



Red de Sociedades Científicas Médicas Venezolanas

www.rscmv.org.ve

Comisión de Epidemiología

Noticia Epidemiológica N° 48

22 de marzo de 2013

Rx

Abreviatura del vocablo latino *recipere*, que significa “tomar” o “toma esto” como instrucción al farmacéutico y precedía a la “receta”.

Sobre la prescripción y el uso racional de los medicamentos

José Félix Oletta L.

I. Introducción

Desde el comienzo de su existencia, el hombre se ha visto enfrentado con la enfermedad y como resultado de esto ha desarrollado diversos métodos para curar o por lo menos para aliviar el sufrimiento. Esto es una parte inseparable del "arte de la medicina" y de otras profesiones de la salud que nos transforma en sanadores.

La prescripción de medicamentos en seres humanos forma parte indivisible del acto médico y es un acto reflexivo que se alcanza como resultado de un complejo proceso denominado diagnóstico, que nos conduce a formular o prescribir conductas u orientaciones, cuyo aprendizaje adquirimos en nuestros estudios profesionales de pregrado y se perfecciona continuamente durante la actividad de postgrado y durante el ejercicio de nuestra vida profesional. (1)

Pero prescribir un medicamento no implica la administración inicial del mismo, sino el seguimiento responsable, a lo largo de toda la duración del tratamiento, de todos los efectos que pueda producir. Además, para poder valorar la evolución de un cuadro clínico es preciso no solo tener una sólida formación clínica, sino estar realizando una actividad clínica continua y de vigilancia de las respuestas individuales del enfermo.

La prescripción racional se consigue cuando un profesional bien informado, al hacer uso de su mejor criterio, prescribe al enfermo un medicamento bien seleccionado, en la dosis adecuada, durante el período de tiempo apropiado y al menor costo posible para ellos y la comunidad. (OMS)

En el mundo, más del 50 % de los medicamentos que se recetan, se dispensan o se venden, es en forma inadecuada. (2,3)

Las razones que explican este hecho son: precios elevados, remisión de los síntomas, presentación de efectos indeseados, percepción que el fármaco es inefectivo, y esquemas de dosificación complicados.

Según la Organización Mundial de la Salud, el acceso a los medicamentos constituye un elemento fundamental del derecho a la salud y este a su vez es considerado como uno de los derechos humanos inalienables que el Estado tiene la obligación de garantizar para toda su población.

El acceso a los medicamentos esenciales puede asegurarse garantizando principalmente cuatro componentes de la política de medicamentos: selección y uso racional, precios asequibles, financiamiento sostenible y sistemas de salud confiables.

Sin embargo, alrededor de un tercio de la población mundial carece de acceso a medicamentos esenciales; (2) en Venezuela se estima que el acceso a los medicamentos esenciales se encuentra entre 50 % y 80% (4) y el 50 % de los pacientes a nivel mundial los toman de forma irracional.(2)

La falta de acceso a los medicamentos, las dosis inadecuadas y la duración incorrecta tienen como consecuencia, un alto índice de morbilidad y mortalidad, como se ve e

infecciones infantiles y enfermedades crónicas tales como la hipertensión arterial la diabetes, la epilepsia o las enfermedades mentales. El uso inadecuado y excesivo de medicamentos, supone un desperdicio de recursos a menudo pagados por los pacientes y trae como consecuencia un considerable perjuicio al paciente en cuanto a la falta de resultados positivos y a la incidencia de reacciones adversas a medicamentos. Esto ha conducido a la búsqueda de medios para garantizar una medicina y una terapéutica de calidad, cada vez más segura, que prevenga el riesgo de cometer errores.

La ética de la atención médica de los medicamentos debe ofrecer una base indicativa del comportamiento profesional adecuado en esa materia, que sea compatible con la búsqueda de la verdad y la rectitud. Debe observarse de manera particular, la ética de la prescripción: deberá asegurarse la libertad del médico para prescribir el medicamento que, a su mejor entender y saber, sea el más beneficioso y el menos dañino para el paciente, al mismo tiempo, la libertad del paciente para aceptar la prescripción. Esto no significa continuar con la práctica habitual de la prescripción de productos según marca comercial, sino según **nombre genérico o Denominación Común Internacional (DCI)**. Sin duda, el nombre genérico o DCI es el nombre correcto de todos los medicamentos. La denominación con que se les conoce y divulga en medios científicos y académicos y, la que recomienda las OMS como la OPS, para favorecer el uso racional de los medicamentos. La denominación hace referencia al principio activo o a la combinación de ellos.(2,3)

Junto con el interés en la práctica de la medicina individual, El uso correcto de los medicamentos se ha convertido en los últimos años, en uno de los temas más debatidos y a la vez interesantes en el campo de la salud, constituyéndose en un aspecto relevante de salud pública. El empleo indebido de los medicamentos tiene grandes repercusiones en la persona y en la sociedad, con consecuencias en su salud y economía. Por su complejidad, requiere la implementación de estrategias que trascienden el ámbito sanitario y comprometen a muchos otros sectores, como educación, economía, industria, comercio, comunidad y comunicación social.

Los cambios políticos y económicos imperantes durante las últimas décadas en todo el mundo, tienen una gran repercusión en el sector salud y concretamente, en el acceso y uso de los medicamentos.

Múltiples son los factores a considerar en la búsqueda de la racionalidad en el uso de los medicamentos, siendo uno de ellos la prescripción que es uno de los temas que enfocamos en este escrito y que ha cobrado mayor interés en la opinión pública, **luego del anuncio de una regulación para la prescripción y dispensación de medicamentos por parte del MPPS, (6) medida ya ejecutada, que no puede ser aislada y debe articularse con otras estrategias promotoras del uso racional de los medicamentos;** la regulación mencionada no ha sido suficientemente deliberada ni consultada con las sociedades científicas médicas que agrupan a los prescriptores, tampoco con los farmacéuticos que realizan la dispensación, con la industria farmacéutica que elabora los productos y sus formas de presentación y con las escuelas y facultades de medicina, odontología y farmacia que tienen la responsabilidad de la enseñanza de la farmacoterapéutica.

II. Uso racional de los Medicamentos

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en 1985 definió que:

que «el uso racional de medicamentos requiere que los pacientes reciban las medicaciones apropiadas a sus necesidades clínicas, a una dosificación que satisfaga sus requerimientos individuales por un período adecuado de tiempo y al costo más bajo para ellos y para su comunidad». (6)

Esta definición establece un marco formal de actuación; cada norma y cada práctica pueden ser contrastadas con ese marco general y es posible mostrar las consecuencias del incumplimiento de su contenido.

En el concepto de uso racional de medicamentos, debemos considerar varios factores que determinan dicha condición, como son la selección, la prescripción, la dispensación, la administración y el uso del medicamento por el paciente.

III. La prescripción

La prescripción médica es el resultado de un proceso lógico-deductivo mediante el cual el prescriptor, a partir del conocimiento adquirido, escucha el relato de síntomas del paciente, realiza un examen físico en busca de signos, concluye en una orientación diagnóstica, realiza exploraciones y exámenes de descarte y confirmación y toma una decisión terapéutica.

Esta decisión implica indicar medidas como el uso de medicamentos, lo cual es plasmado en una receta médica. Debe además compartir las expectativas con el paciente, brindarle la información que requiera, comprobar que conoce los riesgos a que se somete al utilizar un medicamento y procurar que el tratamiento prescrito esté al alcance de sus posibilidades económicas.

La prescripción ha sido definida también como:

“La aplicación del conjunto de conocimientos avalados científicamente y por evidencias basadas en calidad, eficacia, eficiencia y seguridad, que permitan seleccionar, prescribir, dispensar y utilizar un determinado medicamento en el momento preciso y problema de salud apropiado, con la participación activa del paciente posibilitando su adhesión y el seguimiento del tratamiento”. En esta definición se incluye todo el proceso relacionado con el acto de la prescripción, ya que existe un conjunto de acciones que requiere de conocimientos científicos, a fin de seleccionar el mejor medicamento para la patología indicada, y en donde el paciente se transforma en una persona activamente participante en su relación con el médico. (7)

El logro de los beneficios del uso de medicamentos es la prevención y tratamiento de las enfermedades y depende en gran medida de que ellos sean correctamente prescritos. En la práctica de la medicina clínica, la mayoría de atenciones culmina en la prescripción de un medicamento, la que demanda sea la más adecuada a las necesidades del paciente. En encuestas de familia realizadas en nuestro país de las personas que solicitaron atención médica, un 83,07 % de recibieron prescripciones. (8) El 85% de los medicamentos en disponibles en Venezuela requieren prescripción facultativa.

Los problemas en los hábitos de prescripción se evidencian en el mundo con distintas características, pero las consecuencias son mayores en los países que, como el nuestro, cuentan con barreras culturales, precarias condiciones socioeconómicas y deficiente cobertura de salud. Por ello, es necesario identificar los problemas de nuestra realidad y buscar soluciones concertadas que nos conduzcan a la racionalidad en el ejercicio de un acto que reviste complejidad e implicaciones en la salud pública. Carecemos de suficientes estudios sobre hábitos de prescripción en nuestro país.

Realizar una prescripción de calidad requiere la adecuación de los diversos factores que modulan la selección y el uso de los medicamentos, los que suponen una influencia directa sobre la actitud y la eficiencia en el uso de la terapia farmacológica.

La capacitación adecuada y continua de los profesionales de la salud que prescriben, facilitarles el acceso a información objetiva respecto a los medicamentos, su participación en actividades de farmacovigilancia, la educación sanitaria de la población, y la ejecución de estudios de utilización de medicamentos son, entre otras, actividades pendientes, necesarias y complementarias que han debido aplicarse simultáneamente con las medidas de regulación que contribuyen al desarrollo de una conciencia colectiva entre los prescriptores, dispensadores y los receptores de medicamentos sobre la importancia de realizar una prescripción y dispensación de calidad.

Estudios realizados en el Perú en relación a la prescripción de medicamentos identificaron problemas en este campo. Por ejemplo, el realizado por Management Sciences for Health (MSH) y el Ministerio de Salud del Perú – Dirección General de Salud de las Personas – Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas; llevado a cabo en tres departamentos del Perú (Junín, Pasco y Huánuco) en mayo de 2002, evidenció ciertos avances en términos de prácticas de prescripción: mayor adherencia al Petitorio Nacional, empleo del nombre genérico con mayor frecuencia en las prescripciones, menor número de medicamentos promedio por receta, y reducción en la prescripción de inyecciones. «Sin embargo, aún quedan brechas importantes por cubrir, particularmente en relación al uso de antimicrobianos. 60% de los encuentros médico-paciente en consulta ambulatoria resultaron en la prescripción de un antimicrobiano, lo que amerita un análisis más detallado de esta práctica. Además, la mayoría de los pacientes que recibieron la prescripción de antimicrobianos, no habían recibido instrucciones adecuadas de las dosis y duración de su uso. En los pacientes hospitalizados, los patrones de utilización no son más afortunados: sólo 25% de los casos de neumonía en niños y virtualmente ninguno de los casos estudiados de profilaxis antibiótica en cesárea se ajustaban a los más difundidos protocolos terapéuticos aceptados internacionalmente». (9)

En relación a lo mencionado líneas arriba, otros estudios peruanos demuestran la existencia de problemas en la calidad del uso de los antimicrobianos. Midzuaray, Alcántara y Solari (10), ante la evidencia de un consumo creciente y poco justificado de ceftazidima en un hospital general de la Seguridad Social, realizaron un estudio para

evaluarla calidad de la prescripción, encontraron que 74,3% estaban catalogados como prescripciones inapropiadas, dato que permitió que las autoridades de dicho centro aprobaran el Programa de Regulación de antibióticos de Reserva, el cual disponía que la prescripción de estos antibióticos sea realizada previa evaluación, a través de una interconsulta a la Unidad de Farmacología Clínica. Luego de la implementación de esta medida, el consumo de estos medicamentos disminuyó ostensiblemente y la calidad de la prescripción mejoró sustantivamente.

Linares y col. (11) encontraron que en el Servicio de Emergencia de un hospital de la Seguridad Social el uso de cefalosporinas de tercera generación es elevado, principalmente la ceftriaxona, administrada en porcentaje significativo a pacientes sin diagnóstico de infección y en las que se solicitó un bajo porcentaje de exámenes para cultivos.

En Venezuela, se estudió el efecto de la regulación de la dispensación de medicamentos y el consumo de antibióticos en el período 2005-2008, antes y después de la introducción de la venta por receta. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el consumo de antibióticos, ya fueran regulados o de libre dispensación, ni antes ni después de aplicarse la medida regulatoria de dispensación de antibióticos. (12) La medida regulatoria no fue acompañada de otras estrategias de educación y divulgación en la población ni de énfasis en la responsabilidad de prescriptores ni dispensadores. En cambio en Chile, cuando la regulación se realizó en 1999, sí se implementaron estrategias complementarias y se observó un impacto inmediato en la reducción del consumo de antibióticos. (13)

La prescripción médica es un acto complejo, que requiere de conocimientos, experiencia profesional, habilidades específicas, un gran sentido de responsabilidad y una actitud ética. Se debe recordar que el prescriptor asume la responsabilidad legal por las implicaciones de la prescripción.

La prescripción adecuada es posible si el profesional con conocimientos basados en información actualizada e independiente y con la destreza necesaria, es capaz de identificar los problemas del paciente, que le permita seleccionar un esquema terapéutico adecuado. (14,15)

Si elige un medicamento, éste debe ser el apropiado a las necesidades clínicas del paciente, indicado a una dosificación que satisfaga sus requerimientos individuales por un período adecuado de tiempo y al costo más asequible.

IV. ¿Cuáles son los objetivos de una buena prescripción? (14)

- Maximizar la efectividad en el uso de los medicamentos.
- Minimizar los riesgos a los que se somete al paciente al usar un medicamento.
- Minimizar los costos en la atención de salud por medio del uso racional del medicamento.
- Respetar las opiniones de los pacientes en toda decisión terapéutica.

V. Factores que influyen en la prescripción

El acto de prescripción es una decisión tomada en un contexto en el cual intervienen factores que influyen en las decisiones del prescriptor:

- **Mecanismos regulatorios.** Como la ley Orgánica de Salud, la Ley del Medicamento publicada en Gaceta Oficial 37.006, del año 2000. De su Reglamento General y Normas. (Norma sobre Buenas Prácticas de Distribución y Norma de Promoción y Publicidad, ambas en la Gaceta Oficial N° 37.966 del 23 de junio de 2004). Resolución 604. Dispensación de Medicamentos Antimicrobianos mediante la presentación de la prescripción facultativa. Gaceta Oficial N° 38.348 del 2 de enero de 2006.
- **La Influencia de la industria farmacéutica,** cuyas estrategias y prácticas de promoción, mercadeo y publicidad ejercen influencia significativa en los hábitos de prescripción. Existen dispositivos legales, acuerdos y recomendaciones respecto a la promoción y publicidad de medicamentos, establecidos en la Ley de Medicamentos, el Código de la Federación Internacional de la Industria del Medicamento (IFPMA): «Código IFPMA de buenas prácticas»,⁽¹⁶⁾ y las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS): «Criterios éticos para la promoción de medicamentos» ⁽¹⁷⁾; sin embargo, con frecuencia se constatan transgresiones a las mismas que estimulan conductas antiéticas como los incentivos por prescripción, el privilegio de intereses y beneficios personales por encima de los del paciente, el prestigio y la prescripción de medicamentos de moda o no suficientemente ensayados.
- **Educativos.** La formación adecuada en clínica, farmacología y terapéutica médica, iniciada en el período de pregrado, continuada en el postgrado y actualizada a lo largo de su vida profesional, es capital para que el profesional de salud que prescribe se encuentre en condiciones de tomar decisiones terapéuticas de calidad. Los programas educativos además de considerar los aspectos de farmacología descriptiva, deberán enfatizar el uso práctico de los medicamentos dentro de la práctica clínica y sus consideraciones éticas. Además, debe fortalecerse la estrategia de educación de la población para evitar la automedicación, el uso de medicamentos de origen dudoso y medicación múltiple. Factores socioeconómicos. Toda persona que prescribe medicamentos debe tener en cuenta las condiciones socioeconómicas de la población, pues éstas ejercen influencia en la actuación profesional. Así, el profesional de la salud que prescribe debe considerar los limitados recursos económicos del paciente, sus concepciones culturales, el grado de instrucción que tiene, el conocimiento que sobre el uso de medicamentos tenga, su entorno familiar, el costo de la atención de salud y de los medicamentos, entre otros. Los prescriptores tienen la responsabilidad de conjugar todos estos factores a fin de decidir lo mejor para cada caso, según criterios técnicos, sociales y éticos.

VI. Prácticas incorrectas y errores en la prescripción médica

Las más comúnmente identificadas son (14):

- Empleo de medicamentos en situaciones clínicas que no lo requieran.
- Omitir las medidas no farmacológicas cuando son pertinentes.
- Uso de productos farmacéuticos de eficacia y/o seguridad cuestionables o de su asociación injustificada.
- Elección desafortunada del medicamento o de medicamentos para el problema diagnosticado en el paciente.
- Sobre-prescripción «polifarmacia» o sub-prescripción de medicamentos.
- Falla en la dosificación, elección de la vía de administración y/o duración del tratamiento.
- Omisión de características relevantes del paciente o barreras culturales, para el ajuste de la terapia.
- Insuficiente o nula explicación al paciente de los aspectos de la prescripción.
- Prescripción de medicamentos caros existiendo alternativas más baratas e igualmente eficaces y seguras.
- Creencia de que los medicamentos genéricos son de calidad inferior a sus equivalentes de marca.
- Tendencia al empleo de medicamentos nuevos sin una adecuada evaluación comparativa de su beneficio y costo.
- Monitoreo deficiente de la farmacoterapia que puede impedir la detección precoz de falla terapéutica y/o de reacciones adversas medicamentosas.
- Escribir la receta e indicaciones para el paciente con letra ilegible.
- Indicaciones dadas para el paciente no bien consignadas, así como no detallar en forma clara y precisa las medidas farmacológicas y no farmacológicas.

VII. ¿Cuáles son las estrategias para promover una buena prescripción?

1. Capacitar y actualizar permanentemente a los profesionales prescriptores en temas de uso racional de medicamentos.

Las intervenciones educativas constituyen una estrategia efectiva con fines de cambiar los hábitos de prescripción, teniendo un mayor impacto si es que se llevan a cabo oportunamente.

Los estudiantes deben adquirir una base sólida en farmacología y farmacoterapéutica de los problemas de salud más frecuentes, según la medicina basada en evidencias; además de promover en ellos, el desarrollo de habilidades y aptitudes para una buena prescripción.

La OMS propone el desarrollo de cursos de farmacoterapia basados en problemas concretos en los programas de estudios universitarios de Medicina y otras Ciencias de la Salud, considerando que éstos pueden influir significativamente en la calidad de la prescripción (3)

En el postgrado debe reforzarse el currículo, con actividades formativas en terapéutica médica e impulsar el uso de guías y protocolos de tratamiento. Además del conocimiento, se deben adquirir actitudes y competencias que en el caso del uso de los medicamentos deben estar basadas en el rigor científico y en la modulación de los diversos factores que influyen en la prescripción.

La educación médica continua debe ser realizada con apoyo de las Universidades, sociedades médicas científicas e instituciones debidamente acreditadas ante las Federaciones y Colegios Profesionales que garanticen su calidad, e incluir en su programa de estudios, temas sobre medicamentos y terapéutica.

La OMS propone que la educación médica continua sea requisito para el desempeño de la profesión.

Las entidades que brindan servicios de salud deben considerar **la inversión en programas de capacitación de sus profesionales de la salud.**

La capacitación profesional en las diferentes instancias mencionadas, debe proporcionar al prescriptor un marco referencial sobre los aspectos sociales, económicos, sanitarios, legales y éticos, de la realidad del uso del medicamento, buscando contar con profesionales con una amplia visión de este problema, que los sensibilice en el tema del uso racional de medicamentos y en el concepto de la calidad de la prescripción, respetando los derechos de los pacientes a la información sobre su uso y alternativas de tratamiento y su autonomía (libertad y capacidad de decisión para aceptar o no la prescripción).

Los prescriptores tienen el deber ético de procurar la máxima calidad en la atención de salud, por ello es necesario poner énfasis en la transmisión, no sólo de conocimientos sino también de valores éticos, que permita que los prescriptores realicen una labor efectiva, oportuna, responsable y humana.

2. Disponer de información Objetiva

Contar con información de fuentes confiables permite adoptar decisiones acertadas.

En lo que a la prescripción se refiere, es aún más relevante, pues debe estar sustentada en información científica, siendo por tanto importante aprender a identificar información válida, objetiva, independiente y actualizada.

Las instituciones como las universidades, organismos internacionales, organizaciones no gubernamentales (ONG), e instituciones del sector salud que cuentan con información científico-técnica deben facilitar el acceso a su información.

El Ministerio de Salud, a través de la Dirección General de Salud Ambiental y Contraloría Sanitaria del Viceministerio de Redes de Salud Colectiva y el Instituto Nacional de Higiene Rafael Rangel, deben establecer estrategias que faciliten el acceso a la información científica en materia de medicamentos, especialmente en los lugares que presentan mayores dificultades para su obtención.

A fin de aprovechar de manera óptima toda la información que sobre salud y medicamentos que se encuentra disponible, el profesional que requiera realizar una búsqueda debe saber cómo hacerlo, ya que su desarrollo no planificado, puede dar lugar a un trabajo inútil.

Es necesario por tanto, conocer las diferentes fuentes de información y facilitar su acceso.

3. Promover una adecuada publicidad y promoción de medicamentos por parte de la industria farmacéutica

Si bien se reconoce el beneficio que la industria farmacéutica ha brindado a la humanidad, es necesario también fomentar en los prescriptores una actitud crítica y responsable frente a las diferentes estrategias de mercadeo, publicidad y promoción de medicamentos.

El MPPS deberá realizar el control y vigilancia de la promoción publicitaria de productos farmacéuticos y afines, buscando garantizar que dicha actividad sea realizada en cumplimiento de la normatividad legal vigente, acorde a criterios éticos establecidos por la OMS y a los acuerdos establecidos en el Código de la Federación Internacional de la Industria del Medicamento (IFPMA) «Código IFPMA de buenas prácticas». (2,16)

El mercadeo, la promoción y publicidad de medicamentos debe tener tratamiento ético, por cuanto se trata de productos con gran repercusión en la salud y en la economía de la población. (17)

4. Desarrollar guías nacionales de tratamiento basadas en evidencia, consensuadas, permanentemente actualizadas, y acordes con la realidad nacional

Las guías de tratamiento consisten en afirmaciones desarrolladas sistemáticamente para ayudar a los prescriptores a tomar decisiones sobre los tratamientos más apropiados a las condiciones clínicas más específicas. Las guías de tratamiento basadas en evidencias y su forma de implementación, son de vital importancia para promover el uso racional de medicamentos. (18,19)

Es necesario buscar la participación de los prescriptores para su elaboración y actualización, lo que contribuye a asegurar su credibilidad y aceptación, asimismo se deben establecer estrategias de difusión, aplicación, evaluación y retroalimentación.

5. Promover la conformación y funcionamiento de Comités Farmacológicos en los establecimientos de salud

Los Comités Farmacológicos son organismos técnicos de carácter asesor y ejecutivo, que deben tener el reconocimiento oficial y el apoyo efectivo de las autoridades institucionales, a fin de asegurar su sostenibilidad y la realización de sus funciones (7), como son:

- a) Conducir el proceso de selección de medicamentos;
- b) Promover el uso racional de medicamentos, priorizando la utilización de medicamentos esenciales.
- c) Promover las buenas prácticas de prescripción;
- d) Apoyar técnicamente los procesos de adquisición de medicamentos;
- e) Brindar asesoramiento en materia de medicamentos, a los departamentos o servicios intermedios y finales de institutos y hospitales ,y a los centros y puestos de salud según corresponda;
- f) Apoyar las acciones de farmacovigilancia.

6. Difundir normas legales vigentes en el país referentes a la prescripción de medicamentos

El Ministerio del Poder Popular para la Salud y las instituciones del sector deben difundir y supervisar el cumplimiento de las diferentes normas legales relacionadas con la prescripción y el uso de medicamentos.

El equipo de salud tiene el deber de colaborar con la administración de salud, en el cumplimiento de las disposiciones legales que se relacionen con su profesión, en forma personal y mediante las organizaciones científicas o gremiales, del sector público y privado.

7. Realizar estudios de utilización de medicamentos y monitorización de la prescripción

Los estudios de utilización de medicamentos se definen como aquellos estudios epidemiológicos descriptivos con los que se pretende determinar cuáles son los patrones, perfiles y otras características, (20) de la oferta, la prescripción, la dispensación, el consumo, el cumplimiento terapéutico y cualquier otro asunto relacionado con los medicamentos en una población determinada, con el objetivo de conseguir, mediante el análisis de los mismos, su uso racional.

La OMS los definió como el estudio de la comercialización, distribución, prescripción y uso de medicamentos en una sociedad, con acento especial en las consecuencias médicas, sociales y económicas resultantes.

El MPPS, el INHRR, las Direcciones Regionales de Salud, los comités de farmacovigilancia, y los responsables de farmacia de los establecimientos de salud, deben efectuar periódicamente estas actividades difundiendo los resultados obtenidos.

VIII. Método para una buena práctica de prescripción

La Universidad de Gröningen (Holanda) desarrolló una metodología sistematizada para la enseñanza de la farmacoterapia racional, que la OMS auspicia e impulsa en todo el mundo. (21)

Esta modalidad de enseñanza incorpora la medicina basada en la evidencia y el enfoque por problemas, enfatizando la adquisición de habilidades más que de conocimientos. Este modelo de prescripción, en el que se plantea el concepto de la farmacoterapia racional, entendida como un conjunto de decisiones y acciones que, con base de un correcto diagnóstico e identificación de los problemas del paciente, involucra los siguientes aspectos:

- la consideración de las medidas no farmacológicas,
- la determinación de usar o no medicamentos y,
- en caso de ser necesario, una correcta selección de estos agentes terapéuticos,
- la elaboración de un apropiado régimen de dosificación, seguido de instrucciones claras y completas para facilitar el cumplimiento de la terapia, y un adecuado seguimiento o monitoreo de la evolución del paciente.

Este proceso comprende un conjunto de aspectos que permiten dotar a los prescriptores de herramientas que ayudan a mejorar el desarrollo de sus labores, siempre basados en la evidencia científica disponible.

Introduce un enfoque racional, lógico, paso a paso, para resolver los problemas de salud de los pacientes.

El proceso de la terapéutica racional consiste en:

1. Definir el o los problemas del paciente.
2. Especificar el o los objetivos terapéuticos.
3. Diseñar un esquema terapéutico apropiado para el paciente.
4. Iniciar el tratamiento.
5. Brindar información, instrucciones y advertencias al paciente.
6. Supervisar la evolución del tratamiento.

IX. Revisión preliminar de los requisitos exigidos en el récipe o receta de medicamentos

La lectura inicial de la Resolución -028- publicada el 20 de marzo de 2013, mediante la que se dictan las **Normas Sanitarias Complementarias para la Regulación de la Prescripción y Dispensación de los Medicamentos** (6), permite identificar las consecuencias de la improvisación y falta de consulta de esta medida. No fueron consultados los prescriptores, los dispensadores, ni los productores de medicamentos. Tampoco la medida se acompañó de otras estrategias para educar, informar y entrenar al personal, ni se dispone de los listados actualizados de medicamentos esenciales, el petitorio nacional está obsoleto y no existen comités de farmacovigilancia, nacionales, regionales o locales en los hospitales.

Algunos ejemplos de las imperfecciones de la Norma son:

1. **Los numerosos requisitos obligatorios exigidos, exceden las recomendaciones de la OMS; algunos de ellos no son indispensables**, como la fecha de nacimiento, que puede ser sustituida razonablemente por la edad del paciente. La fecha de expiración del récipe, que es obvia y redundante para tratamientos a tiempo limitado. **No se contempla tampoco el caso de tratamientos continuos y permanentes, ni la cantidad máxima de unidades de medicamento**, por lo que se obliga a la emisión de un nuevo récipe en un plazo corto.
2. **La renovación del récipe al terminarse el número de unidades dispensadas, podría hacerse automáticamente**, en caso de enfermedades crónicas, si el médico lo indica en el récipe. Por ejemplo, medicamentos de usos continuo y permanente.
3. **La duplicación de récipes para cada prescripción es innecesaria, ya que bastaría que el sello que debe estampar el farmacéutico, se colocase en el dorso del cuerpo del récipe original.**
4. **La duplicación de récipes produce un aumento al doble de los costos de papel, material de impresión y tiempo de procesamiento.** Es un proceso burocrático que consumirá tiempo útil de trabajo clínico al prescriptor y al dispensador y traslada los costos al paciente.
5. **La obligación de conservar un original del cuerpo del récipe en la farmacia que hizo la dispensación y venta del producto, es un procedimiento inflexible que obliga al paciente**

a acudir solo a esa farmacia porque no podrá renovar la dispensación en otra farmacia con el récipe original que queda en su poder.

6. El uso de la denominación comercial opcional, de al menos dos nombres, no es práctica y limita la libertad del médico, basada en su experiencia clínica para recomendar el producto que le inspire mayor confianza. En numerosos casos no será aplicable usar "al menos dos nombres comerciales", cuando existe una sola marca comercial disponible.

7. El lapso en que entrará en vigencia la Norma es muy corto, especialmente para el sector público, cuya dotación de rícepes, a nivel nacional es muy deficitaria desde hace años y no podrán cumplir la norma con formatos de récipe improvisados.

8. La prescripción por unidades, toma sin preparación a los laboratorios, cuyos envases y empaques no están ajustados a la modalidad de prescripción ni dispensación por unidad, sino a las normas exigidas previamente por el INHRR a la Industria Farmacéutica para cumplir con el registro de los productos y sus diversas formas de presentación.

X. Conclusiones y Recomendaciones

1. **La regulación de la prescripción de medicamentos es una parte fundamental de un programa de uso racional de los medicamentos, medida sobre la que los profesionales de la salud estamos de acuerdo, pero es un error aplicar la regulación aisladamente o ser la única acción a tomar.** Su aplicación se sustenta y justifica en el inequívoco beneficio para la salud de las personas y de la población, derivado de la calidad de la prescripción y se construye mediante una cultura basada en el perfeccionamiento del ejercicio profesional calificado y responsable; además, se sustenta en una consciencia colectiva entre prescriptores, dispensadores y usuarios por lo que no es recomendable que nazca de aplicar una lógica de castigos o sanciones de carácter legal por el incumplimiento de una norma.
2. **La regulación debe formar parte de un conjunto articulado de acciones exitosas,** que han sido evaluadas y probadas en los últimos 25 años, en países desarrollados y en desarrollo, para estimular el uso mejorado de los medicamentos, (22) por ejemplo: **Elaborar una Lista de Medicamentos Esenciales** acorde a las características epidemiológicas del país, acompañada por información para su utilización racional provista por **el Formulario Terapéutico Nacional y las Guías Terapéuticas Estandarizadas basados en evidencias y en las necesidades sanitarias de la población, entrenamiento profesional básico sustentado en evidencias y educación en servicio dirigida a objetivos,** que son indispensables en el contexto de una política nacional de medicamentos, orientada a promover acceso y equidad en la atención de la salud. Además, **promover programas de atención farmacéutica para enfermedades prioritarias.** Actualmente, carecemos de estas herramientas al momento de aprobar e iniciar la implementación de la Regulación sobre Prescripción y Dispensación de Medicamentos, mediante la Resolución 028. (6)
3. Es recomendable recoger en un solo documento **las bases para el uso racional de medicamentos y un manual de buenas prácticas de prescripción,** como el

realizado por el Ministerio de Salud del Perú (14), basado en guías clínicas y evidencia científica, que brinda una herramienta de educación y orientación al prescriptor, teniendo como premisas el beneficio de los pacientes y la optimización del uso de recursos.

4. **El Centro de Farmacovigilancia Nacional, CENAVIF aún no constituido, deberá ser el responsable de elaborar estos documentos en consulta con expertos de las universidades y sociedades científicas médicas. El Sistema Venezolano de Farmacovigilancia deberá realizar sus actividades en tres niveles: nacional, regional y local en los hospitales y otras instituciones de atención médica.**

En conclusión, la promoción y el uso racional de medicamentos, debe ser parte de los lineamientos de una Política Nacional de Medicamentos Esenciales. En ese contexto, uno de los resultados que pueden esperarse de esta Política, es el desarrollo de un **Programa de Uso Racional de Medicamentos**, para lo cual deben implementarse estrategias destinadas a mejorar su calidad. **Obviamente, esta es una tarea compleja y no puede ni debe ser realizada exclusivamente por el MPPS. Requiere de la participación y concurso de los profesionales de la salud, de las instituciones científicas, de la industria farmacéutica y de los usuarios organizados.**

Referencias

1. Oletta López JF. Prólogo en: GPT. Guía de Productos Terapéuticos 2010-2011. 5.ª Edición. p: V-VI. Grupo Editorial Informe Médico. Venezuela.
2. Organización Mundial de la Salud. Guía de la buena prescripción. Ginebra: OMS; 1994.
3. Organización Mundial de la Salud. Promoción del uso racional de medicamentos: componentes centrales. Perspectivas políticas sobre medicamentos de la OMS. Ginebra: OMS; Septiembre 2002.
4. OMS. Globalización/ADPICS y Acceso a medicamentos: 10 años de debate. VI Encuentro de Autoridades Competentes en Medicamentos de Países. Iberoamericanos, Lisboa Octubre del 2006.
5. WHO. The Rational Use of Drugs. Report of a conference of experts, Nairobi, 25–29 November 1985. Geneva: World Health Organization, 1987.
6. República Bolivariana de Venezuela. MPPS. Resolución 028 mediante la que se dictan las Normas Sanitarias Complementarias para la Regulación de la Prescripción y Dispensación de los Medicamentos. Gaceta Oficial 40.131, 20 de marzo de 2013.
7. Cañas M, Mordujovich-Buschiazzo P. Cufar. Manual de Procedimientos para los Comité de Farmacovigilancia. Versión preliminar 2009. Centro Colaborador OPS-OMS, Facultad de Ciencias Médicas. Universidad de La Plata. Argentina.

8. Encuesta: WDC/UE. Salud Pública, hábitos de Vida y Consumo de Drogas en la República Bolivariana de Venezuela. Informe Final. (Proyecto N·VEN/B7/6210/98/0451).
9. Barillas E, Guevara J, Paredes P. Situación de los Medicamentos en tres departamentos del Perú. Lima: Ministerio de Salud / Programa RPM Plus, Management Sciences for Health; 2002. p. 13.
10. Midzuaray A, Alcántara F, Solari J. Evaluación de la prescripción y utilización de ceftazidime en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins». Coloquio Científico Nº.3. OPS/OMS; 1990.
11. Linares R. Uso de Ceftriaxona y Ceftazidima en el Servicio de Emergencia del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins de Septiembre a Noviembre del 2000. *Revista de Salud y Medicamentos* 2001; 14(55): 36-44.
12. Rivas P, Alonso G. (2011) **Regulación de la dispensación de medicamentos y su efecto en el consumo de antibióticos en Venezuela.** *Rev Panam Salud Pública*, 2011; 30(6):592–7. Disponible en: http://new.paho.org/journal/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=356&Itemid=
13. Bavestrello L, Cabello A, Casanova D. Impacto de medidas regulatorias en la tendencia de consumo comunitario de antibióticos en Chile. *Rev Méd Chile.* 2002;130(11): 1235–72.
14. Manual de Buenas Prácticas de Prescripción / Ministerio de Salud. Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas. — Lima: Ministerio de Salud, 2005.94 p.; ilus. <http://www.minsa.gob.pe>
15. Asociación Médica Mundial. Resolución de la AMM sobre prescripción de medicamentos. Adoptada por la 61ª Asamblea General de la AMM. Vancouver, Canadá. Octubre de 2010. [Bajar la versión PDF](#)
16. Federación Internacional de la Industria de Medicamentos (IFPMA):«Código IFPMA de buenas prácticas». 2012. Disponible en: www.ifpma.org
17. Organización Mundial de la Salud (OMS): «Criterios éticos para la promoción de medicamentos» 1988. Disponible en: <http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Jwhozip09s/>
18. Grimshaw J, Russell IT. Effect of clinical guidelines on medical practice: a systematic review of rigorous evaluations. *Lancet* 1993; 342: 1317–22.
19. Woolf SH, Grol R, Hutchinson A, Eccles M, Grimshaw J. Clinical guidelines: potential benefits, limitations, and harms of clinical guidelines. *British Medical Journal* 1999; 318: 527–30.
20. State of the Art and Future Directions, Chiang Mai, Thailand 1–4 April 1997. Available on-line at <http://www.who.ch/dap-icium/index.html>
21. Organización Mundial de la Salud. 1998 Guía de la buena prescripción. Programa de acción sobre medicamentos esenciales. Informe de un grupo científico de la OMS. Ginebra.
22. Laing R, Hogerzeil HV, Ross-Degnan D. Ten recommendations to improve use of medicines in developing countries. (2001) *Health Policy and Planning* 16(1): 13-20.

