

# 7 conceptos de farmacoeconomía y una desprescripción desesperada.

## **Javier Padilla Bernáldez**

Médico de familias y comunidades.  
M.I.R. Medicina Preventiva y Salud Pública.  
H.U. Virgen de Valme. Sevilla  
[javithink@gmail.com](mailto:javithink@gmail.com) // [@javierpadillab](https://twitter.com/javierpadillab)  
<http://medicocritico.blogspot.com>

# Mis conflictos (d)e intereses.

Relación laboral (como Médico Interno Residente –contrato de 4 años-) con el Servicio Andaluz de Salud.

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria y, por ello, con una visión más de poblaciones que de “cachitos de individuo”.

Convicción militante y *basada en la evidencia* de que los sistemas públicos de salud basados en la atención primaria suponen una herramienta importante de mejora de la salud de la población.

## **Javier Padilla Bernáldez**

Médico de familias y comunidades.  
M.I.R. Medicina Preventiva y Salud Pública.  
H.U. Virgen de Valme. Sevilla  
**[javithink@gmail.com](mailto:javithink@gmail.com)** // **[@javierpadillab](https://www.instagram.com/javierpadillab)**  
**<http://medicocritico.blogspot.com>**



## **Dibujando un punto de partida**

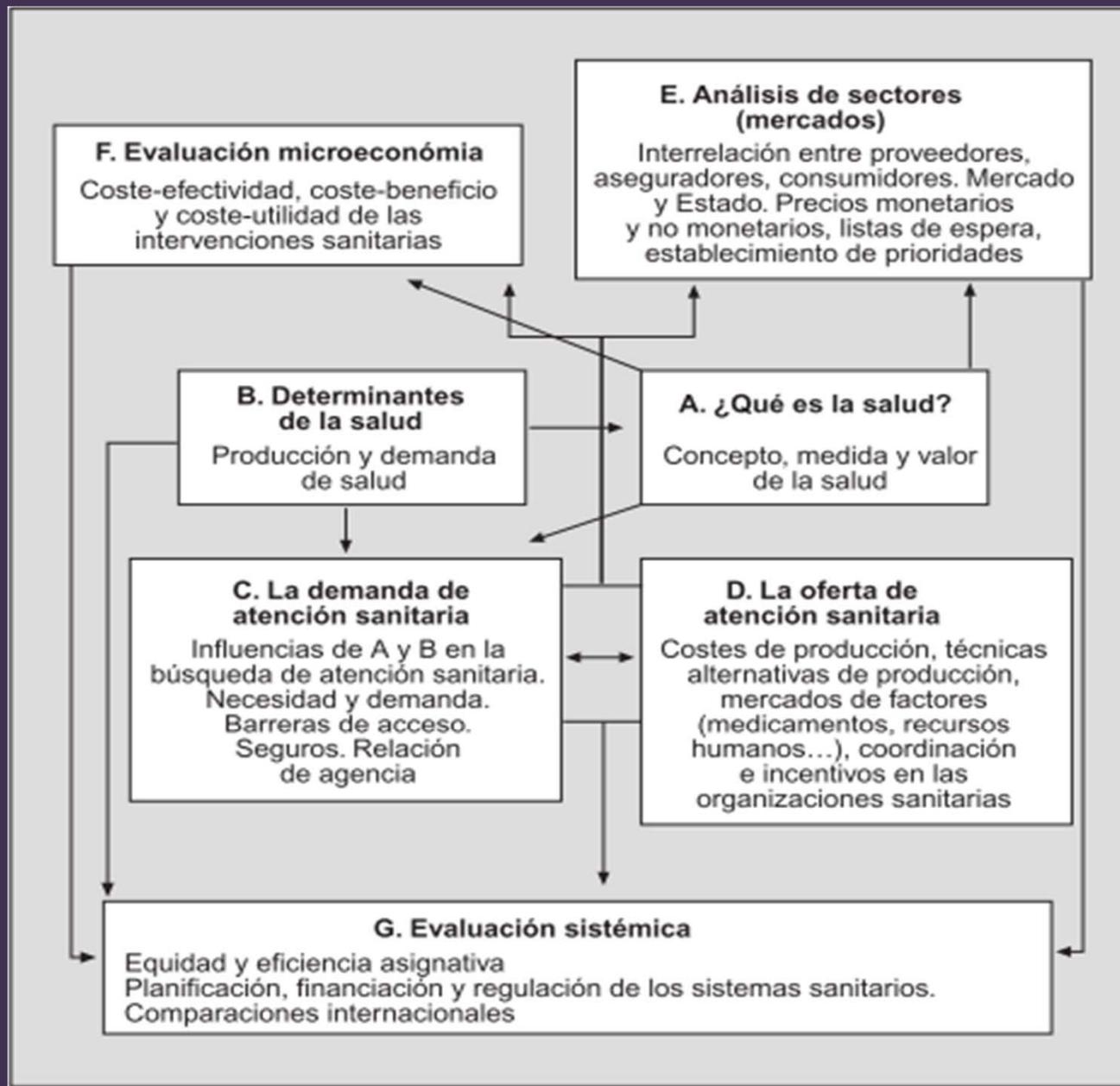
**¿por dónde empezar mejor que por el lenguaje?**

## Dibujando un punto de partida

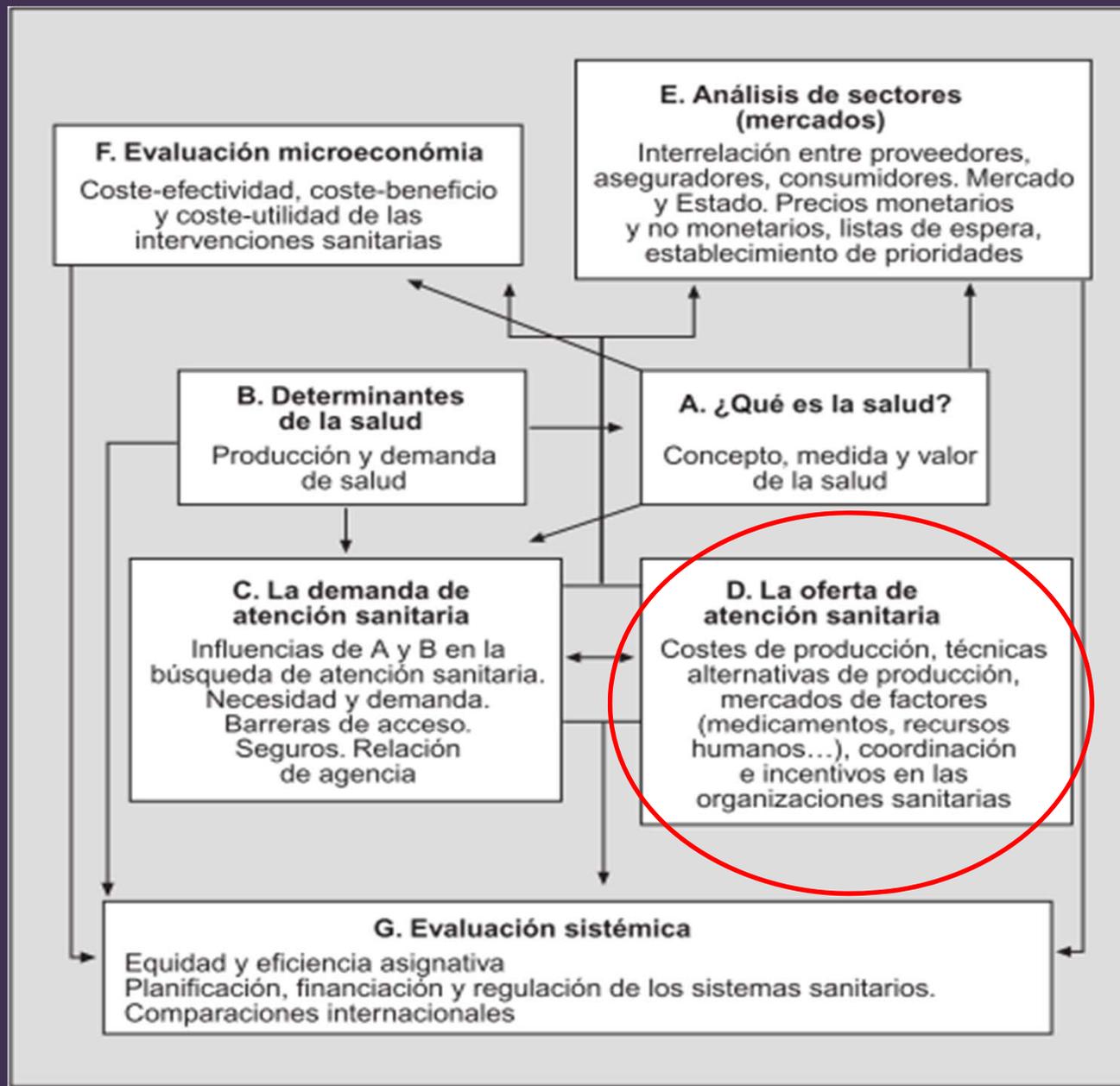
1. Los medicamentos NO salvan vidas.
2. Los medicamentos, en el mejor de los casos, ALARGAN vidas.
3. Alargar vidas cuesta dinero, lo cual no quiere decir “ponerle precio a la vida humana”.
4. No hay una cantidad fija/establecida de dinero que nos haga decir que “un medicamento vale la pena”.

A large, red, 3D-style number '1' is centered within a white square. The number has a slight shadow and a beveled edge, giving it a three-dimensional appearance.

**¿Qué pinta la (fármaco)economía en la vida de un clínico?**



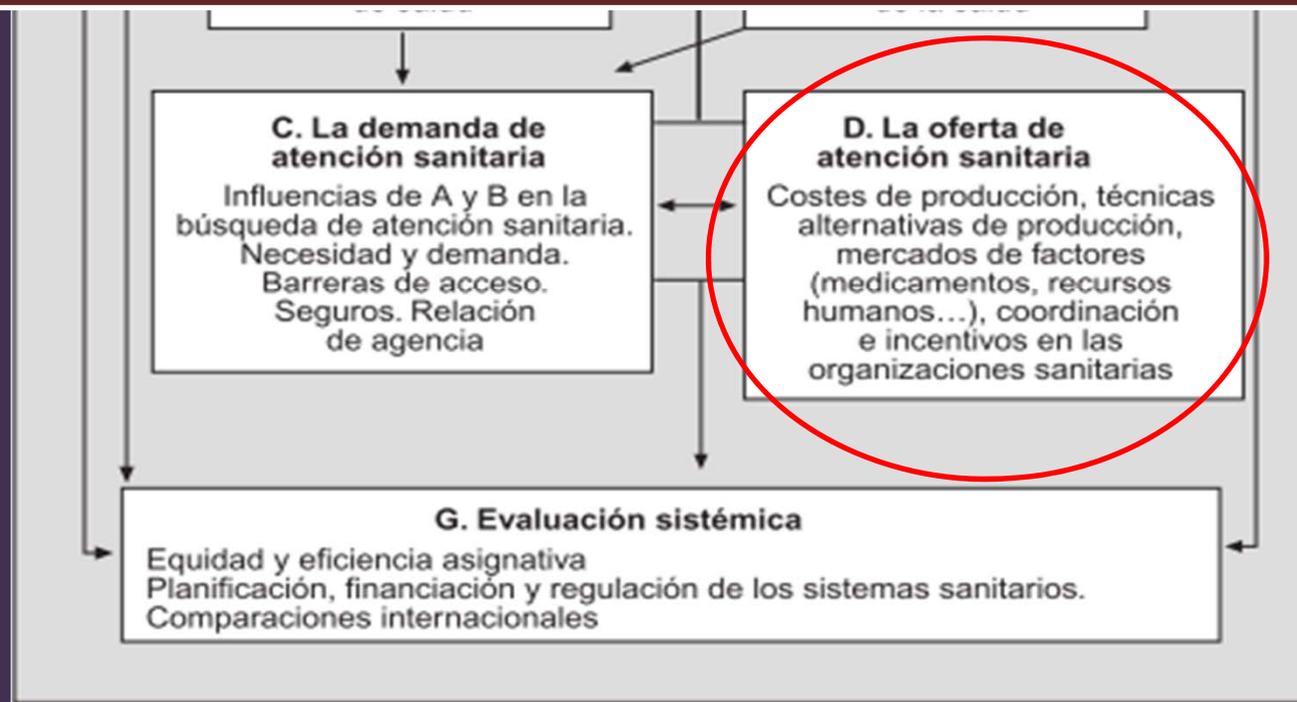
Ortún-Rubio V, Pinto-Prades JL, Puig-Junoy J. La economía de la salud y su aplicación a la evaluación. *Atención Primaria* 2001;27(1):148-50



Ortún-Rubio V, Pinto-Prades JL, Puig-Junoy J. La economía de la salud y su aplicación a la evaluación. *Atención Primaria* 2001;27(1):148-50

## COSTE DE OPORTUNIDAD.

“El **verdadero coste** de la atención sanitaria no es el dinero, ni los recursos que el dinero mide. Son los beneficios sanitarios - paliación de síntomas, recuperación funcional, mayor esperanza de vida- que podrían haberse conseguido si esas pesetas [euros] se hubieran utilizado en la **mejor alternativa.**”



**¿Qué es la perspectiva social en la evaluación de medicamentos?**



# El dilema del prisionero

Prisionero 1

Prisionero 2

	Confesar	No confesar
Confesar	10, 10	0, 20
No confesar	20, 0	3, 3

# El dilema del prisionero

Equilibrio de Nash

		Prisionero 1	
		Confesar	No confesar
Prisionero 2	Confesar	10, 10	0, 20
	No confesar	20, 0	3, 3

# El dilema del prisionero

		Prisionero 1	
		Confesar	No confesar
Prisionero 2	Confesar	10, 10	0, 20
	No confesar	20, 0	3, 3

**Equilibrio social**

Aquí se sitúa la relación médico-paciente, en una confianza mutua que redunde en el beneficio de ambos y de la sociedad.

1. Una perspectiva social es necesaria para la toma de decisiones sociales.
2. Una perspectiva social en la evaluación económica es el enfoque clásico para estudiar el beneficio social de las inversiones; también se utiliza para determinar el beneficio en salud en las inversiones realizadas en otros sectores de la economía.
3. Si los beneficios en salud se valoran desde una perspectiva social, igualmente debería hacerse con los costes. Ha sido ampliamente estudiado que la evaluación económica debe incluir todos los potenciales efectos en salud: positivos y negativos (efectos secundarios).
4. Una perspectiva restrictiva en el lado del pagador llevará a la toma de decisiones subóptima acerca de la distribución de recursos, afectando a la eficiencia dinámica y estática.
5. Estudios empíricos confirman el riesgo de la toma de decisiones subóptimas basadas en una visión parcial de los beneficios.
6. La perspectiva del pagador no se puede definir de forma consistente sin una perspectiva social; además, los AVAC (- años de vida ajustados por calidad, una medida habitual en los estudios de coste/utilidad -) tampoco tendrían una definición consistente.
7. La medición e interpretación de los AVAC es problemática si se excluyen los costes externos.
8. Una perspectiva presupuestaria restrictiva es inconsistente con la toma de decisiones basadas en la voluntad de pagar por AVACs.
9. Las perspectivas de pagadores específicas deben valorarse en el contexto de una perspectiva social.
10. Una perspectiva social promueve una discusión pública informada y la toma de decisiones democráticas, así como facilita la colaboración internacional. \*

**¿Qué es una patente de un medicamento?**

**3**

# ¿Qué es una patente de un medicamento?

Figura legal por la cual una empresa tiene el monopolio de la fabricación y comercialización de un medicamento durante un tiempo determinado (20 años) desde el registro del principio activo/forma farmacéutica.

Objetivo: favorecer la innovación disminuyendo los riesgos de la inversión en I+D.

¿Han funcionado realmente? ¿admite alguna crítica su diseño? ¿para qué han demostrado no servir?



**¿Los copagos de medicamentos afectarán a la salud de mi población?**

Algunos apuntes sobre los copagos de medicamentos (I)...

- ¿Reducen el consumo de medicamentos? Sí, pero es “poco elástico”.
  - Mayor elasticidad en personas más pobres y enfermas.
- Afectan igual a medicamentos más vitales y a menos necesarios.
- Copago es poco útil para estabilizar gasto farmacéutico.

## ¿Los copagos de medicamentos afectarán a la salud de mi población?

Padilla J. Desbarajuste farmacológico: contra cada ocurrencia, ciencia. *FMC* 2012;8(9):482-3  
Puig-Junoy J. La contribución del usuario en la financiación de los medicamentos: elementos para un debate (informado). *Gestión clínica y sanitaria* 2004;22

## Algunos apuntes sobre los copagos de medicamentos (II)...

- Disminuyen la adherencia al tratamiento e incrementan las tasas de interrupción en la toma de medicación.
- Efectos sobre equidad: afecta de forma más importante a personas más desfavorecidas.
- ¿Hay un copago “menos malo”?
  - Pequeña cuantía.
  - Aplicado según renta del paciente.
  - Aplicable a medicamentos de bajo valor terapéutico añadido.

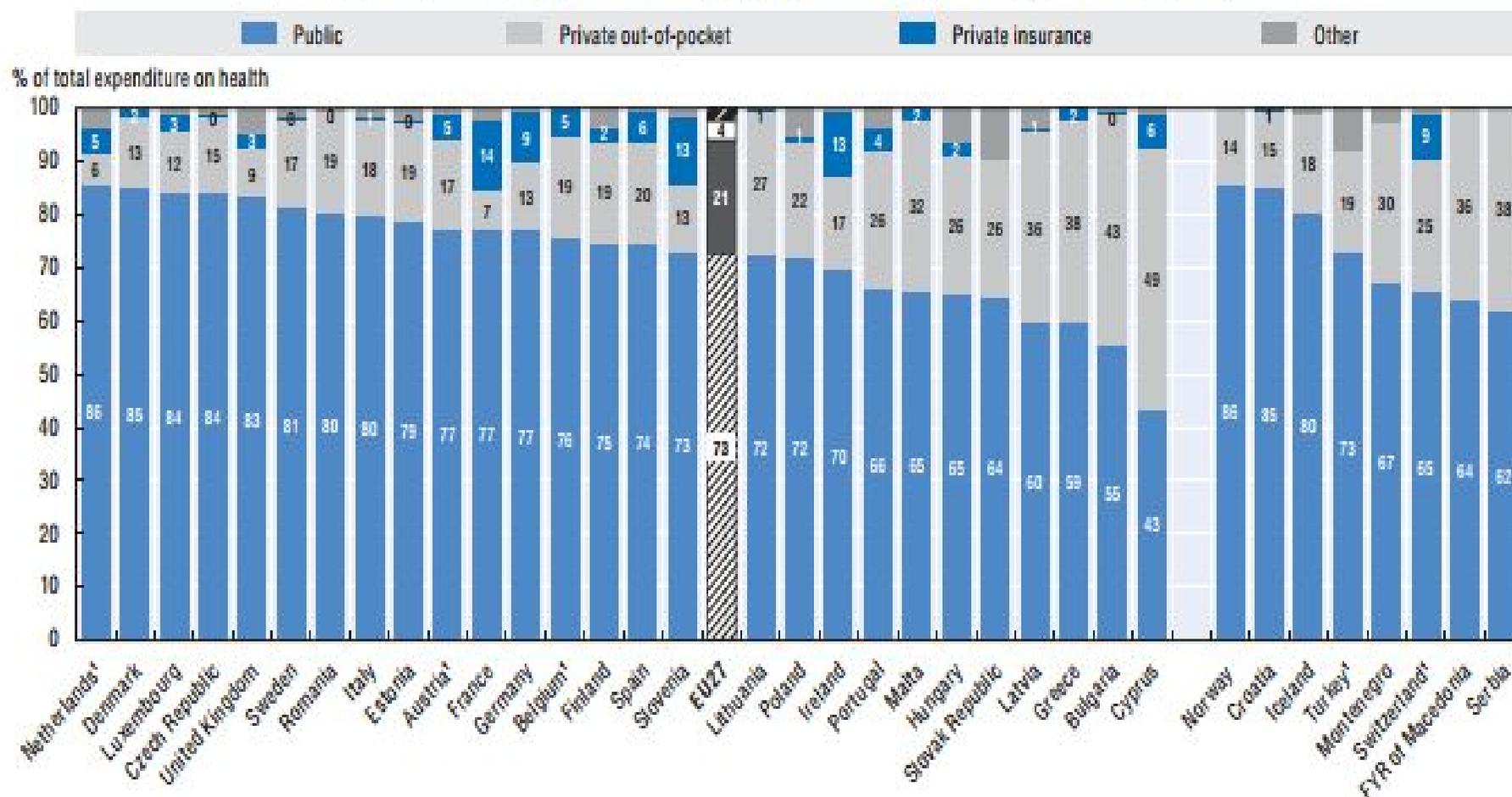
## ¿Los copagos de medicamentos afectarán a la salud de mi población?

Padilla J. Desbarajuste farmacológico: contra cada ocurrencia, ciencia. *FMC* 2012;8(9):482-3  
Puig-Junoy J. La contribución del usuario en la financiación de los medicamentos: elementos para un debate (informado). *Gestión clínica y sanitaria* 2004;22

**¿Cuál es nuestro gasto farmacéutico y cómo se distribuye?**



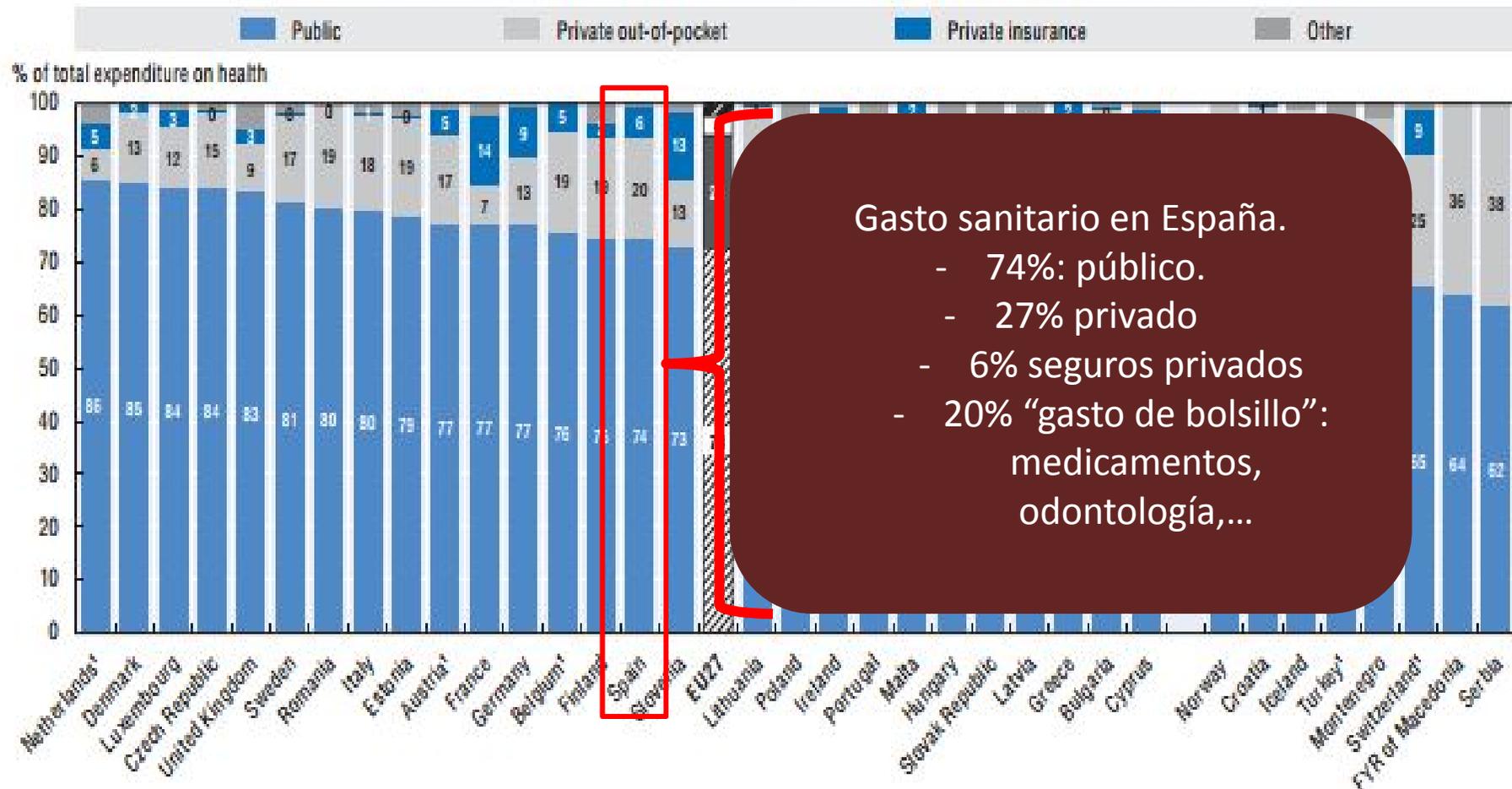
### 5.6.1. Expenditure on health by type of financing, 2010 (or nearest year)



1. Data refer to current expenditure.

Source: OECD Health Data 2012; WHO Global Health Expenditure Database.

### 5.6.1. Expenditure on health by type of financing, 2010 (or nearest year)



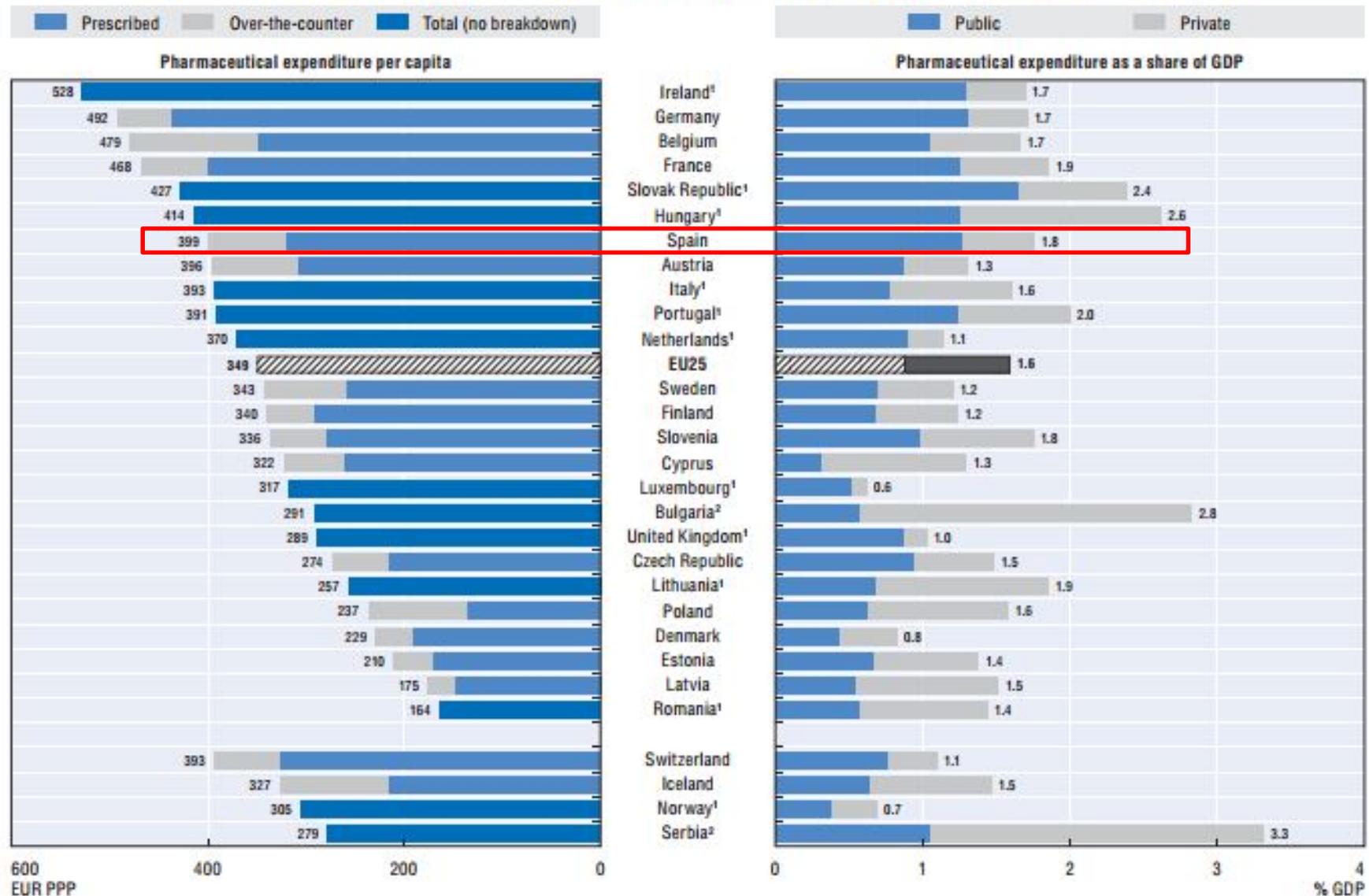
Gasto sanitario en España.

- 74%: público.
- 27% privado
- 6% seguros privados
- 20% “gasto de bolsillo”: medicamentos, odontología,...

1. Data refer to current expenditure.

Source: OECD Health Data 2012; WHO Global Health Expenditure Database.

### 5.5.1. Expenditure on pharmaceuticals per capita and as a share of GDP, 2010 (or nearest year)



1. Includes medical non-durables.

2. Total medical goods.

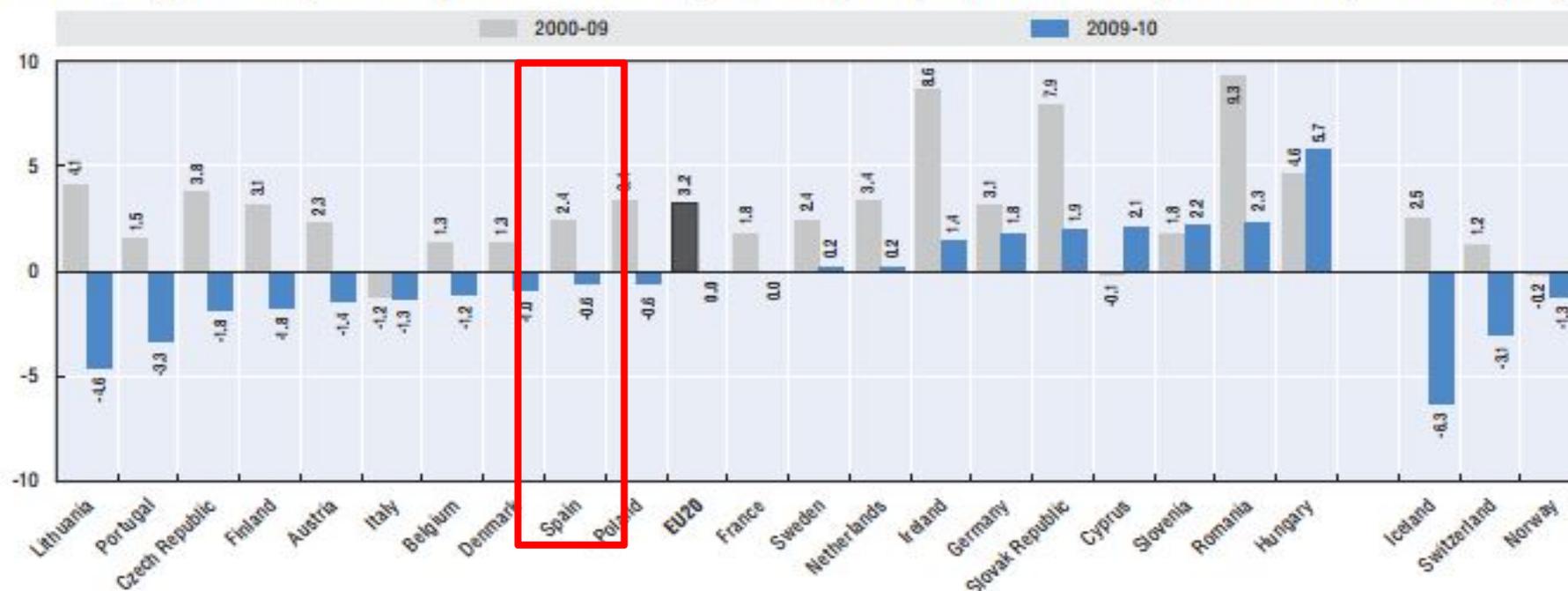
Source: OECD Health Data 2012; Eurostat Statistics Database.

## GASTO DE LA SEGURIDAD SOCIAL POR RECETAS DISPENSADAS A TRAVÉS DE OFICINAS DE FARMACIA

Año	Gasto (mill. € PVP IVA)	Incr. (%)	Nº recetas (millones)	Incr. (%)	Gto./receta (€)	Incr. (%)
2007	11.191,3	5,2	843,4	6,0	13,27	-0,7
2008	11.960,5	6,9	889,5	5,5	13,45	1,3
2009	12.506,2	4,5	934,0	4,9	13,39	-0,5
2010	12.207,7	-2,4	957,7	2,5	12,75	-4,8
2011	11.136,4	-8,8	973,2	1,6	11,44	-10,2
2012	9.769,9	-12,3	913,7	-6,1	10,69	-6,6

Fuente MSSSI: Facturación de recetas médicas.

### 5.5.2. Average annual growth in pharmaceutical expenditure per capita, in real terms, 2000 to 2010 (or nearest year)



Source: OECD Health Data 2012; Eurostat Statistics Database.

# GASTO FARMACÉUTICO

GASTO FARMACÉUTICO

GASTO FARMACÉUTICO

GASTO FARMACÉUTICO

## Resumiendo...

- 20% de nuestro gasto sanitario total sale del bolsillo del ciudadano.
- El 1.8% del PIB lo gastamos en medicamentos (sanidad en total 9% PIB, educación 5% PIB).
- Descenso del gasto farmacéutico en los últimos 3 años. Descenso del número de recetas en el último año.

GASTO FARMACÉUTICO

# GASTO FARMACÉUTICO

GASTO FARMACÉUTICO  
GASTO FARMACÉUTICO

**¿Son caros los medicamentos en España?**



Farmaindustria: “En la zona Euro, solo Portugal, Eslovaquia y Estonia tienen unos precios de medicamentos más bajos que España”



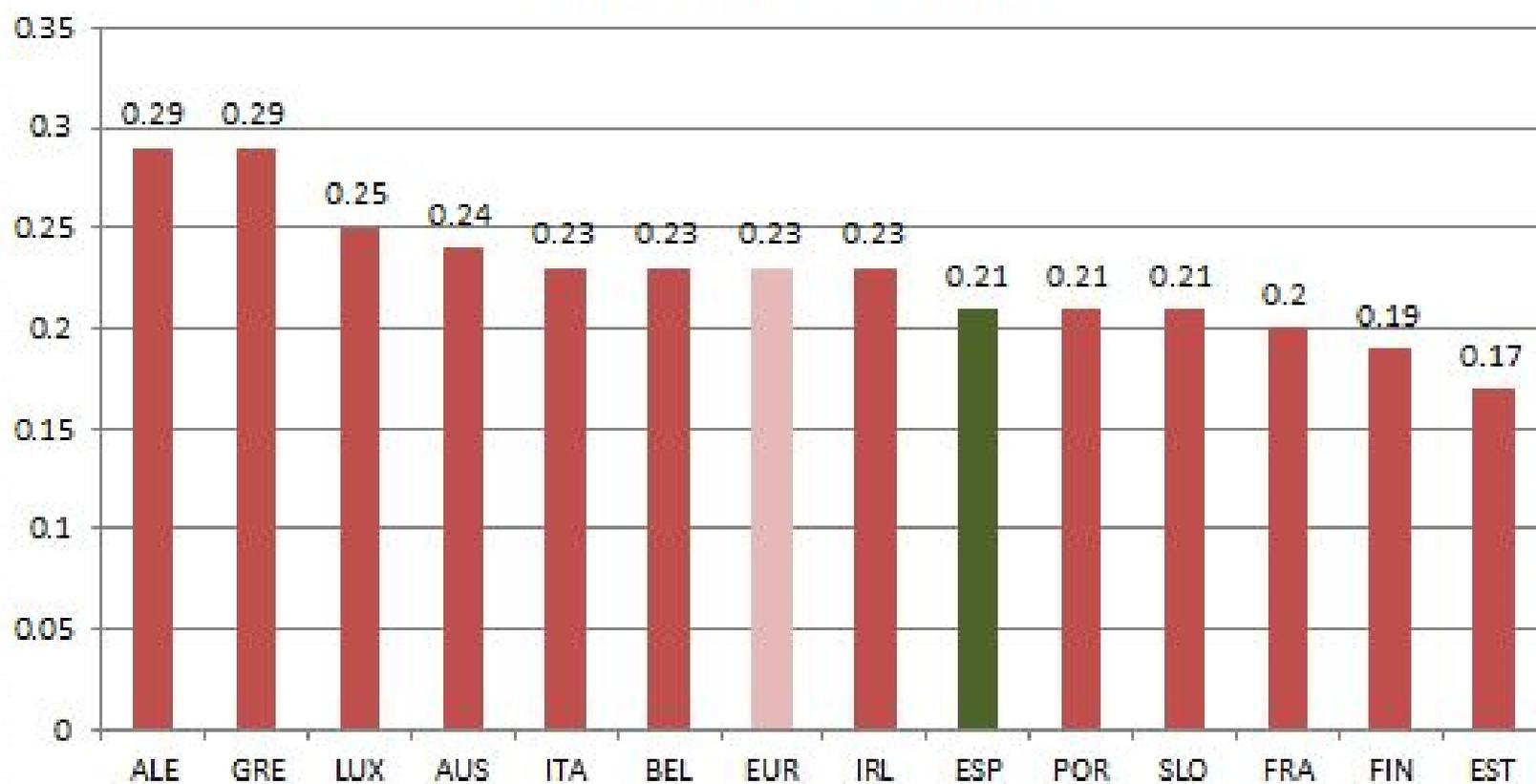
Fuente: Elaboración Farmaindustria a partir de IMS Health MIDAS. Mercado retail

Farmaindustria: “En la zona Euro, solo Portugal, Eslovaquia y Estonia tienen unos precios de medicamentos más bajos que España”

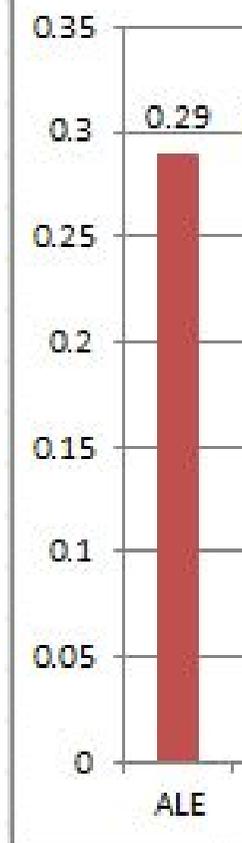


Fuente: Elaboración Farmaindustria a partir de IMS Health MIDAS. Mercado retail

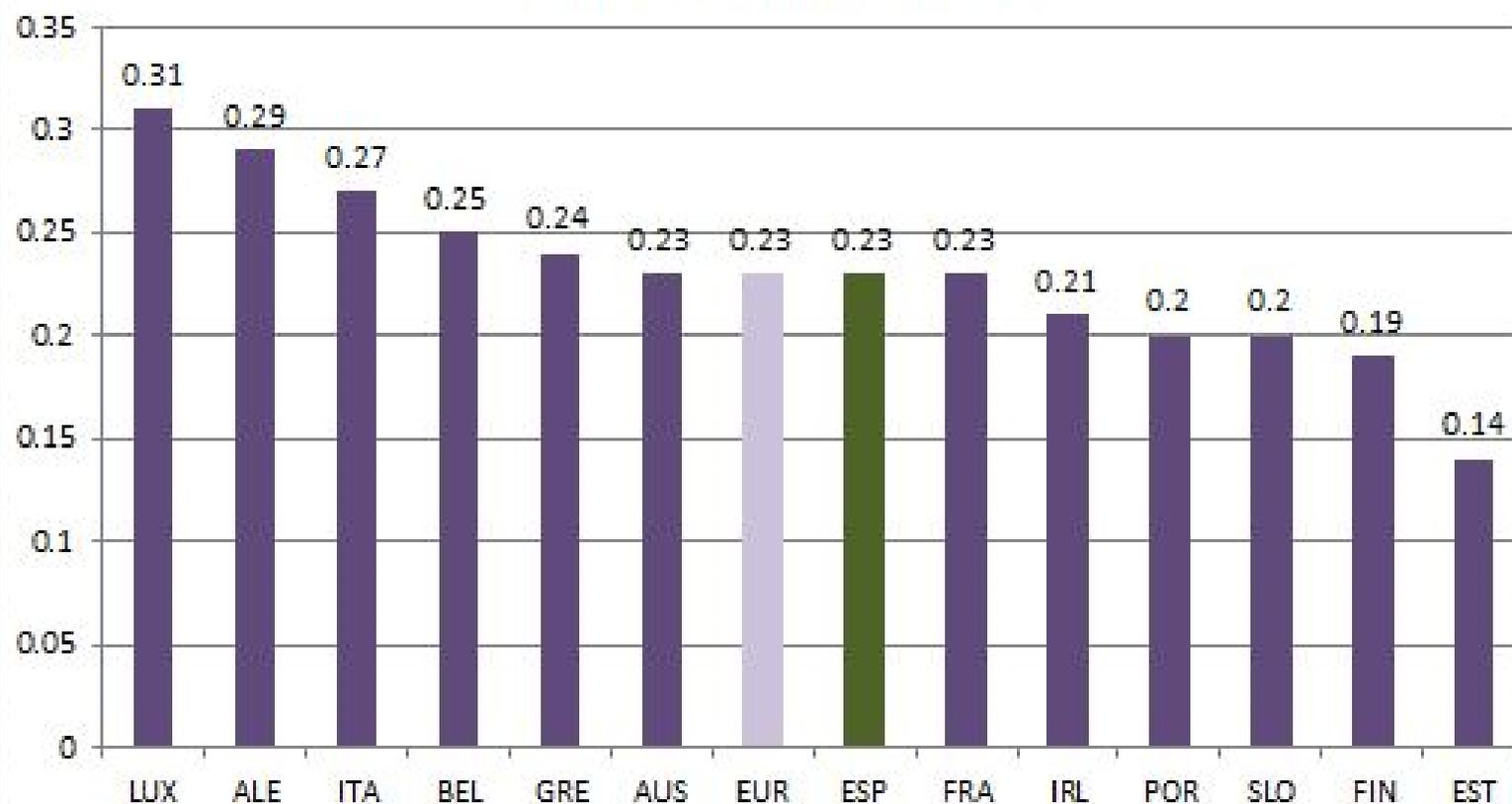
## Precio de los medicamentos ajustado por paridad del poder de compra



## Precio de los medicamentos ajustado por paridad del poder de compra



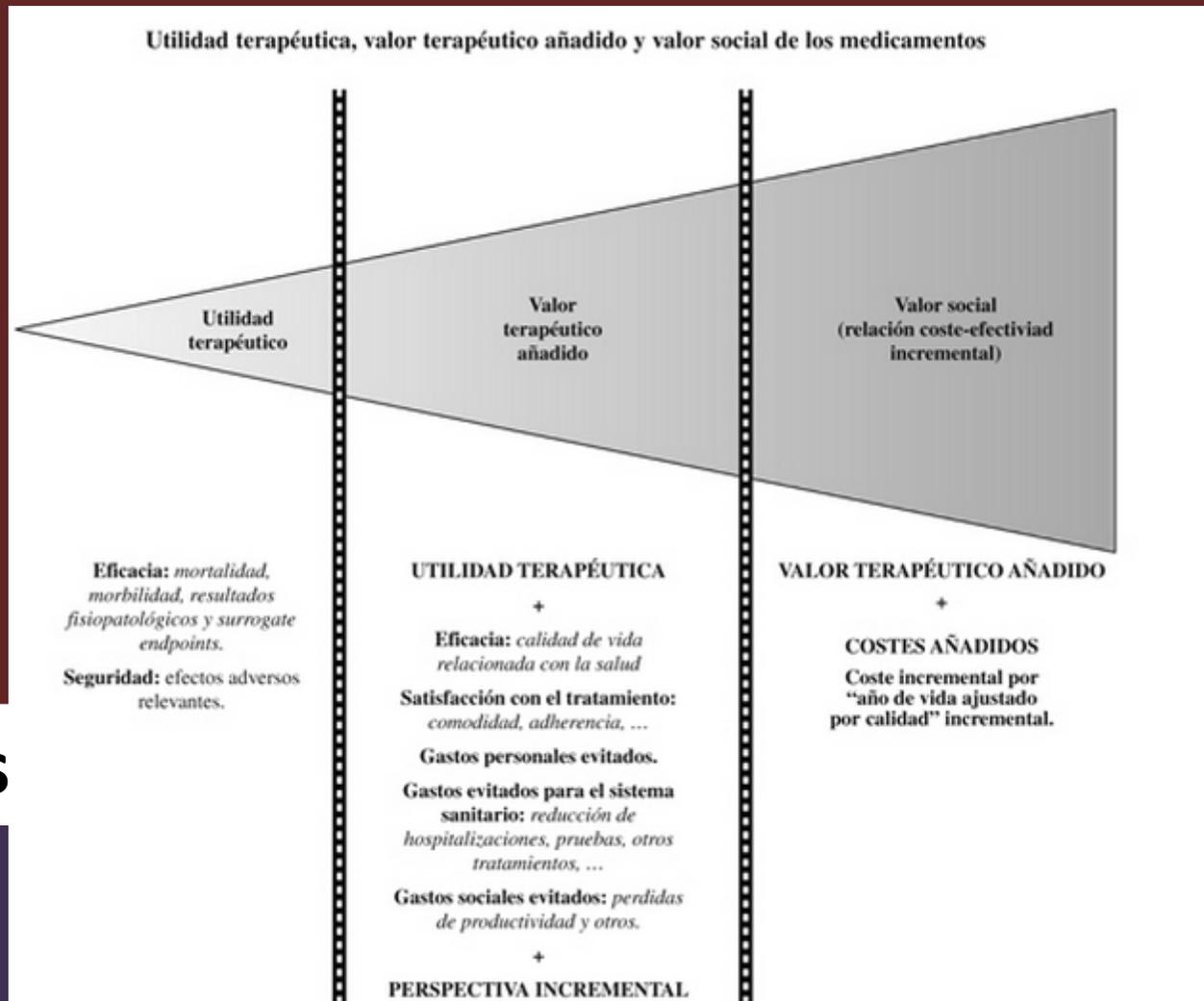
## Precio de los medicamentos ajustado por el precio del café en cada país



**¿Qué es la financiación selectiva de medicamentos?**



# De la utilidad de los medicamentos al valor terapéutico añadido.



¿Qué es

mentos?

Puig-Junoy J, Peiró S. De la utilidad de los medicamentos al valor terapéutico añadido. Rev Esp Salud Publica. 2009,83(1):59-70.

Padilla J. ¿Qué pasos componen el proceso de reinversión sanitaria? *Reinversión en salud*.  
<http://reinversionensalud.blogspot.com>

De la utilidad de los medicamentos al valor terapéutico añadido.  
De la financiación tradicional (todo o nada) a los nuevos modelos.

- Los contratos de riesgo compartido.
- Los concursos por parte de la administración.
- ...

## ¿Qué es la financiación selectiva de medicamentos?

Puig-Junoy J, Peiró S. De la utilidad de los medicamentos al valor terapéutico añadido. *Rev Esp Salud Publica*. 2009,83(1):59-70.

Padilla J. ¿Qué pasos componen el proceso de reinversión sanitaria? *Reinversión en salud*.  
<http://reinversionensalud.blogspot.com>

De la utilidad de los medicamentos al valor terapéutico añadido.  
De la financiación tradicional (todo o nada) a los nuevos modelos.

- Los contratos de riesgo compartido.
- Los concursos por parte de la administración.
- ...

¿Las desfinanciaciones realizadas por el Ministerio son “financiación selectiva de medicamentos? ¿Qué esquema han seguido y cuál se debería seguir?

1. Estudios de evaluación económica.
2. Análisis de impacto presupuestario.
3. Análisis incremental.

## ¿Qué es la financiación selectiva de medicamentos?

Puig-Junoy J, Peiró S. De la utilidad de los medicamentos al valor terapéutico añadido. Rev Esp Salud Publica. 2009,83(1):59-70.

Padilla J. ¿Qué pasos componen el proceso de reinversión sanitaria? *Reinversión en salud*.  
<http://reinversionensalud.blogspot.com>

**Pero no todo va a ser el *homo economicus*...**

Panel: Tweets from @richardhorton: "Economics, second only to 'management', may just be the biggest fraud ever perpetrated on the world."<sup>1</sup>

The case against economics:

- 1 The promise economics offers is seductive: how to allocate scarce resources in society. It's a false promise.<sup>2</sup>
- 2 Economists write as if the economy=society, and societal problems=economic problems. The conflation is false too.<sup>3</sup>
- 3 Once there was political economy = economics, ethics, politics. Economists have stripped morality from economics, leaving an arid science.<sup>4</sup>
- 4 The high points of economic thinking are theories, not data. Reliable experimentally derived data are anathema for most economists.<sup>5</sup>
- 5 Economists see health as an economic good. It is an opportunity cost, with zero intrinsic value.<sup>6</sup>
- 6 Rationality, for the economist, means subjecting every thought/decision to a cost-benefit analysis. A wholly narrow view of humanity.<sup>7</sup>
- 7 The big idea in economics is the market. The assumption is that human beings make cost-benefit decisions based only on self-interest. No.<sup>8</sup>
- 8 The essence of economics is price. For those in health who argue for access free at point of delivery, we kill the soul of the economist.<sup>9</sup>
- 9 Economists deny the existence of citizens. They see only consumers.<sup>10</sup>
- 10 Finally, it's acceptable to worsen the lives of some provided the gains of others compensate. Economists institutionalise inequality.<sup>11</sup>

**Pasemos de la farmacoeconomía a la  
farmacotectomía → desprescripción.**



**¿Qué determina una prescripción más allá de los datos “científicos”?**



- Experiencias personales del médico con los medicamentos en cuestión.
- Experiencias personales del paciente con los medicamentos en cuestión.
- Facilidad de las herramientas informáticas para la prescripción (¿trabas administrativas...)

**¿Qué es determina una prescripción más allá de los datos “científicos”?**

## ¿Qué es determina una prescripción más allá de los datos “científicos”?

- Experiencias personales del médico con los medicamentos en cuestión.
- Experiencias personales del paciente con los medicamentos en cuestión.
- Facilidad de las herramientas informáticas para la prescripción (¿trabas administrativas...)

- Experiencias personales del médico con los medicamentos en cuestión.
- Experiencias personales del paciente con los medicamentos en cuestión.
- Facilidad de las herramientas informáticas para la prescripción (¿trabas administrativas...)

## ¿Qué es determina una prescripción más allá de los datos “científicos”?

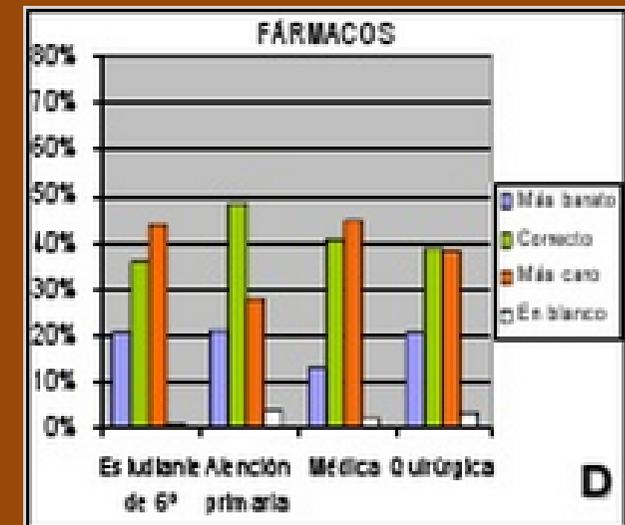
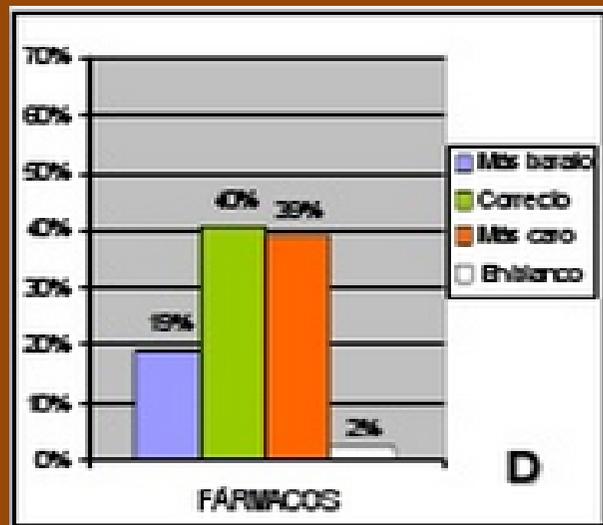
- El conocimiento del médico del precio de los medicamentos.

Carmona M, Lorente S, Martín N, Pérez M, Rodríguez F, Rodríguez A. ¿Conocen los médicos el valor de lo que usan? Un estudio piloto. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/60970852/estudiopercepcioncoste>

- Experiencias personales del médico con los medicamentos en cuestión.
- Experiencias personales del paciente con los medicamentos en cuestión.
- Facilidad de las herramientas informáticas para la prescripción (¿trabas administrativas...)

## ¿Qué es determina una prescripción más allá de los datos “científicos”?

- El conocimiento del médico del precio de los medicamentos.

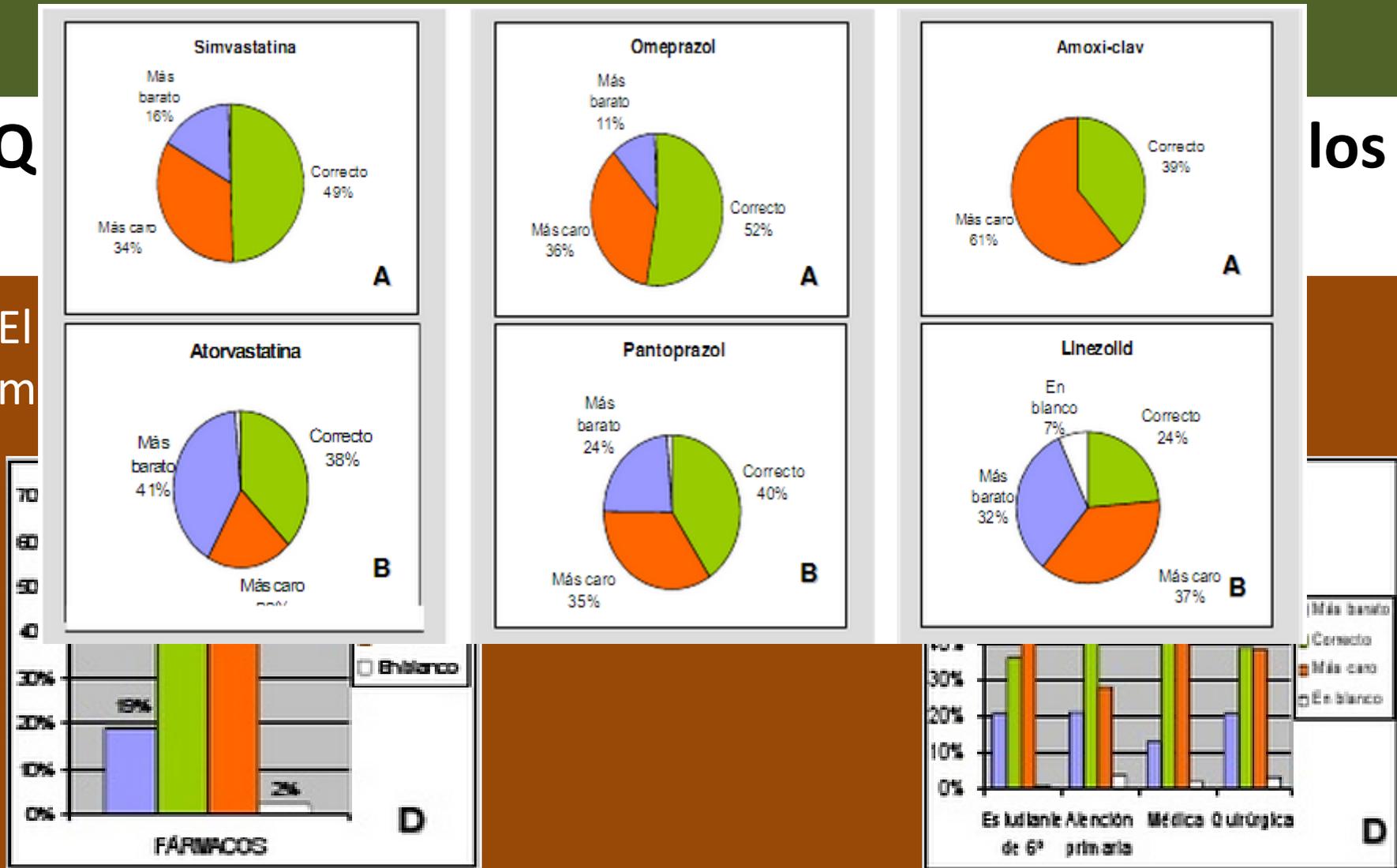


- Experiencias personales del médico con los medicamentos en cuestión.
- Experiencias personales del paciente con los medicamentos en cuestión.
- Facilidad de las herramientas informáticas para la prescripción (¿trabas administrativas...)

¿Q

los

• El m



- Experiencias personales del médico con los medicamentos en cuestión.
- Experiencias personales del paciente con los medicamentos en cuestión.
- Facilidad de las herramientas informáticas para la prescripción (¿trabas administrativas...)
- El conocimiento del médico del precio de los medicamentos.

## ¿Qué es determina una prescripción más allá de los datos “científicos”?

- La clase social del paciente... ¿tratamos igual a los pacientes pobres?

“En esta vida maldita  
siempre le faltan las cosas  
A quien más lo necesita”



- Experiencias personales del médico con los medicamentos en cuestión.
- Experiencias personales del paciente con los medicamentos en cuestión.
- Facilidad de las herramientas informáticas para la prescripción (¿trabas administrativas...)
- El conocimiento del médico del precio de los medicamentos.

## ¿Qué es determina una prescripción más allá de los datos “científicos”?

- La clase social del paciente... ¿tratamos igual a los pacientes pobres?

Cuando más baja es la clase social de nuestro paciente...

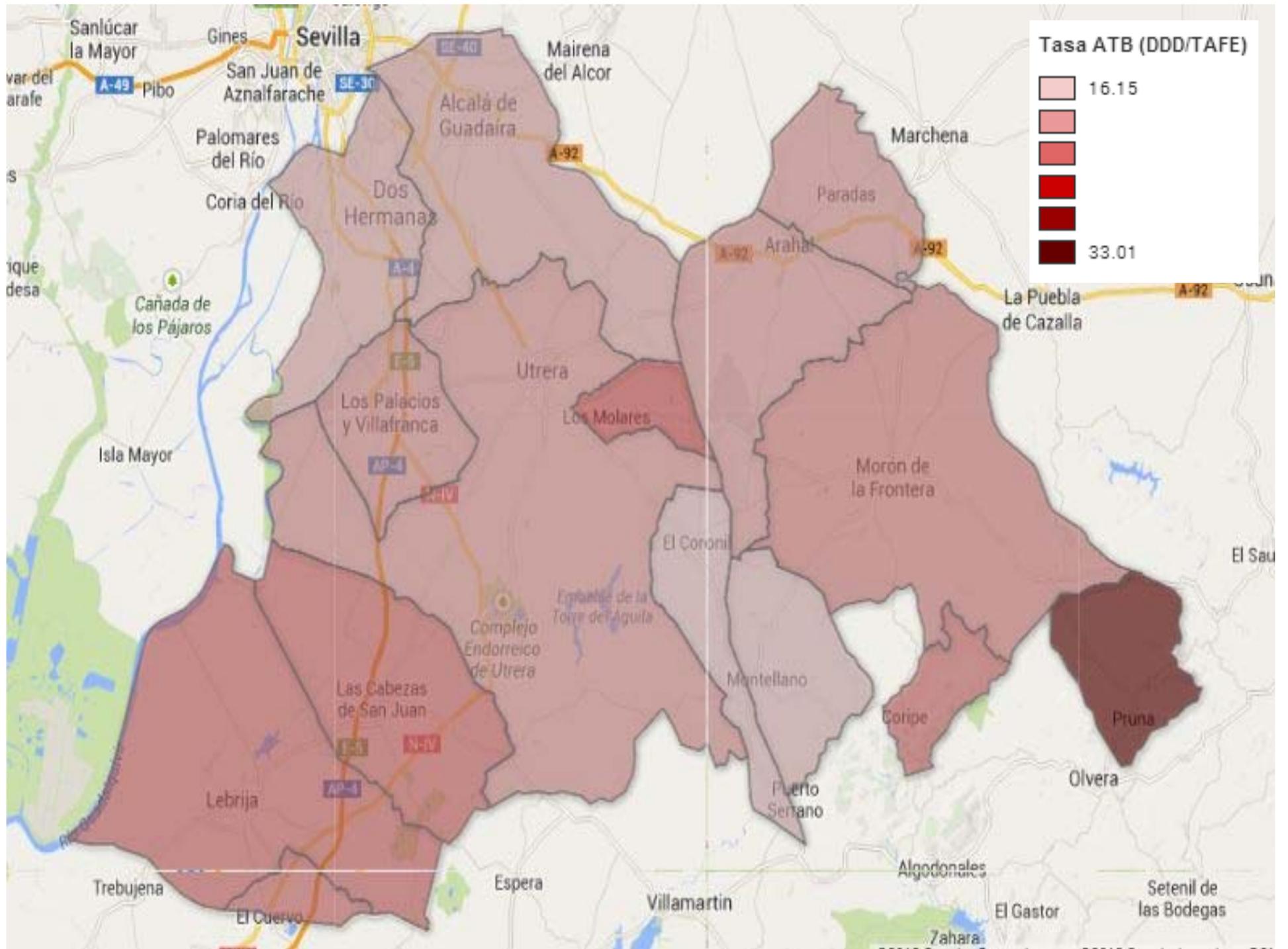
- Menor información le damos sobre el tratamiento.
- Menor anamnesis hacemos sobre factores sociales.
- Menor participación le dejamos en la toma de decisiones terapéuticas.

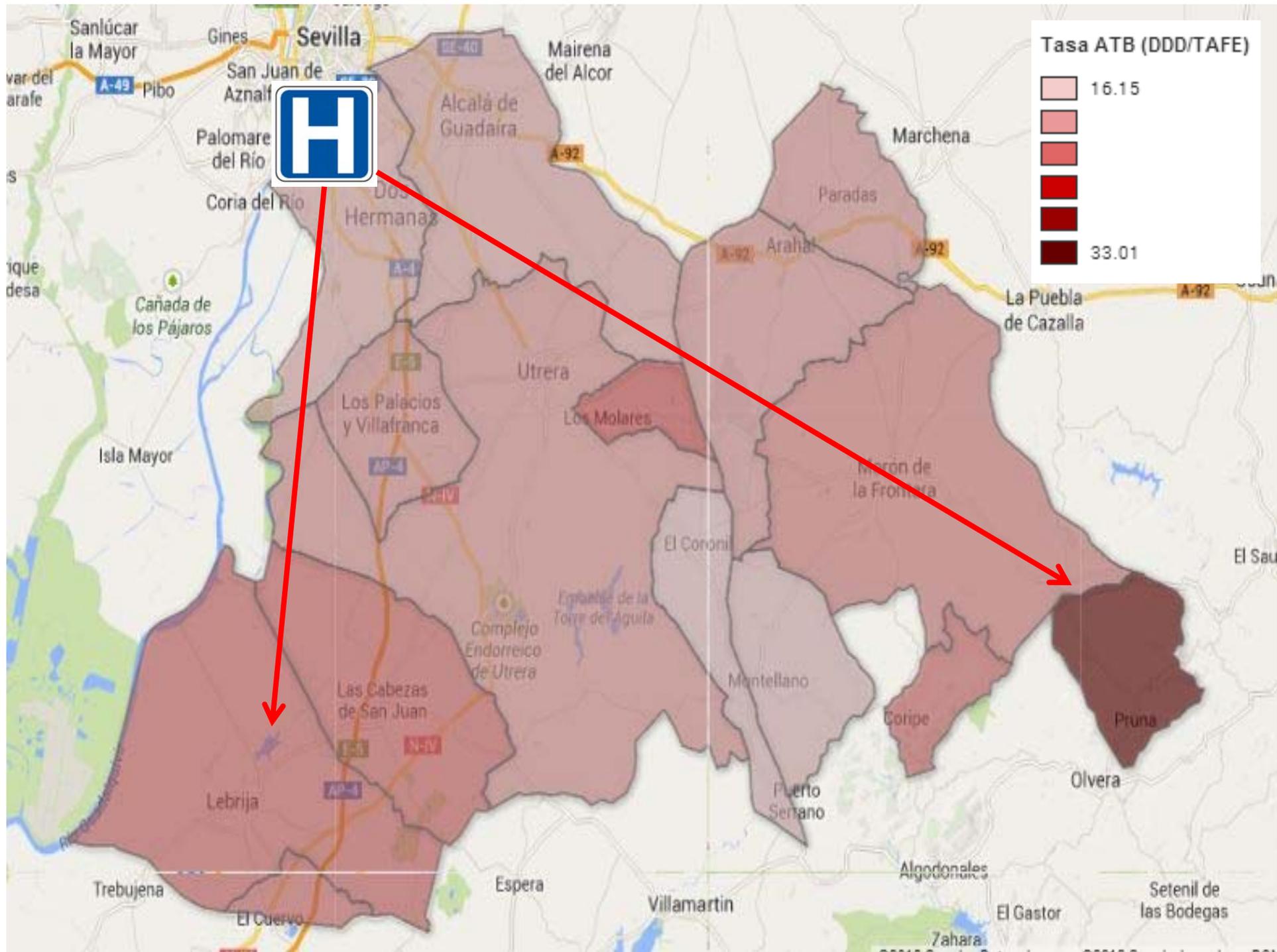
Verlinde E, De Laener N, De Maesschalck S, Deveugele M, Willems S. The social gradient in doctor-patient communication. *International journal for equity in health*. 2012;11(1):12.

- Experiencias personales del médico con los medicamentos en cuestión.
- Experiencias personales del paciente con los medicamentos en cuestión.
- Facilidad de las herramientas informáticas para la prescripción (¿trabas administrativas...)
- El conocimiento del médico del precio de los medicamentos.
- La clase social del paciente... ¿tratamos igual a los pacientes pobres?

## ¿Qué es determina una prescripción más allá de los datos “científicos”?

- El lugar donde uno vive... “dime dónde vives y te diré si te doy antibiótico”.







**Las frases clave para sentar las bases de la  
desprescripción**



1. **Ningún fármaco es para siempre.**
2. Ningún cambio en la medicación es irreversible.
3. Más vale quedarse corto que pasarse.
4. No siempre más es mejor.
5. No existen fármacos para todos los problemas.
6. Ningún fármaco es 100% efectivo.
7. Ningún medicamento está exento de poder acarrear problemas.
8. En una persona mayor, cada nuevo síntoma debe ser atribuido a un efecto adverso hasta que se demuestre lo contrario.
9. Lo nuevo no siempre es bueno.

**¿Qué es la desprescripción? ¿objetivo o proceso?**

**De la prescripción prudente a la desprescripción.**

1. Piensa más allá de los medicamentos.

2. Practica una prescripción más estratégica.

3. Mantente alerta ante la aparición de posibles reacciones adversas a medicamentos.

4. Aproxímate a los nuevos medicamentos y a las nuevas indicaciones con prudencia y escepticismo

5. Se debe trabajar con los pacientes para establecer objetivos comunes.

6. Valorar los efectos del tratamiento de forma amplia y a largo plazo

## **De la prescripción prudente a la desprescripción.**

Schiff G, et al. Principles of conservative medicine. *Arch Intern Med* 2011.

Iniciativa por una prescripción prudente. <http://prescripcionprudente.wordpress.com>

## 1. Piensa más allá de los medicamentos.

- Busca, en primera instancia, alternativas **no farmacológicas**
- Considera las **causas subyacentes** potencialmente tratables, en vez de tratar los síntomas con medicamentos
- Busca oportunidades para la **prevención**, en lugar de centrarte en el tratamiento de síntomas o de una enfermedad avanzada.
- Siempre que sea posible, usa el **tiempo como un test diagnóstico y terapéutico**
- Maneja **pocos medicamentos** pero aprende a manejarlos **bien**.

## De la prescripción prudente a la desprescripción.

Schiff G, et al. Principles of conservative medicine. *Arch Intern Med* 2011.

Iniciativa por una prescripción prudente. <http://prescripcionprudente.wordpress.com>

## 1. Piensa más allá de los medicamentos.

- Busca, en primera instancia, alternativas **no farmacológicas**
- Considera las **causas subyacentes** potencialmente tratables, en vez de tratar los síntomas con medicamentos
- Busca oportunidades para la **prevención**, en lugar de centrarte en el tratamiento de síntomas o de una enfermedad avanzada.
- Siempre que sea posible, usa el **tiempo como un test diagnóstico y terapéutico**
- Maneja **pocos medicamentos** pero aprende a manejarlos bien.

FRCV, insomnio...

Sintomatología  
hipo/hipertiroidea

Tabaquismo

“síntomas llave”

“la pastillita gorda  
blanca”

## De la prescripción prudente a la desprescripción.

Schiff G, et al. Principles of conservative medicine. *Arch Intern Med* 2011.

Iniciativa por una prescripción prudente. <http://prescripcionprudente.wordpress.com>

## 2. Practica una prescripción más estratégica.

- **Evita el cambio continuo a nuevos medicamentos** sin tener motivos claros y concluyentes basados en la evidencia
- Sé **escéptico** con el tratamiento individualizado
- Siempre que sea posible, **comienza el tratamiento con un solo fármaco.**

## De la prescripción prudente a la desprescripción.

Schiff G, et al. Principles of conservative medicine. *Arch Intern Med* 2011.

Iniciativa por una prescripción prudente. <http://prescripcionprudente.wordpress.com>

## 2. Practica una prescripción más estratégica.

- **Evita el cambio continuo a nuevos medicamentos** sin tener motivos claros y concluyentes basados en la evidencia
- Sé **escéptico** con el tratamiento individualizado
- Siempre que sea posible, **comienza el tratamiento con un solo fármaco.**

Cilostazol, dronedarona...

¿análisis de subgrupos?

¿incluso en HTA?

## De la prescripción prudente a la desprescripción.

Schiff G, et al. Principles of conservative medicine. *Arch Intern Med* 2011.

Iniciativa por una prescripción prudente. <http://prescripcionprudente.wordpress.com>

### 3. Mantente alerta ante la aparición de posibles reacciones adversas a medicamentos.

- Ante un nuevo problema de salud, piensa en primer lugar si puede tratarse de una **reacción adversa** a algún medicamento
- **Informa** a los pacientes sobre las posibles reacciones adversas que pueden provocar sus medicamentos para que sean capaces de reconocerlas lo más pronto posible en caso de que aparezcan.
- Considera si no estás **promoviendo**, y a su vez tratando, un síndrome de abstinencia.

## De la prescripción prudente a la desprescripción.

Schiff G, et al. Principles of conservative medicine. *Arch Intern Med* 2011.

Iniciativa por una prescripción prudente. <http://prescripcionprudente.wordpress.com>

### 3. Mantente alerta ante la aparición de posibles reacciones adversas a medicamentos.

- Ante un nuevo problema de salud, piensa en primer lugar si puede tratarse de una **reacción adversa** a algún medicamento
- **Informa** a los pacientes sobre las posibles reacciones adversas que pueden provocar sus medicamentos para que sean capaces de reconocerlas lo más pronto posible en caso de que aparezcan.
- Considera si no estás **promoviendo**, y a su vez tratando, un síndrome de abstinencia.

Tos por IECAs, ICC por AINEs

Signos de alarma

Omeprazol y “rebote”

## De la prescripción prudente a la desprescripción.

Schiff G, et al. Principles of conservative medicine. *Arch Intern Med* 2011.

Iniciativa por una prescripción prudente. <http://prescripcionprudente.wordpress.com>

- Infórmate de los nuevos medicamentos y las nuevas indicaciones empleando **fuentes fiables e independientes**.
- **No tengas prisa** por utilizar medicamentos de reciente comercialización.
- Asegúrate de que el medicamento mejora **resultados clínicos orientados al paciente** en vez de variables subrogadas orientadas a la enfermedad.
- **Rehúye la ampliación** o extrapolación de indicaciones
- **No dejarse seducir por la elegante farmacología molecular** o fisiológica de algunos fármacos.
- Ten precaución con la **promoción selectiva de estudios**.

4. Aproxímate a los nuevos medicamentos y a las nuevas indicaciones con prudencia y escepticismo

## De la prescripción prudente a la desprescripción.

Schiff G, et al. Principles of conservative medicine. *Arch Intern Med* 2011.

Iniciativa por una prescripción prudente. <http://prescripcionprudente.wordpress.com>

- Infórmate de los nuevos medicamentos y las nuevas indicaciones empleando **fuentes fiables e independientes**.
- **No tengas prisa** por utilizar medicamentos de reciente comercialización.
- Asegúrate de que el medicamento mejora **resultados clínicos orientados al paciente** en vez de variables subrogadas orientadas a la enfermedad.
- **Rehúye la ampliación** o extrapolación de indicaciones
- **No dejarse seducir por la elegante farmacología molecular** o fisiológica de algunos fármacos.
- Ten precaución con la **promoción selectiva de estudios**.

Conflictos de intereses

60% efs. adversos en los  
1os 7 años

HbA1c, DMO,...

“pregabalina para todo”

Rosiglitazona, torcetrapib

Antidepresivos (ISRS)

4. Aproxímate a los nuevos medicamentos y a las nuevas indicaciones con prudencia y escepticismo

## De la prescripción prudente a la desprescripción.

Schiff G, et al. Principles of conservative medicine. *Arch Intern Med* 2011.

Iniciativa por una prescripción prudente. <http://prescripcionprudente.wordpress.com>

- **Evita volver a prescribir** medicamentos que ya han sido administrados previamente al paciente sin obtener respuesta, o que causaron una reacción adversa.
- No cedas, de forma precipitada y poco crítica, a las **peticiones de los pacientes**, especialmente con los medicamentos que conocen por la publicidad.
- **Suspende el tratamiento con fármacos innecesarios** o que no están siendo efectivos.
- **Respetar las dudas** expresadas por los pacientes acerca de sus medicamentos.
- Ante un fracaso terapéutico, evita prescribir más fármacos sin antes **comprobar la adherencia** del paciente al tratamiento.

5. Se debe trabajar con los pacientes para establecer objetivos comunes.

## De la prescripción prudente a la desprescripción.

Schiff G, et al. Principles of conservative medicine. *Arch Intern Med* 2011.

Iniciativa por una prescripción prudente. <http://prescripcionprudente.wordpress.com>

- **Evita volver a prescribir** medicamentos que ya han sido administrados previamente al paciente sin obtener respuesta, o que causaron una reacción adversa.
- No cedas, de forma precipitada y poco crítica, a las **peticiones de los pacientes**, especialmente con los medicamentos que conocen por la publicidad.
- **Suspende el tratamiento con fármacos innecesarios** o que no están siendo efectivos.
- **Respetar las dudas** expresadas por los pacientes acerca de sus medicamentos.
- Ante un fracaso terapéutico, evita prescribir más fármacos sin antes **comprobar la adherencia** del paciente al tratamiento.

Cuidado con algoritmos

Comunicación

Fármacos HBP,  
incontinencia...

Vacunas, "alternativas",...

Acenocumarol

5. Se debe trabajar con los pacientes para establecer objetivos comunes.

## De la prescripción prudente a la desprescripción.

Schiff G, et al. Principles of conservative medicine. *Arch Intern Med* 2011.

Iniciativa por una prescripción prudente. <http://prescripcionprudente.wordpress.com>

- Busca oportunidades para **mejorar los sistemas de prescripción** y hacer cambios que hagan más segura la prescripción y uso de medicamentos
- Piensa más allá de los beneficios a corto plazo de los fármacos y valora los **beneficios y riesgos a más largo plazo**.

6. Valorar los efectos del tratamiento de forma amplia y a largo plazo

## De la prescripción prudente a la desprescripción.

Schiff G, et al. Principles of conservative medicine. *Arch Intern Med* 2011.

Iniciativa por una prescripción prudente. <http://prescripcionprudente.wordpress.com>

- Busca oportunidades para **mejorar los sistemas de prescripción** y hacer cambios que hagan más segura la prescripción y uso de medicamentos
- Piensa más allá de los beneficios a corto plazo de los fármacos y valora los **beneficios y riesgos a más largo plazo**.

Automatizar la prescripción con plena conciencia

Antibioterapia

6. Valorar los efectos del tratamiento de forma amplia y a largo plazo

## De la prescripción prudente a la desprescripción.

Schiff G, et al. Principles of conservative medicine. *Arch Intern Med* 2011.

Iniciativa por una prescripción prudente. <http://prescripcionprudente.wordpress.com>



## De la prescripción prudente a la deprescripción.

Le Couteur D, Banks E, Gnjidic D, McLachlan A. Deprescribing. Aust Prescr . 2011; 34 (6) :182-5.  
Gavilán E, Villafaina A. De la polimedición a la deprescripción. Estrategias prácticas. Disponible en:  
<http://es.slideshare.net/egavilan/polimedicacion-y-deprescripcion>



**La prescripción inducida, la eterna *queja* del médico de familia.**



# La prescripción inducida, la eterna *queja* del médico de familia.

Abundante bibliografía al respecto.  
¿Cómo definirla?

“la prescripción generada por otro facultativo cuando el médico de cabecera acepta transcribirla aunque no comparta su planteamiento diagnóstico-terapéutico.”

Peiró S, Sanfélix-Gimeno G. La prescripción inducida, un falso problema que esconde las carencias de la gestión de la prescripción. *Rev Calid Asist* 2010;25(6):315-7

Abundante bibliografía al respecto.  
¿Cómo definirla?

## La prescripción inducida, la eterna *queja* del médico de familia.

- Fenómeno de importante magnitud: 10-70% de las prescripciones según estudios.
- Especialmente frecuente con medicación procedente de servicios de urgencias (>50%).
- Precio por dosis elevado (el doble que en la prescripción no inducida).
- Algún grado de desacuerdo con la prescripción hasta en 30% de las mismas.
- En 20% de los casos, no había información suficiente para hacer el seguimiento del tratamiento en Atención Primaria.

Peiró S, Sanfélix-Gimeno G. La prescripción inducida, un falso problema que esconde las carencias de la gestión de la prescripción. *Rev Calif Asist* 2010;25(6):315-7

Fernández Liz E, et al. Prescripción inducida a médicos de atención primaria procedente del hospital de referencia, Hospital Unviersitari Vall d'Hebron. *Aten Primaria* 2004;33(3):118-25

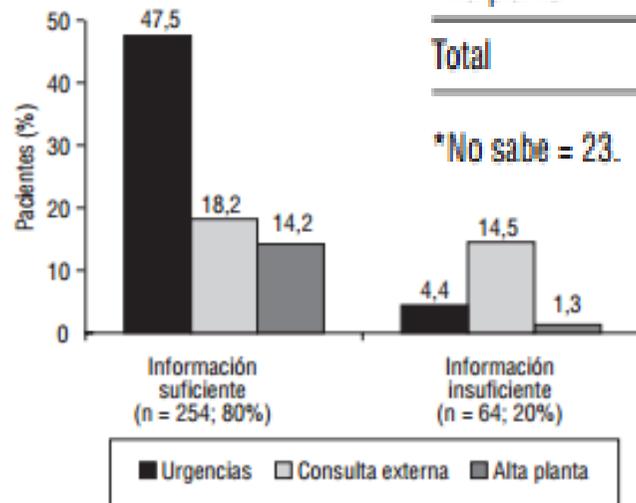
Abundante bibliografía  
¿Cómo definirla?

**TABLA 3**

**Distribución de la prescripción inducida. Grado de acuerdo según la procedencia de la prescripción**

Procedencia	Acuerdo total n (%)	Acuerdo parcial n (%)	Desacuerdo total n (%)	Desconocido n (%)	Total n (%)
Urgencias	249 (62,4)	70 (17,5)	29 (7,3)	51 (12,8)	399 (100)
Consultas externas	111 (49,1)	31 (13,7)	8 (3,5)	55 (24,3)	226 (100)
Alta planta	174 (79,5)	13 (5,9)	7 (3,2)	23 (10,5)	219 (100)
Total	534 (63,3)	114 (13,5)	44 (5,2)	129* (15,3)	844 (100)

\*No sabe = 23.



**FIGURA 1**

Opinión del médico de familia sobre la información procedente del hospital para el seguimiento y control del paciente.

gnitud: 10-70% de las prescripciones según

medicación procedente de servicios de urgencias

oble que en la prescripción no inducida).

n la prescripción hasta en 30% de las mismas.

información suficiente para hacer el seguimiento

primaria.

Peiró S, Sanfélix-Gimeno G. La prescripción inducida, un falso problema que esconde las carencias de la gestión de la prescripción. *Rev Calid Asist* 2010;25(6):315-7

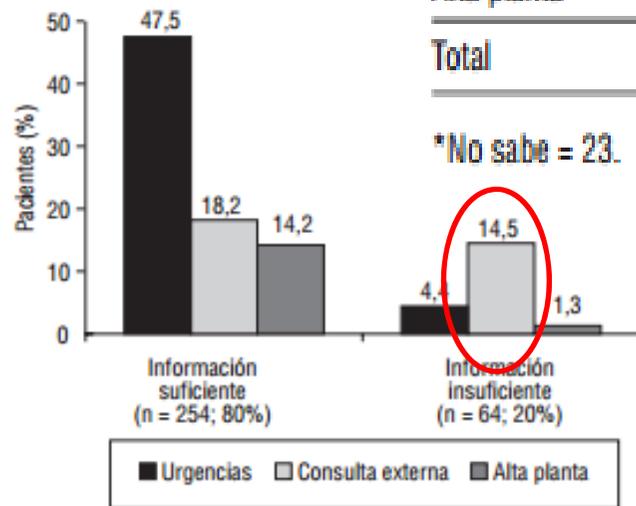
Fernández Liz E, et al. Prescripción inducida a médicos de atención primaria procedente del hospital de referencia, Hospital Unversitari Vall d'Hebron. *Aten Primaria* 2004;33(3):118-25

Abundante bibliografía  
¿Cómo definirla?

**TABLA 3**

**Distribución de la prescripción inducida. Grado de acuerdo según la procedencia de la prescripción**

Procedencia	Acuerdo total n (%)	Acuerdo parcial n (%)	Desacuerdo total n (%)	Desconocido n (%)	Total n (%)
Urgencias	249 (62,4)	70 (17,5)	29 (7,3)	51 (12,8)	399 (100)
Consultas externas	111 (49,1)	31 (13,7)	8 (3,5)	55 (24,3)	226 (100)
Alta planta	174 (79,5)	13 (5,9)	7 (3,2)	23 (10,5)	219 (100)
Total	534 (63,3)	114 (13,5)	44 (5,2)	129* (15,3)	844 (100)



**FIGURA 1**

Opinión del médico de familia sobre la información procedente del hospital para el seguimiento y control del paciente.

gnitud: 10-70% de las prescripciones según

medicación procedente de servicios de urgencias

oble que en la prescripción no inducida).

en la prescripción hasta en 30% de las mismas.

información suficiente para hacer el seguimiento

primaria.

Peiró S, Sanfélix-Gimeno G. La prescripción inducida, un falso problema que esconde las carencias de la gestión de la prescripción. *Rev Calid Asist* 2010;25(6):315-7

Fernández Liz E, et al. Prescripción inducida a médicos de atención primaria procedente del hospital de referencia, Hospital Unversitari Vall d'Hebron. *Aten Primaria* 2004;33(3):118-25

**Tabla 1** Problemas éticos y valores implicados en el escenario clínico

Problemas éticos	Valores implicados
<p>En relación con los usuarios del sistema sanitario</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestión equitativa del tiempo, dedicando más tiempo a los pacientes que más lo necesitan</li> <li>• Crear desconcierto ante una discrepancia de criterios entre médicos</li> <li>• Conculcar el derecho a una prescripción financiada</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La salud de los otros pacientes, aquellos que consultan o presentan problemas de salud graves</li> <li>• Los intereses del paciente: su seguridad, su tiempo, dinero, la financiación de lo prescrito</li> <li>• La seguridad y eficacia del tratamiento</li> </ul>
<p>En relación con el sistema sanitario</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Contribuir a la pérdida de seguridad, eficacia, efectividad y eficiencia del sistema, ligadas a la descoordinación de procesos entre niveles</li> <li>• Contribuir a la pérdida de eficiencia ligada a la burocratización de la asistencia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La seguridad, eficacia, efectividad, eficiencia e imagen del sistema sanitario</li> <li>• La eficiencia de la prescripción, que contribuye a su sostenibilidad</li> </ul>
<p>En relación con el médico prescriptor</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Actuar con incoherencia al prescribir algo en contra del propio criterio</li> <li>• Contribuir a una relación clínica burocratizada</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Su seguridad e integridad psíquica y física (riesgo real de agresiones)</li> <li>• Su autonomía profesional, en la que se fundan tanto la libertad de prescripción, como la posibilidad de realización profesional digna</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contribuir a una relación clínica excesivamente complaciente.</li> <li>• Contribuir al deterioro de la calidad de la prescripción</li> <li>• Contribuir al propio desgaste profesional, ligado a una pérdida de la autonomía profesional</li> <li>• Poner en riesgo la relación clínica, ante una forma incorrecta de reconducción de demandas inadecuadas</li> <li>• Poner en riesgo la propia seguridad, ante la posibilidad de agresión verbal o física</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Una relación clínica basada en la confianza y centrada en el ejercicio propiamente médico</li> <li>• El propio marco jurídico, que ampara la libertad del ejercicio profesional</li> </ul>

2012;44(2):62-4

Peiró S, Sanfélix-Gimeno G. La prescripción inducida, un falso problema que esconde las carencias de la gestión de la prescripción. *Rev Calid Asist* 2010;25(6):315-7

Abundante bibliografía al respecto.  
¿Cómo definirla?  
Datos abundantes...

## La prescripción inducida, la eterna *queja* del médico de familia.

Todas las alternativas pasan por una mejor coordinación interniveles y blablabla...

... pero...

Entrada de la prescripción electrónica en los hospitales + queja constante por la prescripción inducida = pérdida de control en la medicación del paciente = pérdida de coordinación.

Álvarez Montero S. Prescripción inducida en atención primaria: perspectiva bioética. *Aten Primaria* 2012;44(2):62-4

Peiró S, Sanfélix-Gimeno G. La prescripción inducida, un falso problema que esconde las carencias de la gestión de la prescripción. *Rev Calid Asist* 2010;25(6):315-7

La importancia de CONOCER para que no nos engañen

La importancia de COMUNICAR para que sirva de algo lo que hacemos

La importancia de REFLEXIONAR para poder modificar la práctica clínica

La importancia de DAR VALOR AÑADIDO a lo que hacemos  
para que el paciente crea en nosotros

**Concluyendo...**



“Remember when the scenery started fading  
I hold you till you learn to walk on the air.” (L.  
Cohen)



“Remember when the scenery started fading  
I hold you till you learn to walk on the air.” (L.  
Cohen)

## **Javier Padilla Bernáldez**

Médico de familias y comunidades.

M.I.R. Medicina Preventiva y Salud Pública.

H.U. Virgen de Valme. Sevilla

**[javithink@gmail.com](mailto:javithink@gmail.com)** // **[@javierpadillab](https://www.instagram.com/javierpadillab)**

**<http://medicocritico.blogspot.com>**

