. intern. med., 79: 555-560 (1973).
45. Palombo, F. B. et al. Detecting prescribing problems through drug usage review: a case study. American journal of hospital pharmacy, 34: 152 (1977).
46. Maki, D. G. & Schuna, A. A. A study of antimicrobial misuse in a university hospital. American j. med. sci., 275: 271-282 (1978).
47. Dangoumau, J. et al. Ordonnances illogiques, ordonnances dangereuses. Revue médicale de l'Assurance Maladie, 2: 40-43 (1981).
48. Laporte, J. R. Drug consumption in Spain. Lancet, 1: 103-104 (1981).
49. Survey conducted by the National Institute of Nutrition and Directorate of Drug Control Administration and A. P. Chemists and Druggists Association. Hyderabad, 1983.
50. Haynes, R. B., Taylor, D. W. & Sackett, D. L. Compliance in health care. Baltimore, Johns Hopkins University Press, 1979.
51. Huyghe, B. La consommation et le mauvais usage des médicaments en Belgique 1970-1980. Document présenté au colloque de l'Association des Epidémiologistes de Langue française (ADELF). Ginebra, 1981.
52. Kohn, R. & White, K. L. Health care: an international study. Londres, Oxford University Press, 1976.
53. Turakka, H., Vainio, K. & Enleund, H. Unused drugs in home - indication of non compliance or poor prescription habits. En: Bonal, J. & Poston, J., ed., Progress in clinical pharmacy VI. Cambridge, Cambridge University Press, 1984.
54. Blum, R. & Kreitman, K. Factors affecting individual use of medicines. En: Blum, R. et al., ed., Pharmaceuticals and health policy, Londres, Croom Helm, 1981, pp. 126-185.
55. Mazzullo, J. The non pharmacological basis of therapeutics. Clin. pharm. ther., 13: 157-158 (1972).
56. United States Department of Health, Education, and Welfare, Task Force on Prescription Drugs. The drug prescribers. Washington, 1968, p. 3.
57. Hemminki, E. Review of literature on the factors affecting drug prescribing. Social science and medicine, 9: 111-115 (1975).

58. Becker, M. H. et al. Differential education concerning therapeutics and resultant physician prescribing patterns. J. Med. Educ., 47: 118 (1972).
59. Hirschhorn, N. & Fabricant, S. Personal analysis (1983).
60. Worthen, D. B. British journal of medical education, 7: 109-117 (1973).
61. Hemminki, E. Op. cit., véase nota 56.
62. Berthoud, S. Profil de prescription en Suisse romande et au Tessin. Schweizerische Medizinische Wochenschrift, 109: 1194 (1979).
63. Marinker, M. The doctor role in prescribing. Journal of the Royal College of General Practitioners, 23 (suppl. 2): 26.9 (1973).
64. Avorn, J., Chen, M. & Hartley, R. Scientific versus commercial sources of influence on the prescribing behavior of physicians. American journal of medicine, 73: 4-8 (1982).
65. Lee, P. R. Op. cit. véase nota 25.
66. Christensen, D. B. & Bush, P. J. Drug prescribing: patterns, problems and proposals. Social science and medicine, 15 A: 343-355 (1981).
67. Stimson, G. V. British medical journal, 4: 508-509 (1975).
68. Helman, C. Culture, health and illness. Londres, Wright, 1984.
69. Bush, P. J. Psychosocial issues in prescribing. En: Morgan, J. P. & Kagan, D. R., eds., Society and medication: conflicting signals for prescribers and patients. Lexington, Lexington Books, 1983.
70. Mynetti, C. Medicine in its social context. Tesis doctoral para la London School of Economics, 1983.
71. Michel, J. M. Why do people like medicines? A perspective from Africa. Lancet, 1: 210 (1985).
72. Beird-Lambert, J. & Buchanan, I. V. Compliance with medication regimens in children, can it be improved? Medical journal of Australia, 142: 201-203 (1985).
73. Garrity, T. F. Medical compliance and the clinician-patient relationship. Social science & medicine, 15: 215-222 (1981).
74. Sackett, D. L. & Haynes, R. B. Compliance with therapeutic regimens. Baltimore, Johns Hopkins University Press, 1976, p. 36. Citado en: Pharmaceutical sociology: issues in research education and service. Amer. j. pharm. educ., 43: 252-257 (1979).
75. Conrad, P. The meaning of medications: another look at compliance. Social science & medicine, 20: 29-37 (1985).
76. Helman, C. Culture, health and illness. Londres, Wright, 1984.

77. Stolley, P. D. The problem of drug utilization and the role of the World Health Organization, Ginebra, documento inédito de la OMS, WHO/DEM/75.5, 1975.
78. WHO Technical Report Series, No. 685, 1983.
79. Moore, G. D. Essential drugs for Kenya's rural population. World health forum, 3 (2): 196-199 (1982).
80. Taylor, R. J. Towards better prescribing. Journal of the Royal College of General Practitioners, 28: 263-270 (1978).
81. Azarnoff, D. L. (1980) Monitoring and control of physician prescribing are needed. En: Controversies in therapeutics, véase nota 25, pp. 534-541.
82. Tisseyre-Berry, M. & Soucaret, J. R. Op. cit., véase nota 26.
83. Huber, S. L. et al. Influencing drug use through prescribing restrictions. American journal of hospital pharmacy, 39 (11): 1898-1901 (1982).
84. Tisseyre-Berry, M. & Soucaret, J. R. Op. cit., véase nota 26.
85. Herxheimer, A. & Twycross, R. Continuing education in therapeutics: aids to discussions on prescribing. British medical journal, 1: 1198-1200 (1976).
86. Harris, C. M. et al. Prescribing a suitable case for treatment. Londres, Royal College of General Practitioners, 1984 (Occasional paper, No. 24).
87. Council of Europe. Op. cit., véase nota 27.
88. Avorn, J. & Soumerai, S. B. Improving drug therapy decisions through educational outreach. New England journal of medicine, 308: 1457-1463 (1983).
89. Stolley, P. D. Op. cit., véase nota 77.
90. Op. cit., véase nota 28.
91. Nightingale, S. L. Do physicians tell patients enough about prescription drugs?
92. LINFO, Läkemedelsinformation AB. Patient-Fass. Suecia, varios años.
93. Blum, R. & Kreitman, K. Op. cit., véase nota 53.

= = =