



Promoción del uso racional de medicamentos: componentes centrales



Definición del uso racional de medicamentos

“Los pacientes reciben la medicación adecuada a sus necesidades clínicas, en las dosis correspondientes a sus requisitos individuales, durante un período de tiempo adecuado y al menor coste posible para ellos y para la comunidad”. (OMS, 1985).

El problema del uso irracional

El uso irracional o no racional es la utilización de medicamentos de un modo no acorde con la definición anterior de uso racional. En todo el mundo, más del 50% de todos los medicamentos se recetan, se dispensan o se venden de forma inadecuada. Al mismo tiempo, alrededor de un tercio de la población mundial carece de acceso a medicamentos esenciales, y el 50% de los pacientes los toman de forma incorrecta. Los siguientes son algunos tipos frecuentes de uso irracional de medicamentos:

- Uso de demasiadas medicinas por paciente (polifarmacia);
- Uso inadecuado de medicamentos antimicrobianos, a menudo en dosis incorrectas, para infecciones no bacterianas;
- Uso excesivo de inyecciones en casos en los que serían más adecuadas formulaciones orales;
- Recetado no acorde con las directrices clínicas;
- Automedicación inadecuada, a menudo con medicinas que requieren receta médica.

La falta de acceso a medicamentos y las dosis inadecuadas tienen como consecuencia un alto índice de morbilidad y de mortandad, sobre todo a raíz de infecciones infantiles y enfermedades crónicas, tales como la hipertensión, la diabetes, la epilepsia o enfermedades mentales. El uso inadecuado y excesivo de medicamentos supone un desperdicio de recursos, a menudo pagados por los pacientes, y traen como consecuencia un considerable perjuicio al paciente en cuanto a la falta de resultados positivos y a la incidencia de reacciones adversas a medicamentos. Además, el uso excesivo de medicamentos antimicrobianos está teniendo como resultado una mayor resistencia antimicrobiana, y las inyecciones no esterilizadas contribuyen a la transmisión de la hepatitis, el VIH/SIDA y otras enfermedades transmitidas por la sangre. Finalmente, el uso excesivo irracional de medicamentos puede estimular una demanda desproporcionada por parte de los pacientes, y reducir el acceso y los índices de consultas debido a la escasez

de medicamentos y a la pérdida de confianza del paciente en el sistema sanitario.

Evaluación del problema del uso irracional

Para encargarse del problema del uso irracional de medicinas, habría que supervisar regularmente el recetado, la dispensación y el uso por los pacientes, y en concreto:

- **Los tipos** de uso irracional, para que puedan aplicarse distintas estrategias a problemas específicos cambiantes;
- **El volumen** de uso irracional, para conocer el tamaño del problema y poder supervisar el impacto de las estrategias utilizadas;
- **Los motivos** por los que se utilizan de modo irracional los medicamentos, para poder así elegir estrategias adecuadas, eficaces y factibles. A menudo existen razones perfectamente racionales para utilizar los medicamentos de forma irracional. Entre las causas del uso irracional se cuentan la falta de conocimientos, habilidades o información independiente, la disponibilidad sin restricciones de los medicamentos, el exceso de trabajo del personal sanitario, la promoción inadecuada de medicamentos y las ventas de medicinas basadas en el ánimo de lucro.

Existen varios métodos establecidos para medir el tipo y el grado de uso irracional. Pueden utilizarse datos de consumo de medicinas (medicamentos) agregadas para identificar cuáles son los medicamentos caros con menor eficacia, o para comparar el consumo real con el consumo esperado (a partir de los datos de morbilidad). Se pueden utilizar las metodologías de la Clasificación Anatómica Terapéutica (ATC) o la Dosis Diaria Definida (DDD) para comparar el consumo de medicamentos entre las distintas instituciones, regiones y países. Los indicadores de la OMS del uso de medicamentos (cuadro 1) pueden utilizarse para identificar los problemas generales de recetado y de calidad de la atención sanitaria en establecimientos sanitarios primarios.

Para identificar problemas relativos al uso de medicamentos específicos o al tratamiento de enfermedades concretas, sobre todo en hospitales, se puede aplicar una evaluación puntual del uso de medicamentos (revisión de la utilización de medicamentos). Los métodos cualitativos que se emplean en las ciencias sociales (por ejemplo, discusiones puntuales en grupo, entrevistas detalladas, observación estructurada y cuestionarios estructurados)



Cuadro 1 Indicadores seleccionados de la OMS/ INRUD* del uso de medicamentos en establecimientos de atención sanitaria primaria (OMS, 1993)

Indicadores de recetado:

Número medio de medicinas recetadas por consulta de paciente
Porcentaje de medicamentos recetados por su nombre genérico
Porcentaje de consultas en las que se ha recetado un antibiótico
Porcentaje de consultas en las que se ha recetado una inyección
Porcentaje de medicamentos recetados de la lista o formulario de medicamentos esenciales

Indicadores de atención al paciente:

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

Indicadores de establecimiento:

Disponibilidad de una lista o formulario de medicamentos esenciales para el personal sanitario
Disponibilidad de directrices clínicas
Porcentaje de medicinas clave disponibles

Indicadores complementarios del uso de medicamentos:

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

* La Red Internacional para el Uso Racional de los Medicamentos

pueden utilizarse para investigar los motivos de un uso irracional. Se deben utilizar todos los datos reunidos para diseñar las intervenciones y medir el impacto que tienen dichas intervenciones sobre el uso de medicamentos.

La OMS, en conjunción con otras organizaciones colaboradoras, ofrece varios cursos internacionales sobre cómo medir el uso de medicamentos y utilizar intervenciones para promover el uso racional de medicamentos (cuadro 2).

Trabajando para lograr el uso racional de medicamentos

En 1977 se dio un importante paso adelante en el uso racional de medicinas, cuando la OMS estableció la primera Lista Modelo de Medicamentos Esenciales para ayudar a todos los países a formular sus propias listas nacionales. En 1985, se acordó la presente definición del uso racional en una conferencia internacional celebrada en Kenia. En 1989, se formó la Red Internacional para el Uso Racional de Medicamentos (INRUD) para realizar proyectos de investigación sobre intervención multidisciplinaria, y promover así un uso más racional de las medicinas (página web: <http://www.msh.org/inrud>; correo electrónico: inrud@msh.org). Tras esto se desarrollaron los indicadores de la OMS/INRUD utilizados para investigar el uso de medicamentos en establecimientos de atención sanitaria primaria, y se realizaron numerosos estudios de intervenciones. En la Primera Conferencia Internacional para la Mejora del Uso de Medicinas (ICIUM), celebrada en Tailandia en 1997, se presentó una revisión de todos los estudios de intervenciones publicados con un diseño de estudio adecuado. El cuadro 3

Cuadro 2 Cursos de formación relativos al uso racional de medicamentos

Para más detalles envíe un mensaje electrónico a: medmail@who.int, o visite la página web sobre medicamentos de la OMS: <http://www.who.int/medicines/>

- **Promoción del uso racional de medicamentos (medicinas)**, en colaboración con la Red Internacional para el Uso Racional de Medicamentos (INRUD), coordinado por Management Sciences for Health (EE UU). Este curso enseña la investigación del uso de medicinas en el sector de la atención sanitaria primaria, y cómo promover el uso racional de medicinas entre los proveedores.
- **Promoción del uso racional de medicamentos (medicinas) en la comunidad**, en colaboración con la Universidad de Amsterdam (Países Bajos). Este curso enseña la investigación del uso de medicinas en la comunidad, y cómo promover el uso racional de medicinas entre los consumidores.
- **Comités para medicamentos y terapéutica**, en colaboración con el Programa Racional Farmacéutico, coordinado por Management Sciences for Health (EE UU). Este curso enseña diversos métodos de evaluación del uso de medicinas y cómo promover el uso racional de medicamentos en hospitales.
- **Enseñanza de la farmacoterapia basada en problemas concretos**, en colaboración con la Universidad de Groningen (Países Bajos), la Universidad de Ciudad del Cabo (Sudáfrica), la Universidad de La Plata (Argentina) y el Centro Nacional de Farmacovigilancia del Ministerio de Salud en Argel (Argelia). Este curso favorece un enfoque del recetado racional basado en problemas específicos de acuerdo con la *Guía de la Buena Prescripción* de la OMS.
- **Farmacoeconomía**, en colaboración con la Universidad de Newcastle (Australia). Este curso enseña cómo realizar una evaluación económica en el proceso de selección de medicinas.
- **Cuestiones de política de medicamentos (medicinas) para los países en vías de desarrollo**, en colaboración con la Universidad de Boston (EE UU). Este curso versa sobre la política farmacéutica en general, incluidos diversos aspectos relativos a la promoción de un uso más racional de las medicinas.
- **Metodología ATC/DDD para el consumo de medicinas**, en colaboración con el Centro Colaborador de la OMS para la Metodología Estadística de Medicamentos. Este curso proporciona una introducción a la aplicación de la metodología ATC/DDD para la medición del consumo de medicinas.

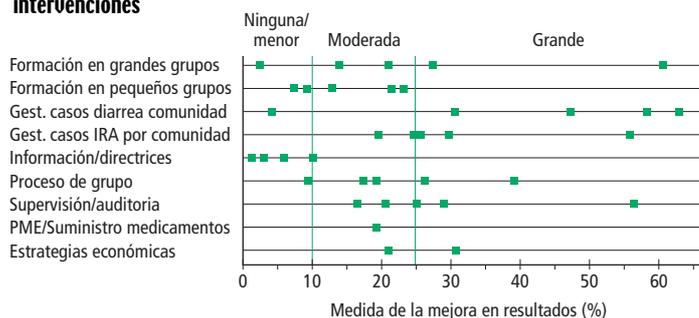
muestra un resumen de la magnitud de la mejora en el recetado por tipo de intervención. El efecto conseguido varió según el tipo de intervención, y el material impreso por sí solo tuvo un impacto menor comparado con los efectos de más calibre asociados con la supervisión, la auditoría, la gestión de casos comunitarios y los procesos en grupo. Además, los efectos de los cursos de formación resultaron variables y no sostenidos, seguramente debido a las diferencias en la calidad de la formación, y a la presencia o la ausencia de seguimiento y supervisión.

Políticas fundamentales para promover un uso más racional de las medicinas

Aunque aún hay muchas lagunas en el conocimiento del que disponemos, las secciones siguientes presentan un resumen de todo lo que se sabe acerca de las políticas fundamentales, las estrategias y las intervenciones para la promoción del uso racional de medicinas. El cuadro 4 ofrece un resumen de las mismas.

Quadro 3 Revisión de 30 estudios de países en vías de desarrollo

Magnitud de las mejoras en el uso de medicamentos en distintos tipos de intervenciones



Adaptado de: Boletín de Medicamentos Esenciales, 1997 IRA=Infección Respiratoria Aguda

Quadro 4 Doce intervenciones fundamentales para promover un uso más racional de las medicinas

1. Un organismo nacional multidisciplinario autorizado para la coordinación de políticas de uso de medicinas
2. Directrices clínicas
3. Lista de medicamentos esenciales basada en los tratamientos elegidos
4. Comités para medicamentos y terapéutica en distritos y hospitales
5. Cursos de farmacoterapia basada en problemas concretos en los programas de estudios universitarios
6. Educación médica continua como requisito para el desempeño de la profesión
7. Supervisión, auditoría y opiniones/comentarios
8. Información independiente sobre medicinas
9. Educación del público sobre medicinas
10. Rechazo de incentivos financieros con efectos negativos
11. Regulación adecuada y su aplicación
12. Suficiente gasto público para garantizar la disponibilidad de medicinas y personal

1. Organismo nacional multidisciplinario autorizado para la coordinación de políticas de uso de medicinas

Son muchos los factores que contribuyen al modo en que se utilizan las medicinas, entre otros los sociales, los profesionales y los relativos a los sistemas sanitarios. Por ello, es necesario un enfoque multidisciplinario para desarrollar, aplicar y evaluar las intervenciones para promover el uso racional de medicinas. Una autoridad nacional reguladora (AR) es una agencia que desarrolla y aplica la mayor parte de la legislación y el reglamento relativo a los productos farmacéuticos. Para asegurar un uso racional serán necesarias muchas otras actividades, que deberán ser coordinadas en nombre de las numerosas partes interesadas. Por eso es necesario un organismo nacional para coordinar las políticas y las estrategias nacionales, tanto en los sectores público como privado. La forma de este organismo variará de un país a otro, pero debe siempre combinar el gobierno (ministerio de salud), con los profesionales sanitarios, los académicos, las AR, la industria farmacéutica, los grupos de consumidores y las organizaciones no gubernamentales que trabajan en el sector

sanitario. El impacto sobre el uso de las medicinas es mayor cuando se aplican varias intervenciones al mismo tiempo de manera coordinada, puesto que las intervenciones aisladas suelen tener muy poca influencia.

2. Directrices clínicas

Las directrices clínicas (directrices de tratamiento homogeneizado, políticas de recetado) consisten en afirmaciones desarrolladas sistemáticamente para ayudar a los recetadores a tomar decisiones sobre los tratamientos más apropiados a las condiciones clínicas más específicas. Las directrices clínicas basadas en evidencias son de vital importancia para promover el uso racional de medicamentos. En primer lugar, proporcionan un punto de referencia de diagnóstico y tratamiento satisfactorios con el que se pueden comparar los tratamientos reales. En segundo lugar, constituyen una manera probada de promover el uso racional de medicinas siempre y cuando sean (1) desarrolladas de una manera participativa que incluya a los usuarios finales; (2) fáciles de leer; (3) presentadas con un lanzamiento oficial, acompañado de actividades formativas y una amplia diseminación; y (4) reforzadas por una auditoría de recetas y por las opiniones de sus usuarios. Se deben desarrollar directrices para todos los niveles de la atención sanitaria (desde el personal paramédico de clínicas de atención sanitaria primaria a médicos especialistas en hospitales terciarios de especialidades), basadas en las condiciones clínicas existentes y los conocimientos de los recetadores disponibles. Las recomendaciones de tratamiento basado en las evidencias y una actualización regular contribuyen a asegurar la credibilidad y la aceptación de las directrices por parte de los médicos. Se necesitan recursos suficientes para compensar a todas aquellas personas que contribuyan a las directrices, y para cubrir los costes de impresión, distribución y formación.

3. Lista de medicamentos esenciales basada en los tratamientos elegidos

“Los medicamentos esenciales son aquellos que satisfacen las necesidades de atención sanitaria prioritaria de la población.” La utilización de una lista de medicamentos esenciales (LME) facilita la gestión de medicinas en todos los aspectos: el aprovisionamiento, el almacenaje y la distribución son más fáciles al constar de menos unidades, y el recetado y la dispensación resultan más fáciles para los profesionales, puesto que no hace falta que conozcan un sinnúmero de productos. Las LME nacionales deben estar basadas en las directrices clínicas nacionales. La selección de medicinas debe correr a cargo de un comité compuesto por los miembros que se acuerde previamente, que aplique criterios consensuados basados en la eficacia, la seguridad, la calidad, el coste (que variará de un lugar a otro) y la rentabilidad. Las LME deben ser actualizadas de forma regular y su introducción debe ir acompañada de un lanzamiento oficial, actividades formativas y una amplia diseminación. El aprovisionamiento y la distribución de medicinas en el sector público debería limitarse principalmente a las medicinas de la LME, y habrá que asegurarse



de que tan sólo los profesionales sanitarios a quienes se ha concedido autorización para el uso de ciertos medicamentos tengan acceso a los mismos. Las actividades gubernamentales en el sector farmacéutico, por ejemplo, garantía de calidad, políticas de reembolso y formación, deberían concentrarse en la LME. La Lista Modelo OMS de Medicamentos Esenciales puede servir como punto de partida a cada país para la creación de su propia LME.

4. Comités para medicamentos y terapéutica en distritos y hospitales

Un comité para medicamentos y terapéutica (CMT), también llamado comité farmacéutico y terapéutico, es un comité creado para asegurar el uso seguro y eficaz de medicinas en el establecimiento o área bajo su jurisdicción. Estos comités están bien establecidos en países industrializados como un método eficaz de promover un uso más racional y rentable de los medicamentos en los hospitales (cuadro 5). Los gobiernos pueden promover la creación de CMT en hospitales presentándola como un requisito acreditativo para formar parte de varias asociaciones profesionales. Los miembros de los CMT deben representar todas las principales especialidades y la administración; además, deberán ser independientes y declarar cualquier conflicto de intereses. Normalmente, el presidente sería un médico superior y el secretario sería el farmacéutico principal.

Entre los factores críticos para lograr el éxito se cuentan los siguientes: objetivos claros, un mandato firme, apoyo por parte de los altos cargos de la gestión de los hospitales, transparencia, amplia representación, competencia técnica, enfoque multidisciplinario, y recursos suficientes para aplicar las decisiones de los CMT.

Cuadro 5 Responsabilidades de un comité para medicamentos y terapéutica

- Desarrollar, adaptar, o adoptar directrices clínicas para la institución o distrito sanitario;
- Seleccionar medicinas seguras y rentables (formulario de medicamentos del hospital/distrito);
- Aplicar y evaluar estrategias para mejorar el uso de medicinas (incluida la evaluación del uso de medicamentos y el enlace con los comités para antibióticos y control de infecciones);
- Proporcionar una educación continuada del personal (cursos de formación y material impreso);
- Controlar el acceso al personal sanitario de representantes promocionales de la industria farmacéutica;
- Supervisar y actuar para prevenir las reacciones adversas a medicamentos y los errores de medicación;
- Asesorar sobre otras cuestiones de la gestión de medicamentos, tales como la calidad y el gasto.

5. Cursos de farmacoterapia basada en problemas concretos en los programas de estudios universitarios

La calidad de la formación básica sobre farmacoterapia que reciben los estudiantes de Medicina y otras Ciencias de la Salud puede influir enormemente el recetado

en el futuro. La formación en farmacoterapia racional, en combinación con directrices clínicas y listas de medicamentos esenciales, pueden contribuir a establecer buenos hábitos de recetado. Toda formación es más positiva si se basa en problemas concretos, se concentra en dolencias clínicas comunes, tiene en cuenta los conocimientos, la actitud y la habilidad de los estudiantes, y se dirige a sus futuras necesidades de recetado. La *Guía de la Buena Prescripción* de la OMS describe el enfoque basado en problemas concretos, que ya ha sido adoptado por varias facultades de Medicina.

6. Educación médica continua como requisito para el desempeño de la profesión

La educación médica continua (EMC) es un requisito para el desempeño de la profesión en muchos países industrializados. En muchos países en vías de desarrollo las oportunidades de EMC son limitadas, y además no existe ningún incentivo, puesto que no está considerada como un requisito para continuar desempeñando la profesión. La EMC tiende a ser más eficaz si está basada en problemas concretos, está dirigida a problemas concretos, incluye asociaciones profesionales, universidades y ministerios de salud, y se realiza en persona. Se ha determinado que el material impreso que no va acompañado de contactos en persona no suele cambiar los hábitos de recetado. La EMC no tiene por qué limitarse tan sólo al personal médico o paramédico, sino que puede incluir también sectores informales, como los minoristas de medicamentos. A menudo las actividades de la EMC dependen en gran medida de la colaboración de las empresas farmacéuticas, puesto que los fondos públicos no son suficientes. En estas circunstancias la EMC puede no resultar imparcial, por lo que los gobiernos deberían apoyar las iniciativas de las facultades universitarias y las asociaciones profesionales nacionales para impartir una EMC independiente.

7. Supervisión, auditoría y opiniones/comentarios

La supervisión es fundamental para garantizar la buena calidad de la asistencia sanitaria. Cuando la supervisión se lleva a cabo de manera constructiva, educativa y en persona, es más eficaz y es aceptada más fácilmente por los recetadores que la simple inspección seguida de sanciones. Algunas formas eficaces de supervisión son la auditoría de recetado y las consiguientes opiniones o comentarios, revisión por colegas y procesos de grupo. La auditoría de recetado y opiniones/comentarios consiste en analizar si el recetado ha sido apropiado y comunicar las conclusiones alcanzadas al personal que hizo el recetado original. Puede mostrarse a los responsables del recetado una comparación entre su recetado y las directrices aceptadas, o el recetado llevado a cabo por sus colegas. La participación de colegas en el proceso de auditoría y comentarios/opiniones (revisión por colegas) es particularmente eficaz. En muchos hospitales este proceso de auditoría se conoce con el nombre de evaluación del uso de medicamentos. El enfoque de procesos de grupo consiste en una serie de profesionales sanitarios que deben identificar por sí

mismos un problema de uso de medicamentos y desarrollar, aplicar y evaluar una estrategia para corregir el problema. Este proceso deberá ser facilitado por un moderador o supervisor. La gestión de casos por la comunidad es un tipo especial de proceso de grupo que incluye la participación de miembros de la comunidad en el tratamiento de los pacientes.

8. Información independiente sobre medicinas

A menudo, la única información sobre ciertas medicinas que reciben los médicos procede de la industria farmacéutica, por lo que puede carecer de imparcialidad, resulta por tanto esencial proporcionar información independiente (imparcial). Los centros de información sobre medicamentos (CIM) y los boletines sobre medicamentos son dos formas útiles de diseminar esta información. Ambas iniciativas pueden estar dirigidas por gobiernos, hospitales universitarios u organizaciones no gubernamentales, bajo la supervisión de un profesional sanitario especializado. Quienquiera que esté a cargo del CIM o del boletín debe (1) ser independiente e impermeable a influencias externas, y revelar cualquier conflicto de intereses financieros o de otro tipo, y (2) aplicar criterios médicos basados en evidencias y un sistema deductivo transparente para formular recomendaciones. El Formulario Modelo de la OMS (*WHO Model Formulary*) proporciona información independiente sobre todos los medicamentos de la Lista Modelo OMS de Medicamentos Esenciales.

9. Educación del público sobre medicinas

Sin conocimientos suficientes sobre los riesgos y ventajas de las medicinas, y cuándo y cómo utilizarlas, a menudo la gente no obtendrá los resultados clínicos esperados y podrá sufrir efectos adversos. Esta afirmación resulta aplicable a los medicamentos recetados, así como a los que se utilizan sin consultar a ningún profesional sanitario. Los gobiernos son responsables de asegurar la calidad de las medicinas y la calidad de la información sobre dichas medicinas de que disponen los consumidores. Para ello, habrá que:

- Asegurarse de que las medicinas sin receta médica se vendan con etiquetas apropiadas e instrucciones precisas, legibles y fáciles de entender para los profanos en la materia. La información debería incluir el nombre del medicamento, las indicaciones, contraindicaciones, dosificación, interacciones con otros medicamentos, y advertencias relativas a usos o métodos de almacenaje que pueden resultar peligrosos.
- Supervisar y regular la publicidad que pueda influenciar negativamente a los consumidores o responsables del recetado, y que puede aparecer en la televisión, en la radio, en la prensa o en Internet.
- Gestionar campañas de educación dirigidas al público, que tengan en cuenta sus creencias culturales y la influencia de los factores sociales. La educación sobre el uso de medicamentos puede introducirse como parte del componente educativo sobre la salud de programas de estudios escolares, o en programas de educación para adultos, como cursos de alfabetización.

10. Rechazo de incentivos financieros con efectos negativos

Los incentivos financieros pueden determinar de manera decisiva el uso racional o irracional de los medicamentos. Por ejemplo:

- Los responsables de recetado que reciben dinero a cambio de la venta de medicinas (por ejemplo médicos con farmacia), recetan más medicinas, y más caras, que los recetadores que no reciben ningún dinero. Por lo tanto, el sistema sanitario deberá estar organizado de modo que los responsables de recetado no dispensen ni vendan medicinas.
- Las tarifas planas, que cubren en una sola receta todas las medicinas independientemente de la cantidad, llevan al recetado excesivo. Por lo tanto, se debería cobrar a los usuarios por medicina recetada, y no por receta.
- Las tarifas de dispensación, que se calculan como un porcentaje del coste de las medicinas, contribuyen a la venta de medicinas más caras. Por lo tanto, es preferible una tarifa plana independiente del precio de la medicina. Aunque puede tener como consecuencia el encarecimiento de los medicamentos más baratos, abarata en cambio los más caros.
- Los pacientes prefieren medicinas gratuitas o reembolsables. Si los gobiernos suministran solamente medicamentos esenciales de forma gratuita, o si los seguros sólo reembolsan medicamentos esenciales, los pacientes presionarán a los responsables del recetado para que receten tan sólo medicamentos esenciales. Si las medicinas se reembolsan sólo en aquellos casos en los que la receta se ajuste a las directrices clínicas, se presionaría con más fuerza a los responsables de recetado para que receten de manera racional.

Cuadro 6 Medidas reguladoras para favorecer el uso racional

- Registro de medicinas para asegurar la disponibilidad en el mercado de tan sólo medicinas seguras y eficaces de buena calidad, y para prohibir los medicamentos nocivos o ineficaces;
- Limitación del recetado de medicinas por nivel del responsable de recetado, lo que incluye la exclusión de ciertas medicinas de la categoría de medicamentos sin receta médica;
- Establecimiento de normas educativas para los profesionales sanitarios, y desarrollo y aplicación de códigos de conducta, lo que debe contar con la cooperación de asociaciones profesionales y universidades;
- Emisión de licencias para los profesionales sanitarios (médicos, enfermeras, paramédicos) para asegurar que todos sean lo suficientemente competentes para diagnosticar, recetar y dispensar;
- Emisión de licencias a los comercios de medicinas (tiendas minoristas, mayoristas) para asegurar que todos los establecimientos de suministro mantienen los niveles de existencias necesarios y respetan las normas de dispensación;
- Supervisión y regulación de la promoción de medicamentos para asegurar que sea ética e imparcial. Todas las afirmaciones que se hagan para promover un medicamento deben ser fiables, precisas, veraces, informativas, equilibradas, actualizadas, comprobables y de buen gusto. Las directrices éticas de la OMS (1988) pueden servir como base para desarrollar medidas de control.



11. Regulación adecuada y su aplicación

La regulación de las actividades de todas las partes implicadas en el uso de medicinas es crítica para asegurar su uso racional (cuadro 6). Para que las reglas tengan efecto deben ser aplicadas, y la autoridad reguladora debe contar con fondos suficientes y con el apoyo del poder judicial.

12. Suficiente gasto público para garantizar la disponibilidad de medicinas y personal

La falta de medicamentos esenciales conlleva el uso de medicinas no esenciales, y la falta de personal con una preparación adecuada conlleva el recetado irracional a cargo de un personal sin preparación. Además, sin personal competente y finanzas suficientes, es imposible llevar a cabo ninguno de los componentes de un programa nacional para promover el uso racional de medicamentos. Los malos resultados clínicos, el sufrimiento innecesario y el gasto superfluo son motivos suficientes para que los gobiernos hagan grandes inversiones.

Los gobiernos son responsables de invertir los fondos necesarios para asegurar que los establecimientos públicos sanitarios dispongan de un número suficiente de profesionales con la preparación adecuada, y medicamentos esenciales suficientes a precios asequibles para toda la población, con provisiones especiales para los más pobres o desfavorecidos. Para ello será necesario limitar el aprovisionamiento y suministro estatal a tan sólo los medicamentos esenciales, e invertir en programas de formación, supervisión y salarios adecuados para el personal sanitario.

Para todo programa nacional encaminado a promover el uso racional de medicamentos, es fundamental supervisar el uso de medicamentos y utilizar la información recogida para desarrollar, aplicar y evaluar estrategias para cambiar los hábitos de uso inadecuado de las medicinas. Disponer de un organismo multidisciplinario autorizado para coordinar todas las actividades, y de fondos estatales suficientes resulta crucial para el éxito de estos programas.

Documentos clave

- Grimshaw JG, Russell IT. *Effect of Clinical Guidelines on Medical Practice: A Systematic Review of Rigorous Evaluations* (Efecto de las Directrices Clínicas sobre la Práctica de la Medicina: Una Revisión Sistemática de Evaluaciones Rigurosas). *Lancet*, 1993;342:1317-1322.
- Hogerzeil HV. *Promoting Rational Prescribing: An International Perspective* (Promoción del Recetado Racional: Una Perspectiva Internacional). *British Journal of Clinical Pharmacology*, 1995;39:1-6.
- Hogerzeil HV, et al. *Field Tests for Rational Drug Use in Twelve Developing Countries* (Pruebas sobre el Terreno para el Uso Racional de Medicamentos en Doce Países en vías de Desarrollo). *Lancet*, 1993;342:1408-1410.
- Laing R, Hogerzeil HV, Ross-Degnan D. *Ten Recommendations to Improve the Use of Medicines in Developing Countries* (Diez Recomendaciones para Mejorar el Uso de Medicinas en los Países en vías de Desarrollo). *Health Policy and Planning*, 2001;16(1):13-20.

- Quick JD, Rankin JR, Laing RO, O'Connor RW, Hogerzeil HV, Dukes MNG, Garnett A. *Managing Drug Supply* (Gestión del Suministro de Medicamentos), 2ª ed. West Hartford: Kumarian Press; 1997.
- Weekes LM, Brooks C. *Drugs and Therapeutics Committees in Australia: Expected and Actual Performance* (Comités para Medicamentos y Terapéutica Australianos: Rendimiento Previsto y Real). *British Journal of Clinical Pharmacology*, 1996;42(5):551-7.
- *Organización Mundial de la Salud. *Boletín de Medicamentos Esenciales*, 1997;23:10.
- *Organización Mundial de la Salud. *Criterios Éticos para la Promoción de Medicamentos*. Ginebra, OMS, 1988.
- *Organización Mundial de la Salud. *Guía de la Buena Prescripción*. Ginebra, OMS, 1994.
- *Organización Mundial de la Salud. *How to Develop and Implement a National Drug Policy* (Cómo Desarrollar y Aplicar una Política Farmacéutica Nacional), 2ª ed. Ginebra, OMS, 2001.
- *Organización Mundial de la Salud. *Cómo Investigar el Uso de Medicamentos en los Servicios de Salud*. Indicadores Seleccionados del Uso de Medicamentos). Ginebra, OMS; 1993.
- *Organización Mundial de la Salud. *WHO Medicines Strategy: Framework for Action in Essential Drugs and Medicines Policy 2000-2003* (Estrategia de Medicinas de la OMS: Marco de Acción para Medicamentos Esenciales y Política Farmacéutica 2000-2003). Ginebra, OMS, 2000. (WHO/EDM/2000.1).
- *Organización Mundial de la Salud. *WHO Model Formulary* (Formulario Modelo de la OMS). Ginebra, OMS, 2002.
- Organización Mundial de la Salud. *The Rational Use of Drugs. Report of the Conference of Experts* (El Uso Racional de Medicamentos. Informe de la Conferencia de Expertos). Ginebra, OMS, 1985.
- *Organización Mundial de la Salud. *Teacher's Guide to Good Prescribing* (Guía del Profesor para la Buena Prescripción). Ginebra, OMS, 2001. (WHO/EDM/PAR/2001.2).
- *Organización Mundial de la Salud. *The Selection and Use of Essential Medicines* (Selección y Uso de los Medicamentos Esenciales), Informe del Comité de Expertos de la OMS, que incluye la 12ª Lista Modelo de Medicamentos Esenciales). Ginebra, OMS, 2002 (en preparación).

Los documentos con un asterisco (*) se encuentran también disponibles en <http://www.who.int/medicines/>

Personas de contacto en la sede de la OMS:

Medicamentos Esenciales y Política Farmacéutica Grupo Orgánico de Tecnología de Salud y Productos Farmacéuticos Sede de la OMS, Ginebra, Suiza:

- Dr. Jonathan Quick
Director, Departamento de Medicamentos Esenciales y Política Farmacéutica
Tel.: +41 22 791 4443 E-mail: quickj@who.int
- Dr. Hans Hogerzeil
Coordinador, Política, Acceso y Uso Racional
Tel.: +41 22 791 3528 E-mail: hogerzeilh@who.int
- Dr. Lembit Rägö
Coordinador, Garantía de la Calidad y Seguridad de los Medicamentos
Tel.: +41 22 791 4420 E-mail: ragol@who.int
- Dr. Germán Velásquez
Coordinador, Programa de Acción sobre Medicamentos
Tel.: +41 22 791 3509 E-mail: velasquezg@who.int
- Dr. Xiaorui Zhang
Coordinador, Medicina Tradicional
Tel.: +41 22 791 3639 E-mail: zhangx@who.int