

T. D.
VIA

UNIVERSIDAD DE SEVILLA
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE FARMACOLOGIA, PEDIATRIA Y RADIOLOGIA



ANALISIS DE DIVERSOS FACTORES QUE INFLUYEN EN LA
UTILIZACION DE MEDICAMENTOS: PUBLICIDAD,
VISITA MEDICA, PRENSA ESCRITA.

A handwritten signature in black ink, consisting of several loops and a long horizontal stroke at the bottom.

JOSE ANTONIO VAZQUEZ DIAZ

Sevilla, 1.993

R. 19393

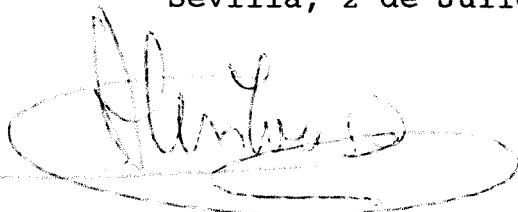
ANTONIO HEVIA ALONSO, Profesor Titular de Farmacología, del Dpto. de Farmacología, Pediatría y Radiología de la Universidad de Sevilla.

FRANCISCO JOSE LOPEZ VALPUESTA, Profesor Asociado de Farmacología, del Dpto. de Farmacología, Pediatría y Radiología de la Universidad de Sevilla.

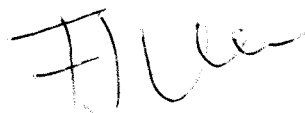
C E R T I F I C A N :

Que D. JOSE ANTONIO VAZQUEZ DIAZ, Licenciado en Medicina y Cirugía, ha realizado bajo su tutela y dirección el trabajo "ANALISIS DE DIVERSOS FACTORES QUE INFLUYEN EN LA UTILIZACION DE MEDICAMENTOS: PUBLICIDAD, VISITA MEDICA, PRENSA ESCRITA", que consideramos satisfactorio para optar al grado de Doctor en Medicina y Cirugía.

Sevilla, 2 de Julio de 1.993.



Prof. A. Hevia Alonso



Prof. F.J. López Valpuesta



UNIVERSIDAD DE SEVILLA
BIBLIOTECA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS

Graduado en Ciencias Exactas y Naturales
al No. 240 44
Sevilla, 1944

Alcarras

A mis padres
A Maria Luisa y Carolina

AGRADECIMIENTOS:

Al Profesor D. Antonio Hevia Alonso, por su apoyo, confianza y constante estímulo, mi más sincero agradecimiento.

Al Profesor D. Francisco José López Valpuesta, por la ayuda y colaboración prestada en todo momento en la realización de esta Tesis.

Al Profesor D. José Serrano Molina Catedrático de Farmacología, por su colaboración y participación en el presente trabajo.

A D. Antonio Romero Tavares, por su ayuda en la búsqueda de material bibliográfico.

A la Srta. Regla Vera Guerrero, Secretaria de nuestro Departamento por su colaboración.

A todo el personal del Departamento de Farmacología, Pediatría y Radiología.

INDICE

I.	INTRODUCCION	.....	1
1.	<i>TEORIA DE LA INFORMACION</i>		
1.1.	CONCEPTO DE INFORMACION	.....	2
1.2.	FUNDAMENTO DE LA INFORMACION	.....	3
2.	TEORIA DE LA COMUNICACION		
2.1.	CONCEPTO DE COMUNICACION	.....	4
2.2.	MEDIOS DE COMUNICACION SOCIAL	.....	5
3.	TEORIA DE LA PUBLICIDAD		
3.1.	CONCEPTO DE PUBLICIDAD	.....	8
3.2.	PUBLICIDAD Y PROPAGANDA	.....	8
3.3.	CLASES DE PUBLICIDAD	.....	9
3.4.	EFFECTOS DE LA PUBLICIDAD	.....	9
2.	<i>MARKETING FARMACEUTICO</i>		
2.1.	CONCEPTO DE MARKETING	.....	11
2.2.	MARKETING FARMACEUTICO	.....	13
2.3.	CARACTERISTICAS DEL MARKETING FARMACEUTICO	.....	14
2.4.	ESPECIFICIDAD EN EL CAMPO FARMACEUTICO	..	15
2.5.	IDENTIFICACION DEL MERCADO	.....	16
2.5.1.	El consumidor	.....	17
2.5.2.	El Médico	.....	17
2.5.3.	Otros	.....	18

3.	<i>LEGISLACION QUE REGULA LA INFORMACION</i>	
	<i>FARMACEUTICA</i>	21
4.	<i>INFORMACION DE MEDICAMENTOS DIRIGIDA AL MEDICO</i>	
4.1.	<i>INTRODUCCION</i>	23
4.2.	<i>FUENTES DE INFORMACION</i>	26
4.2.1.	<i>FUENTES PROFESIONALES BASICAS</i>	26
	- Libros	32
	- Revistas médicas	34
	- Anuncios en revistas médicas	36
4.2.2.	<i>FUENTES PROFESIONALES DE ACTUALIZACION...</i>	39
4.2.3.	<i>FUENTES SUMINISTRADAS POR LA I.Q.F.</i>	40
	- Aspectos generales	40
	- Los Departamentos Médicos de la I.Q.F. y su relación con la información de fármacos	42
	- Colaboración entre la investigación académica y la I.Q.F.	43
	- Interacción entre la I.Q.F. y las Autoridades Sanitarias	45
4.2.4.	<i>OTRAS FUENTES</i>	57
4.2.5.	<i>ASPECTOS FUTUROS. NUEVOS SISTEMAS DE INFORMACION</i>	61
5.	<i>VISITA MEDICA</i>	
5.1.	<i>ASPECTOS LEGALES</i>	64
5.2.	<i>CLASIFICACION Y OBJETIVOS</i>	65

5.2.1.	TIPOS DE VISITA MEDICA	66
5.2.2.	OBJETIVOS	67
5.3.	RELACIONES ENTRE EL MEDICO Y EL VISITADOR	77
6.	<i>PRESCRIPCION</i>	
6.1.	CONCEPTO Y ELEMENTO DE LA PRESCRIPCION ..	84
6.2.	LA BUENA PRESCRIPCION	86
6.3.	FACTORES QUE INFLUYEN EN LA PRESCRIPCION	88
6.3.1.	NIVEL DE FORMACION DEL MEDICO	88
6.3.2.	VISITADORES Y PUBLICIDAD DE FARMACOS	91
6.3.3.	MEDIDAS DE CONTROL Y REGULACION	95
6.3.4.	DEMANDA DE LOS PACIENTES	98
6.3.5.	OTRAS CARACTERISTICAS DEL MEDIO	100
6.4.	USO Y ABUSO EN LA PRESCRIPCION	101
7.	<i>INFORMACION DE MEDICAMENTO A LA POBLACION</i>	
7.1.	INTRODUCCION	106
7.2.	INFORMACION DIRIGIDA AL PACIENTE	109
7.3.	CANALES DE INFORMACION	110
7.3.1.	LOS PROSPECTOS	110
7.3.2.	FOLLETOS. ETIQUETADOS	113
7.3.3.	FORMAS NO CONVENCIONALES DE INFORMACION .	114
	- Información médica en los diarios	115
	- Televisión y otros medios audiovisuales	117
	- La radio y la información médica	118
7.4.	EFECTO DE LA INFORMACION SOBRE EL CUMPLIMIENTO	119

II.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	123
III.	MATERIAL Y METODOS	126
IV.	RESULTADOS	138
V.	DISCUSION	158
VI.	CONCLUSIONES	170
VII.	RESUMEN	174
VIII.	BIBLIOGRAFIA	178

INTRODUCCION

I.- INTRODUCCION

1.- Introducción: Principios básicos sobre la información, comunicación y publicidad.

1.1.- Teoría de la Información

1.1.1. *Concepto de Información*

Todo ser humano, independientemente de su raza y sexo, tiene derecho a la información. Así está recogido en la Declaración Universal de los Derechos Humanos promulgada por la O.N.U, el 10 de Diciembre de 1948 y que en su artículo 19, dice: « Todo individuo tiene derecho a la libertad de expresión; este derecho incluye el de no ser molestado a causa de sus opiniones, el de investigar y recibir informaciones y opiniones, y el de diferenciarlas, sin limitación de fronteras, por cualquier medio de expresión.»

Según el diccionario de la Lengua Española se entiende por información la « acción y efecto de informar o informarse ». No es fácil dar una definición de información como demuestra el hecho de que cada autor ha dado una definición con distintos matices, pero de todas las consultadas, la que nos parece más completa, es la de Luka Brajnovic que define la información como: « el conjunto de las formas, condiciones y actuaciones para notificar o hacer saber individual o

públicamente los elementos de conocimientos, de hechos, sucesos, de actividades y proyectos, de datos históricos o previsibles, todo ello mediante un lenguaje adecuado y comunicable, utilizando palabras o signos, señales y símbolos, expresados directamente o a través de los conductos y sistemas aptos para este fin, como son los medios de comunicación social o cualquier otro procedimiento instrumental o especulativo » (1).

Las principales características de la Información para este autor son:

1.- La verdad, o la realidad.

2.- La comunicabilidad.

3.- La comprensión e intelección por parte del destinatario

(1)

1.1.2. *Fundamentos de la Información*

En el proceso informativo intervienen 10 elementos a saber:

1.- ¿ Quien? : es la fuente.

2.- ¿ Qué ? : es el contenido que se informa, que circula por los canales informativos.

3.- Canal: es el medio utilizado para trasladar el mensaje.

4.- ¿ Cómo ? : expresa la forma que recibe el mensaje y el tratamiento organizativo que necesitan los diferentes

contenidos para ser informados y comunicados.

5.- ¿ A quien ? : es el objeto receptor de la información, el que se beneficia del contenido informativo.

6.- ¿ Qué efectos ? : son los resultados que se producen en el que recibe la información.

7.- ¿ Por qué ? : hace referencia a los objetivos que busca cualquier empresa que se constituya en fuente de noticias.

8.- ¿ Bajo qué condiciones y responsabilidad.?

9.- ¿ Qué medios auxiliares.?

10.- ¿ Qué circunstancias sociales?: hace referencia a los cambios sociales que se producen en un momento dado y que influyen sobre el proceso informativo (2).

1.2.- Teoría sobre la Comunicación

1.2.1. *Concepto de Comunicación.*

La palabra " Comunicar" deriva de la palabra latina COMMUNIS, común. Podemos definir comunicar como poner algo en común. Existe comunicación cuando dos personas se ponen en contacto y uno de ellos hace una concesión de algo al otro, o se hacen concesiones recíprocamente; es en este proceso de trueque lo que denominamos comunicar.

Debemos diferenciar los conceptos de informar y comunicar,

pues la comunicación es la consecuencia sociológica del proceso de la información (1).

1.2.2. *Los medios de comunicación social.*

¿ Qué es la comunicación de masas?. McQuail responde a esta pregunta diciendo: " lo que la gente cree que es". Y lo define así porque los medios de comunicación de masas, se encuentran muy determinados por la decisión pública y por el conjunto de perspectivas que se desarrollan a su alrededor (3).

Los principales medios de comunicación, de mayor a menor importancia, en función de la utilización que hacen de ellos la población, son: televisión, radio, prensa, cine, libro y música grabada.

Los medios de comunicación poseen un estimable valor social, y además tienen una significación importante en el terreno cultural, porque constituyen por sí mismo auténticos valores culturales, y también porque son instrumentos formidables como vehículo y como transmisores de cultura en la moderna sociedad de nuestros días (4).

En la página siguiente y en la Tabla I, se exponen de forma resumida las principales características de los diferentes medios de comunicación social, en base a sus condiciones de contenido, distribución, uso, valores sociales, relaciones culturales y organizativas (3).

TABLA I: Los medios de comunicación social (3).

I. CONDICIONES DE CONTENIDO.DISTRIBUCION Y USO					
I. Contenido unitario	Libro Música	Cine	Prensa Radio Televisión		Contenido múltiple
II. Uso espacio temporal libre	Libro Radio	Prensa Música	Cine Televisión		Uso espacio-temporal
III. Oferta no manipulada	Libro	Cine Música	Prensa Radio		Oferta Manipulada
IV. Contenido espacio-temporal libre	Libro Cine Música	Prensa Televisión Radio			Contenido espacio temporal fijo
II. POLITICA					
I. Fundamental	Prensa	Libro	Cine	Música	Periférico para el Estado
II. Control y conformidad	Televisión	Cine Radio	Prensa Música	Libro	Libertad y oposición
III. VALORES SOCIALES Y CULTURALES					
I. Orientado hacia la realidad	Prensa Televisión Radio	Libro		Cine Música	Orientado hacia la fantasía
II. Moral/Serio	Libro Televisión	Prensa	Radio	Cine Música	No-moral/divertido
III. Arte	Libro Música	Cine Televisión		Prensa Radio	No-arte

TABLA I: Los medios de comunicación social (cont.) (3)

IV. RELACIONES SOCIALES

I. Solitario	Libro Radio	Prensa Música Televisión	Cine	Grupo
II. Participación alta	Libro Cine	Televisión Música	Prensa Radio	Participación baja
III. Localización próxima	Prensa Radio	Libro Televisión	Cine Música	Lejana o no localizada

V. ORGANIZATIVA

I. Prioridad del mensaje	Libro Música	Cine	Prioridad de la producción	Prensa Radio Televisión	Prioridad de la producción
II. Alta tecnología	Cine Televisión	Prensa Música	Libro Radio	Baja tecnología	
III. Definición profesional	Libro Música	Prensa Televisión	Cine Radio	Poca definición profesional	

1.3.- Teoría de la Publicidad

1.3.1. *Concepto de Publicidad.*

La Comisión de la Comunidad Económica Europea, encargada del Proyecto sobre Publicidad Engañosa y Desleal, definió a la publicidad en los siguientes términos:

« La publicidad es una parte integrante del sistema de producción y distribución de masas, al servicio del público en general. Los fabricantes de artículos y los proveedores de servicios necesitan oportunidades para informar al público y recordarle lo que le ofrecen. Este sistema de información es útil para la economía de la producción. Los consumidores necesitan información sobre los bienes y servicios para poder escoger entre las múltiples posibilidades. » (5).

1.3.2. *Publicidad y Propaganda.*

La propaganda es distinta a la publicidad aunque pueda compararse con esta última en cuanto tiende a crear, transformar o confirmar opiniones y utiliza algunos de los medios propios de ésta, pero se distingue de ella porque persigue un fin político y no comercial. Son dos actividades diferentes porque tienen objetivos distintos.

La publicidad tiende a lograr objetivos comerciales, mientras que la propaganda, tiende a la propagación de ideas políticas, filosóficas, morales, sociales o religiosas (6).

1.3.3. Clases de publicidad

1. Según el Destinatario:

1.1. Publicidad General o Indirecta: denominada así toda vez que se desconoce que personas van a recibir el impacto publicitario. Dentro de esta categoría se incluyen: Prensa, Radio, TV, Cine, Vallas, etc. Un ejemplo de este tipo de publicidad general, sería la inserción de un anuncio en el boletín de difusión interna del Colegio de Médicos.

1.2. Publicidad Directa: ya que su principal característica es la personalización del mensaje, de manera que cada destinatario es determinado a priori.

2. Según el Sujeto Emisor:

2.1. Individual

2.2. Colectiva.

2.3. Asociada.

2.4. Privada .

3. Según el Tipo de Producto:

3.1. Consumo.

3.2. Industrial.

1.3.4. Efectos de la Publicidad

1.- Atenúa las fluctuaciones estacionales del consumo, evitando que se concentre en determinadas etapas.

2.- Canaliza el consumo hacia determinados productos en los que hay un aumento de producción.

3.- Permite la creación de nuevos mercados en una pequeña etapa de tiempo, ya que transmite velozmente el mensaje a una gran masa de consumidores potenciales.

4.- Aumenta la demanda de un producto.

5.- Estimula la política de marcas.

6.- Favorece la competencia o la investigación.

7.- Financia a los medios de comunicación.

8.- Mejora el nivel de vida de un país, tanto por su apoyo económico a los medios de comunicación como por la difusión de productos relacionados con la sanidad, higiene o alimentación (7).

2. MARKETING FARMACEUTICO

2.1. Concepto de Marketing

En sentido literal la palabra marketing significa mercadear, comercialización. Los orígenes del término marketing son recientes. Algunos autores sitúan su aparición en los Estados Unidos de Norteamérica en la primera década del siglo XX. Este término implicaba una idea distinta de la concepción comercial que se tenía en ese momento, idea que tampoco existía en otros países, y que debido fundamentalmente a ello, ha pasado también con ese término anglosajón a formar parte del lenguaje habitual de la mayoría de los países (8).

Desde el punto de vista del marketing, el mercado es el vacío que separa a las partes interesadas en un intercambio. Los principales vacíos que determinan la existencia de un mercado son: espacio, tiempo, percepción, propiedad, valor, cantidad y variedad.

Cada uno de estos vacíos constituyen un impedimento y una oportunidad para el que comercializa, de tal forma que, cuanto más grande es el vacío, mayor será el mercado.

Por lo tanto, basándonos en las consideraciones anteriores podemos definir al Marketing como " el proceso mediante el cual se realizan los mercados" (9).

El marketing trata de armonizar el beneficio obtenido por la empresa con la satisfacción de los consumidores. El marketing constituye el punto de unión entre las posibilidades de una empresa, que se modifica con el tiempo, y las necesidades del mercado, que también se ven afectadas por esas modificaciones.

El principio fundamental del marketing es asegurar la relación, la unidad y la coincidencia de las cinco políticas que constituyen el conjunto de la política marketing de la empresa:

- Política de producto.
- Política de mercado.
- Política de precio.
- Política de distribución.
- Política de comunicación.

Este fundamento del marketing se traduce en la práctica por los siguientes comportamientos:

- 1.- Estudiar invariablemente lo que quiere hacer y adonde se encamina el mercado.
- 2.- Seguir y reaccionar ante las actividades de la competencia.
- 3.- Escoger, resolver y realizar todas las actividades y operaciones al menor costo posible. (10)

Las técnicas de marketing pueden tener importantes implicaciones en el campo sanitario. En este sentido, las

Escuelas de Salud Pública, podrían servirse de los programas de promoción y servicios para mejorar la dirección de los alumnos; de una mayor eficacia y alternativa en los medios de investigación. Así mismo, podrían beneficiarse de los programas para el desarrollo dinámico en la promoción de los mensajes; y de la consideración interinstitucional de la publicidad sanitaria; preparar y desarrollar los equipos directivos ("staff") a través de seminarios internos de marketing (11).

De igual forma, se sugiere la importancia de la realización de cursos de marketing para directores de hospitales. Las técnicas de marketing son importantes para el futuro éxito de la educación sanitaria en enfermería, valorando las técnicas de desarrollo y de comunicación promocional de los cursos ofertados. Si las funciones básicas del marketing como por ejemplo, estrategia, comunicación, operatividad, son bien aplicadas, el marketing puede tener un significativo impacto en la práctica médica y en los costos sanitarios (12,13,14,15).

2.2. Marketing farmacéutico

El marketing farmacéutico como subespecialidad del marketing, se define como " un proceso mediante el cual se realiza el mercado de la asistencia farmacéutica". En él, se

engloban todas las actividades desarrolladas por diversos individuos u organizaciones que participan en el mercado de la asistencia farmacéutica: los fabricantes de productos farmacéuticos, distribuidores, farmacias hospitalarias, oficinas de farmacia, etc. Donde centra la mayor importancia el marketing farmacéutico es en la asistencia farmacéutica, y no en los medicamentos, por consiguiente, es el paciente y no el fabricante o el farmacéutico; lo que justifica la existencia del marketing (9)

2.3. Características del marketing farmacéutico

El marketing farmacéutico no es un proceso estático pasivo, sino dinámico y activo.

Lo podemos estudiar y analizar desde diferentes puntos de vista:

1.- Orientación gerencial: consiste fundamentalmente en ayudar a un gerente a elegir la mejor combinación de actividades de marketing en aras de alcanzar los objetivos. Las fases por las que se rige una buena dirección de marketing son :

- a) Formulación de objetivos.
- b) Identificación del mercado
- c) Desarrollo de un marketing óptimo.
- d) Cumplimiento y evaluación de la estrategia de marketing.

2.- Orientación funcional: su objetivo principal consiste, en analizar las distintas actividades y funciones dirigidas a la ejecución de los principales canales de intercambio que llevan a la práctica del mercado.

3.- Orientación institucional: analiza el desarrollo y la interrelación de las diferentes instituciones del marketing, como farmacéutico, mayoristas, agentes y productores.

4.- Orientación a la organización industrial: estudia la relación entre la estructura, comportamiento y los logros de los organizaciones implicadas en el mercado.

5.- Orientación al análisis de sistemas: incluye todas las demás orientaciones utilizadas para estudiar el marketing farmacéutico. Permite estudios positivos y normativos del marketing farmacéutico a niveles organizativos y de sistemas de marketing (9).

2.4.Especificidad del marketing en el campo farmacéutico

Es específico en base a las siguientes circunstancias:

1.- Estrechez de los parámetros por los que se expresa: en el campo farmacéutico existe una pérdida de la política de distribución, que se ha convertido en un canal ineficaz para todos. Por otro lado, existe también una pérdida del factor

precio en las tácticas de posicionamiento, una vez conseguido el acuerdo con la Seguridad Social. Por último, hay una restricción en la libertad de comunicación.

2.- Mercado de prescriptores y no de compradores.

3.- Predominio del marketing de posicionamiento, que toma los productos y se organiza para hacer que los prescriban los médicos, consiguiendo más cifras de negocios, parte del mercado y un porcentaje de los beneficios (10).

2.5. Identificación del mercado.

La presencia del marketing conlleva necesariamente la existencia de un mercado. La American Marketing Association definió el mercado como " el conjunto de la demanda de los compradores potenciales de un bien o servicio ".

El conjunto de la demanda significa el complejo de demandas individuales de todos los compradores potenciales del producto.

El mercado farmacéutico es único en cuanto a la importancia que tiene el prescriptor y la influencia que ejerce éste, sobre los hábitos de compras del consumidor final.

Otra singularidad del mercado farmacéutico es la importancia de la enfermedad. La existencia de enfermedad es un instrumento importante para clasificar, identificar y cuantificar el "mercado" de un producto de prescripción (16).

2.5.1. El consumidor.

El estudio del tamaño del mercado supone algo más que el recuento de individuos.

El sexo es una característica demográfica importante. Así las mujeres representan más de la mitad de la población y su presencia en el total parece que va en aumento.

La edad es otro parámetro importante no ya sólo para prever la demanda, sino que también lo es para la investigación.

Otro factor a tener en cuenta, lo constituye el nivel socio económico ; ya que cuanto mayor es este, más probable es que sus miembros soliciten asistencia médica para afecciones relativamente menores.

2.5.2. El médico.

Las principales características en relación al médico que tienen importancia para el mercado son, por un lado la especialidad del médico. La identificación de la especialidad



puede ayudar a los anunciantes a determinar el tamaño de la audiencia médica.

Otra característica del médico es la edad del mismo, aunque no siempre sirve para predecir el grado de actividad o la importancia del médico.

Los profesores universitarios son de interés para los laboratorios que intentan que sus productos sean aceptados como de primera elección. Los profesores influyen en el futuro hábito de prescripción de sus alumnos, razón ésta por la cual tiene tanta importancia para el marketing.

2.5.3. Otros médicos y personal sanitario.

Otros grupos de profesionales que tienen una influencia en la prescripción de medicamentos y, por consiguiente, de interés para el marketing, son: Odontólogos, Podólogos, A.T.S., Veterinarios (16).

En las figuras 1 y 2, se muestran los tipos de intercambio del mercado y el proceso de realización de los mismos.

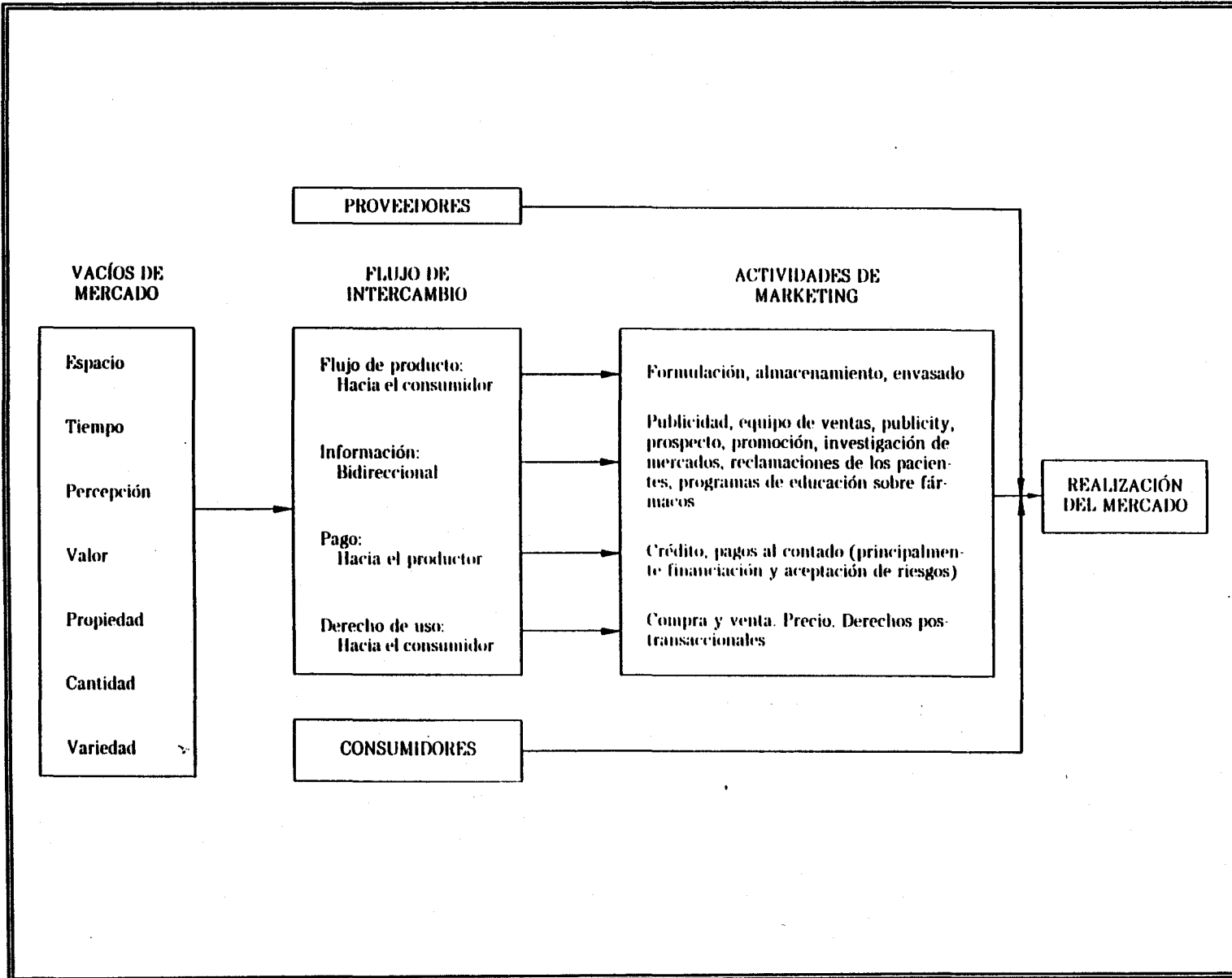


Figura 1. El proceso de realización del mercado (16)

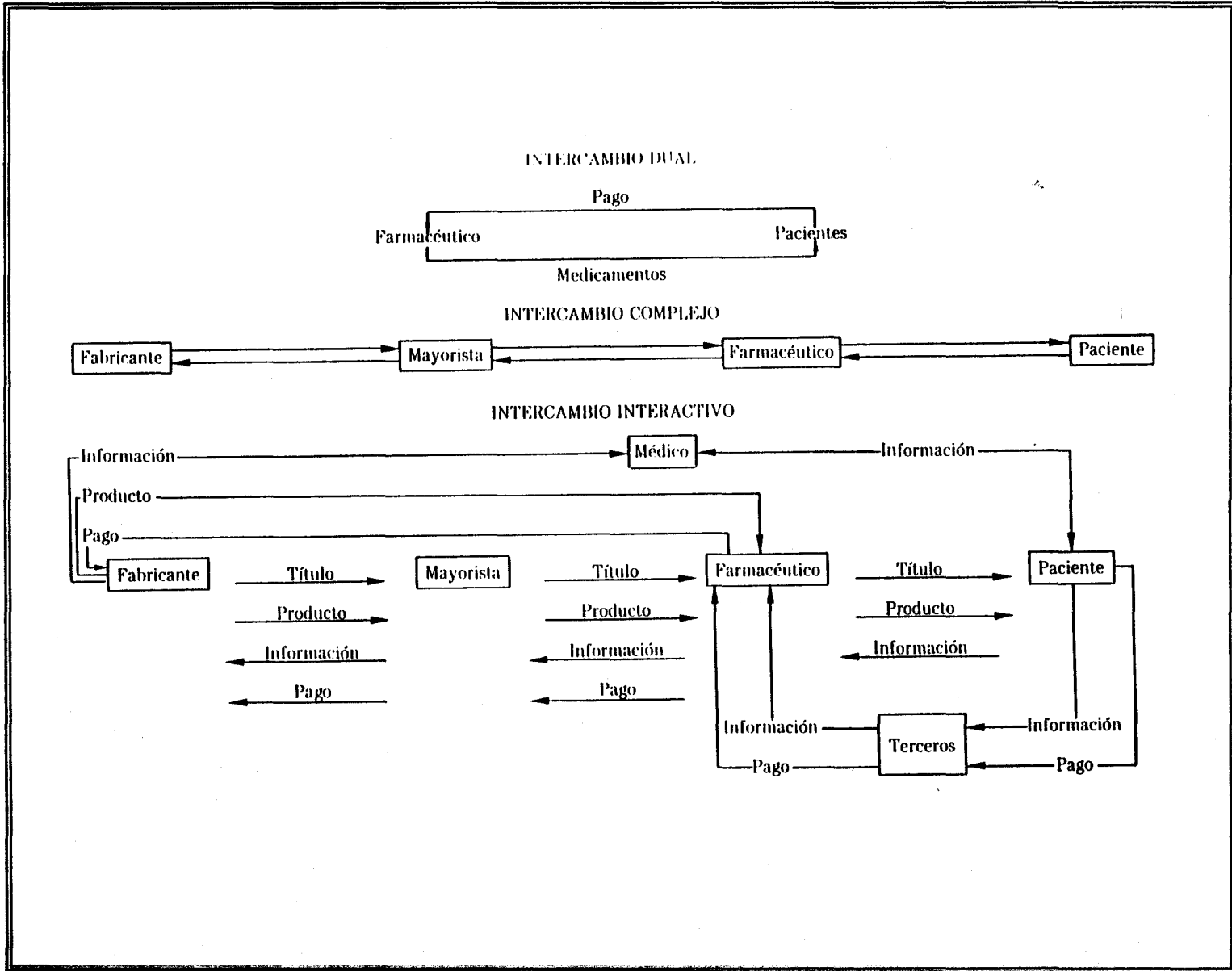


Figura 2. Tipos de intercambios en el mercado farmacéutico (16).

3. LEGISLACION ESPAÑOLA QUE REGULA LA INFORMACION FARMACEUTICA

En España, los instrumentos jurídicos e institucionales que regulan la información farmacéutica son los siguientes:

1.- Real Decreto 1 diciembre 1977, sobre Promoción, Información y Publicidad.

Los principales Capítulos de este Real Decreto, donde quedan recogidas las disposiciones que regulan la información farmacéutica son :

- Capítulo V: La visita médica.
- Capítulo VI: Información de medicamentos en prospectos.
- Capítulo VII: Información de medicamentos en publicaciones.
- Capítulo VIII: Información de medicamentos a través de los medios audiovisuales.
- Capítulo IX: Muestras gratuitas.
- Capítulo X : Publicidad de medicamentos (17).

2.- Orden 15 Abril 1980 que desarrolla el Real Decreto 1-XII- 1977, sobre promoción, información y publicidad (18).

3.- Ley General de Sanidad, 1986.

En su TITULO V de los productos farmacéuticos, capítulo único, artículo 102, hace referencia a la publicidad de los medicamentos (19).

4.- Ley 25/1990, de 20 de diciembre, del medicamento.

En la exposición de motivos de la misma, se hace referencia a la necesidad de la ordenación de los medicamentos como objetivo universalmente sentido. La Organización Mundial de la Salud ha instado reiteradamente a los Estados miembros a establecer y aplicar una política de envergadura en relación con los medicamentos.

El objetivo primordial de esta Ley es contribuir a la existencia de medicamentos seguros, eficaces y de calidad, correctamente identificados y con información apropiada.

La Ley dedica todo el Título VI al establecimiento de una serie de normas y principios sobre el uso racional de los medicamentos.

TITULO VI: Del uso racional de los medicamentos.

- Capítulo Primero: De la formación e información sobre medicamentos y la receta.

- Capítulo II: De la información y promoción de medicamentos a profesionales sanitarios (20).

4.- INFORMACION DE MEDICAMENTOS DIRIGIDA AL MÉDICO

4.1.- INTRODUCCION.

Sabemos, que la medicina actual tiene un exceso abrumador de información. Los médicos en ejercicio, se tropiezan no solamente con la dificultad de conocer y dominar los conocimientos, sino que es necesario una actualización continua de los mismos. Por otro lado, existe hoy día una gran cantidad de fármacos, además del creciente y continuo descubrimiento de nuevas sustancias farmacológicas, que vienen a aumentar aún más el cúmulo de medicamentos.

Un medicamento es una entidad química que lleva pareja en sí misma una información pertinente. Los médicos, que son los principales " recetadores ", deben tener una adecuada información en relación con la eficacia, efectividad, indicaciones, contraindicaciones y costos de los medicamentos. Ellos, realizarán un uso adecuado y racional de la información; para posteriormente, de manera objetiva poder elegir cual o cuales fármacos son los más convenientes, en el momento de establecer pautas terapéuticas. La información sobre un medicamento, tiene tanta importancia como su descubrimiento (21,22).

En los últimos años, hemos asistido a una verdadera

"revolución tecnológica" en la información. Los nuevos sistemas electrónicos de comunicación, cada vez más asequibles, van a tener una decisiva influencia en la praxis médica.

De todas las consideraciones anteriormente expuestas, se deriva el hecho de que la información sobre medicamentos dirigida al profesional de la medicina tenga una manifiesta influencia en su labor asistencial.

En la figura 3, se muestra una representación esquemática del flujo de información sobre medicamentos.

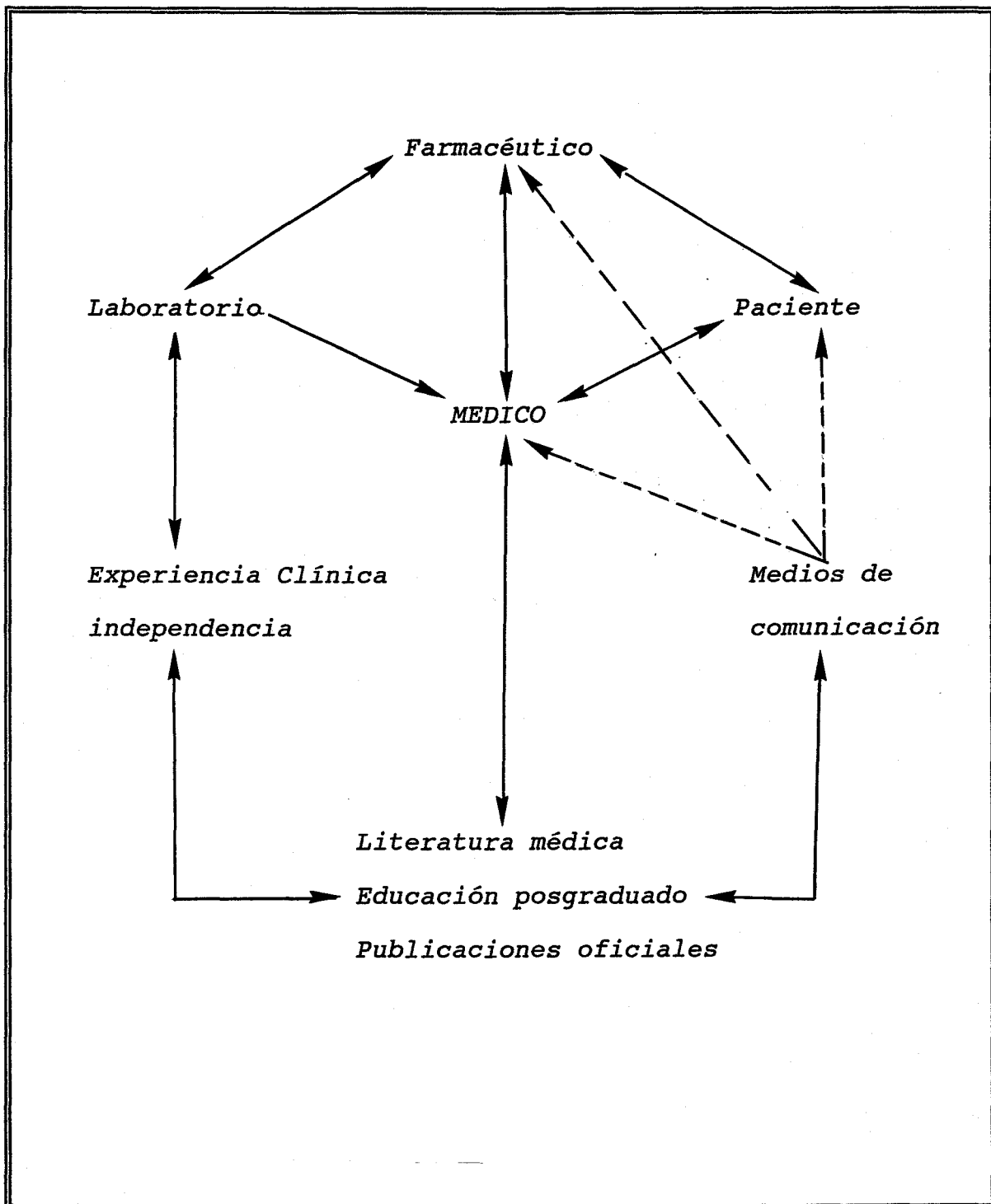


Figura 3: Flujo de información sobre medicamentos (22).

4.2. FUENTES DE INFORMACION

Podemos clasificarla en varios apartados, sobre la base de su procedencia y características de las mismas :

1.- Fuentes profesionales básicas: la constituida por la información recibida durante los años de formación médica, y la obtenida por medio de la literatura profesional.

2.- Fuentes profesionales de actualización: entran a formar parte de esta categoría, la información obtenida en congresos médicos, reuniones y conversaciones entre colegas.

3.- Fuentes suministradas por la Industria Farmacéutica: el principal soporte utilizado, lo constituye la visita médica (23).

A continuación, analizaremos las principales características de cada una de las fuentes de información reseñadas con anterioridad.

4.2.1.- Fuentes profesionales básicas

Las fuentes de información sobre medicamentos que tienen los estudiantes de medicina son restringidas. Durante este periodo de formación, llegan a conocer la mayoría de las

enfermedades, la forma de diagnosticarlas y los tratamientos de las mismas, así como las indicaciones de los fármacos. Por consiguiente, dada la abundancia de conocimientos que debe adquirir en esta etapa, y en un tiempo limitado para ello; es preciso que la preparación de los programas de estudios y las pruebas de valoración, se orienten sobre aspectos fundamentales de la práctica médica, que los alumnos no deben ignorar.

La información recibida durante este periodo, tendrá posteriormente un importante peso específico sobre la calidad de la prescripción (24,25).

Con respecto a la literatura profesional como fuente básica de información, es conveniente saber que cada año se publican en el mundo aproximadamente dos millones de artículos de investigación, de los cuales, entre un 25 y 35% corresponde a información sobre medicamentos. Para cualquier profesional, puede resultar pues, muy difícil la búsqueda de información actualizada de un determinado fármaco. Por fortuna, junto con lo que se ha venido en llamar la "explosión de la información", se han desarrollado sistemas que permiten un mejor acceso a ella (26).

Dentro de las fuentes profesionales básicas, podemos distinguir 3 tipos:

1.- *Fuentes primarias*: formadas por artículos originales y estudios científicos sobre los que se sustentan el conocimiento sobre los fármacos y sus aplicaciones terapéuticas, siendo las publicaciones periódicas, su forma habitual de presentación.

2.- *Fuentes secundarias*: se pueden definir como sistemas que recogen las referencias bibliográficas y/o resúmenes de los artículos que se publican en la literatura científica.

Debido a la gran cantidad de revistas médicas que se publican en la actualidad; estas fuentes secundarias, son esenciales para acceder de forma clara a la información.

Las fuentes secundarias podemos agruparlas en 3 grandes grupos:

a) **Sistemas de Índices**: recogen las referencias bibliográficas.

b) **Sistemas de Abstracts**: recogen referencias bibliográficas junto con un resumen del artículo.

c) **Sistemas especiales**: aquellos que por sus características se diferencian de los sistemas de índices o de abstracts. Dentro de este apartado, merece ser destacado el Sistema IDIS (Iowa Drug Information Service), producido por el Servicio de

Información de Fármacos de la Universidad de Iowa, en EE.UU. Tiene una cobertura de unas 160 revistas farmacéutico-médicas del área anglosajona, de las que se extraen unos 1.000 a 1.500 artículos cada mes.

El sistema IDIS se presenta en forma de microfichas, de dos tipos distintos: fichas índices y fichas artículos.

Las fichas índice, están clasificadas en dos categorías: principios activos y situaciones clínicas, en las que se extraen de forma cruzada los artículos incluidos en las fichas de artículos.

Las fichas artículos, que están numeradas por orden, poseen una copia idéntica y completa del artículo citado en el fichero índice (27).

3.- *Fuentes terciarias*: se definen como una selección, evaluada y contrastada de la literatura científica. Con estas fuentes es necesario hacer una evaluación para precisar su utilidad, analizando la credibilidad de los autores, la información de los artículos, etc. Se consideran en la actualidad como las fuentes más importantes y útiles para un Centro de Información del Medicamento (28).

Las Tablas II y III, muestran de forma resumida, las principales fuentes secundarias y terciarias de información sobre fármacos.

TABLA II: Fuentes secundarias de información de medicamentos (27)

CARACTERISTICAS DE LAS PRINCIPALES FUENTES SECUNDARIAS					
Sistema	Tema	Cobertura	Información	Indización	Periodicidad
Index Medicus	Medicina y rel	3.500	Referencias sólo	Conceptos/Autores	Mensual
Indice Médico Español	Medicina	160 (españolas)	Referencias sólo	Conceptos/Autores	Trimestral
International Pharmaceutical Abstracts.	Medicamentos Farmacia	500	Resúmenes en inglés	Conceptos	Quincenal
Inpharma	Medicamentos Terapéutica	1.700	Resúmenes en inglés	Conceptos	Semanal
Reactions	Efectos adversos de medicamentos	1.700	Resúmenes en inglés	Conceptos	Semanal
Excerpta Médica	Medicina (según sección)	3.500	Resúmenes en inglés	Conceptos/Autores	Según sección
Chemical Abstracts	Química Tecnología	8.000	Resúmenes en inglés	Conceptos/Autores	Mensual
Paul de Haen Drug in Use	Medicamentos Terapéutica	1.000	Resúmenes en inglés	Conceptos	Mensual
Pharmline	Medicamentos	100	Resúmenes en inglés	Conceptos	Mensual
IDIS	Medicina Farmacia Clínica	170	Artículos originales	Medicamentos Situac. clínicas	Mensual

TABLA III: Fuentes terciarias de información de medicamentos (28)

I. SOBRE IDENTIFICACION Y DISPONIBILIDAD

- . Pharmacological and Chemical Synonyms.
- . International Nonproprietary Names (INN) for Pharmaceutical substances.
- . Index Nominum 1987. Repertoire de Substances Medicamenteuses.
- . Martindale: The Extra Pharmacopea.

II. SOBRE EFECTOS ADVERSOS/INTERACCIONES/TOXICIDAD

- . Meyler's Side Effects of Drugs.
- . Drugs Interactions.
- . Manual de interacciones de los medicamentos.

III. SOBRE FARMACOLOGIA Y TERAPEUTICA

- . Goodman and Gilman's The Pharmacological Basis of Therapeutics. 8ª Ed. 1991. Ed Panamerica. México.
- . AMA Drugs Evaluations.
- . Farmacología Humana. J.Florez, JA Armijo, A. Mediavilla. 2ª Ed. Ediciones Científicas y Técnicas, SA. Pamplona 1992.
- . Terapéutica en Medicina Interna. M. Foz, S. Reill, C. Soler. 2ª Ed. 1987. Ediciones Doyma, SA. Barcelona
- . Medicina Interna. Farreras Rozamn 11ª Ed. 1988. Ediciones Doyma, SA. Barcelona.

A continuación, haremos un análisis de las principales fuentes profesionales básica de información.

A) LOS LIBROS.

Constituyen un pilar básico como fuente de información sobre medicamentos. Podemos distinguir cuatro clases diferentes de libros:

- 1.- Las publicaciones de congresos y simposium.
- 2.- Los tratados básicos.
- 3.- Las colecciones de edición anual.
- 4.- Las monografías.

En todas estas obras, podemos encontrar una buena información sobre medicamentos; aunque alguna de estas, estan orientadas hacia los especialistas.

Un aspecto importante a tener en cuenta en la valoración que se haga de esta fuente de información, se refiere a la dificultad que tienen los editores de libros, para resolver el dilema existente entre el coste de los libros - excesivamente elevado-, y el rigor de la información (25)

¿Qué opinan los profesionales de este medio de información?.

En España, aunque no existen muchos estudios al respecto, los

médicos valoran muy positivamente los libros como fuente de información. En una encuesta realizada a médicos especialistas de un hospital estatal, sobre la utilidad de las distintas fuentes de información existentes sobre medicamentos, los resultados obtenidos, ponen de manifiesto, que los libros de textos son considerados como el principal medio de información (29). Fuera de nuestro país, Peay y cols, realizaron un estudio con 156 especialistas, donde se evaluó el número de fuentes de información de fármacos obteniéndose conclusiones similares (30).

En relación con la opinión que al respecto tienen los médicos no hospitalarios, en un trabajo realizado con médicos de familia, al objeto de investigar las actitudes y modelos de prescripción relativos a fármacos genéricos, los resultados mostraron que la capacidad para reconocer nombres genéricos fué más alta en los profesionales que utilizaron libros de textos o revistas. Hull y cols, llevaron a cabo un estudio internacional con una muestra de médicos de atención primaria, a los cuales se les suministró una encuesta para evaluar los distintos medios de información utilizados para el conocimiento de determinados fármacos. Los autores concluyen, que según los resultados obtenidos, los libros de textos son la fuente principal de información, en detrimento de las demás (31,32).

B. LAS REVISTAS

Las revistas médicas, son el sector más fuerte y homogéneo de la Prensa Técnica y Profesional. La particularidad del producto promocionado (productos farmacéuticos) y la imposibilidad de promoción al gran público directamente; hacen de la prensa médica un elemento de información fundamental para los profesionales de la medicina.

En España existen 1300 publicaciones técnicas, con una tirada media mensual de 35.000 ejemplares por número; pues bien, sólo el 15% de la financiación de las revistas especializadas en nuestro país procede de la publicidad; de aquí, se deriva el hecho de la dificultad que existe en España para la realización de este tipo de prensa (33).

Podemos distinguir 3 categorías fundamentales de revistas de Farmacología:

1.- Revistas de revisión: entre las principales están: Drugs, Medical Letter, Prescribers Journal y Drug and Therapeutics Bulletin. Existen algunas revistas de Medicina Interna, entre cuyos contenidos también incluyen revisiones sobre conocimientos, investigación de nuevos fármacos tales como, British Medical Journal, Annals of Internal Medicine o JAMA.

2.- Revistas de originales: dentro de este apartado merecen citarse las siguientes: Clinical Pharmacology and Therapeutics, Journal of Clinical Pharmacology y European Journal of Clinical Pharmacology. También, se publican originales sobre fármacos en Lancet, New England Journal of Medicine y British Medical Journal. En España, las principales revistas son: Farmacia Clínica, Medicina Clínica (Barc), Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud.

3.- Revistas de resúmenes: permiten una localización rápida de la información de interés, así como una orientación de su contenido. Entre ellas se halla la publicación de la Food and Drug Administration Clinical Experience Abstracts; Reactions y Clinical Alert (26).

La información terapéutica que suministran las revistas médicas son de una calidad variable. La cuestión esencial es encontrar la información que se busca.

La mayoría de la información sobre aplicaciones terapéuticas de los fármacos las reciben los médicos a través de las fuentes profesionales, siendo las revistas médicas uno de los medios más importantes. Así lo demuestra el estudio realizado por el Instituto de Investigación Sofemesa, sobre una muestra de 445 médicos generales y especialistas, llevado a cabo mediante entrevistas personales durante el mes de julio

de 1992. Uno de los datos más importantes que reflejó este estudio es la gran importancia que dan los facultativos a la utilidad de las revistas; ya que éstas constituyen el principal medio para informarse sobre productos farmacéuticos (32%), por encima de cursos y seminarios (18%), colegios profesionales (18%), visita médica (11%) u organismos oficiales (11%) (34).

C. ANUNCIOS EN REVISTAS MEDICAS

La información que contienen es más notable visualmente y conceptualmente más accesible que la aparecida en los libros de textos; esta diferencia es captada fácilmente por los profesionales, y por consiguiente, los anuncios representan un medio excelente de suministrar información de medicamentos (35)

En relación con la importancia que otorgan los médicos a los anuncios en las revistas médicas como fuente de conocimiento de nuevos fármacos; haremos revisión de algunos de los trabajos más significativos. Así, Herman y Rodowskas, mostrarán que un porcentaje estimado entre 1 y el 6% de los médicos consideraron a los anuncios como la primera fuente de conocimiento de nuevos fármacos (36). Para otros autores este porcentaje asciende al 62% (37). Por último, en un estudio realizado entre 235 médicos generales y especialistas en USA, el 73% manifestó que los anuncios representaba la

segunda fuente de información de nuevos medicamentos después de los visitantes médicos (38).

Un aspecto de suma importancia, en relación con el tema que nos ocupa, es el referente a la calidad de la información contenida en los anuncios publicados en las revistas médicas.

En un trabajo realizado en nuestro medio en 1974 por Erill y cols, se analizaron 839 anuncios publicados en diferentes revistas médicas, correspondientes a 525 específicos; los resultados obtenidos, pusieron de manifiesto la poca calidad de la información suministrada: en un tercio de los anuncios, no se incluyeron la indicación terapéutica del medicamento; las propiedades farmacológicas aparecieron sólo en el 75% de los anuncios; los efectos adversos y contraindicaciones estaban reseñados debidamente en muy pocos casos (39).

Un estudio británico del mismo año, analizó la información comprendida en los anuncios de distintas revistas médicas consultadas por los facultativos generalistas. De un total de 3.895 anuncios publicados sobre fármacos, se examinaron los 591 de mayor incidencia, obteniéndose los siguientes datos: las contraindicaciones aparecen en el 4,2% de los anuncios; los efectos secundarios son mencionados en el 3,9% y, la dosis recomendadas en un 14,2%. Resultados parecidos se obtuvieron en otro estudio realizado en ese mismo país en 1976, donde se

analizaron 700 anuncios publicados en varias revistas médicas (40,41).

Más recientemente, en España en el año 1990, Hevia y cols, llevaron a cabo un interesante trabajo, con el objetivo de valorar la publicidad de medicamentos insertada por la Industria Farmacéutica en 49 números de revistas pediátricas. Fué analizada la información contenida en los 856 anuncios aparecidos en dichas revistas. En base a los resultados obtenidos, concluyen los autores el trabajo manifestando la necesidad de mejorar determinados aspectos de la publicidad, tales como, mayor espacio para la información científica, y concretar más explícitamente los aspectos farmacológicos, posológicos y toxicológicos, sobre todo los de aquellos productos sin referencia en revistas o textos de Farmacología (42).

Así pues, los resultados de estos estudios anteriores, ponen de manifiesto la necesidad de mejorar la información de los anuncios, con el objetivo de conseguir suministrar los conocimientos sobre medicamentos con una buena base científica, sobre la que tendrá que sustentarse toda prescripción.

Antes de finalizar este apartado; creemos conveniente analizar, las competencias de los editores de las revistas médicas. Goldstein, comenta que las decisiones de los editores

en lo concerniente a la publicación de anuncios sobre medicamentos en sus revistas, está influenciada o afectada de alguna forma por el hecho de que la publicación de sus revistas sea subvencionada en parte por la Industria Químico Farmacéutica. Insiste el autor en la necesidad de realizar una lectura crítica de todos los anuncios de fármacos, evitar las manipulaciones evidentes, así como intentar que los anuncios sobre fármacos tenga una función estrictamente educativa (43).

Los editores son cada vez más conscientes de su responsabilidad en la calidad de la información de los anuncios de las revistas médicas; de lo contrario, podría ocurrir que sus revistas perdieran rápidamente toda su credibilidad. Por todo ello, es necesario que los editores conozcan los contenidos de los anuncios publicados en sus revistas, y que exista una menor aparición de conflictos entre ellos y las compañías farmacéuticas (44).

4.2.2- Fuentes profesionales de actualización

Este apartado lo constituyen los congresos médicos, reuniones y las conversaciones entre colegas. Estas fuentes de información pueden constituir un importante medio de conocimientos sobre nuevos medicamentos.

Los congresos médicos son, una buena oportunidad para la

actualización. La posibilidad de establecer un dialogo entre el ponente y los profesionales asistentes, conforman un marco idóneo para la asimilación de nuevos conceptos sobre fármacos. A pesar de ello, esta fuente ocupa un lugar secundario, toda vez, que en los congresos médicos se tiende a un excesivo interés por aspectos puramente diagnósticos en menoscabo de los propiamente terapéuticos.

En relación a la comunicación entre los compañeros como fuente de información de medicamentos, ésta debe ser tenida en consideración, aunque la información suministrada parece ser distinta en función del grupo terapéutico del medicamento de que se trate (24,25).

4.2.3.- Fuentes suministradas por la Industria Farmacéutica

A) Aspectos generales

La síntesis de moléculas químicas, representa en un gran número de casos, la primera etapa en la fabricación de medicamentos. Esta es la razón por la cual, la mayoría de las industrias de medicamentos, nacen derivadas de industrias químicas.

El crecimiento y desarrollo de la Industria Químico

Farmacéutica (IQF), tiene lugar en los decenios posteriores a la Segunda Guerra Mundial, período en el que tienen lugar grandes e importantes descubrimientos.

La I.Q.F., posee una gran fuerza, demostrada por el hecho de ocupar el tercer lugar de todas las industrias de occidente.

Importante también en términos de IVA (40%) para la economía de la Comunidad Económica Europea. Se trata de una Industria con éxito, si la comparamos con otros sectores de la economía europea: La IQF europea representa el 60% del total de las exportaciones farmacéuticas mundiales. Además, de los nuevos medicamentos descubiertos a nivel mundial, el 40% procede de Europa.

Es rentable toda vez que los beneficios que se obtienen son necesarios para desarrollar nuevos y costosos productos; y, por otro lado, todavía no ha necesitado solicitar subsidio a la Comunidad Europea.

El 90% de la investigación farmacéutica procede de fondos privados y contribuye de manera significativa a la construcción de empleos en la Comunidad, aproximadamente unas 400.000 personas trabajan en esta industria y exporta desde la Comunidad por un total de casi 5 billones de Ecus (45,46).

A continuación, analizaremos el papel que juega la I.Q.F en relación con la información de medicamentos dirigida al médico; examinaremos la función de los departamentos médicos

de los laboratorios, así como la colaboración existente con los investigadores académicos; y por último, consideraremos en otro capítulo, a la visita médica como pilar básico de toda la publicidad farmacéutica de la I.Q.F.

B) Los Departamentos Médicos de la Industria Farmacéutica y su relación con la Información de fármacos

Los Departamentos Médicos de los Laboratorios Farmacéuticos, representados por el Médico de la Industria Farmacéutica, en íntima conexión con su Departamento de Marketing tienen la obligación de vigilar y supervisar toda la información sobre medicamentos que vaya dirigida al médico, con el objetivo de que la misma tenga una base científica adecuada (47,48).

Por otro lado, son de gran ayuda para valorar los contenidos de las publicaciones médicas, con el consiguiente beneficio para la clase médica y la empresa. Así mismo, el Servicio de Información Científica del Departamento Médico, posibilita al médico información actualizada en relación con los últimos avances terapéuticos (49,50).

El médico de la Industria Farmacéutica, es una pieza clave en el enlace entre la empresa a la que pertenece y la profesión médica. El, solamente puede ejercer su función de conexión si es aceptado como un dirigente en su empresa. Con el acceso

privilegiado al trabajo técnico, es el mejor situado para llevar a la profesión médica, los elementos esenciales referentes a las propiedades farmacéuticas, metabólicas, terapéuticas y toxicológicas de los medicamentos que los médicos prescribirán (51).

C) Colaboración entre la investigación académica y la Industria Química Farmacéutica.

La investigación moderna de medicamentos requiere de unos equipos y aparatos técnicos muy costosos; esto hace que los problemas económicos y de financiación limiten bastante los proyectos de investigación. Sin la subvención por parte de la I.Q.F, muchos de estos planes y ensayos clínicos no hubiesen podido realizarse. Estos hechos son los principales determinantes para la necesaria colaboración entre la investigación académica y la I.Q.F.

No cabe duda que en los procesos de desarrollo e investigación de nuevos medicamentos han intervenido tanto los esfuerzos científicos del mundo académico como los de la I.Q.F. La colaboración entre ambos es absolutamente necesaria para el desarrollo de nuevos fármacos, y debe estar presidida por la racionalidad científica. Sin embargo, esta colaboración no está exenta de riesgos, entre los que podemos citar, a modo de ejemplo, el basado en la falta de comprensión entre las dos

áreas, determinada por la imagen de superioridad que posee el mundo académico (52,53).

Los trabajos de investigación que anteceden a la comercialización de un medicamento, no sólo hacen referencia a la investigación hecha en animales de experimentación, sino que contienen también, una serie de estudios realizados con tecnología rigurosa, con el objetivo de evaluar la tolerancia del medicamento en el organismo humano, su perfil terapéutico y su potencia en relación con un producto de referencia. Por lo tanto, la investigación de un nuevo medicamento, representa más que un simple estudio rutinario, constituye un importante trabajo científico de primer orden.

Los ensayos clínicos representan una importante fuente de información de medicamentos, sobre todo, en relación a los nuevos fármacos. La calidad de los mismos, es esencial para conseguir una buena información. Para ello, se desarrollaron los denominados GCP (Good Clinical Practice), primero por la FDA (Food and Drug Administration) en USA , y posteriormente en la CE (Comunidad Europea) y restantes países; con un objetivo común: garantizar que todas las partes implicadas en los procesos de evaluación de medicamentos asuman la responsabilidad de aceptar y trabajar con los mismos criterios, para conseguir que los datos tengan la mayor fiabilidad posible, y mejorar la calidad científica, técnica y ética de los ensayos clínicos (54,55).

D) Interacción entre la Industria farmacéutica y las
Autoridades sanitarias.

Las autoridades sanitarias ejercen el control sobre determinadas actividades de la industria farmacéutica, tales como, el registro de medicamentos, farmacovigilancia, ensayos clínicos, etc...

A continuación analizaremos los aspectos fundamentales de estas actividades .

En relación con el registro de los fármacos, para solicitar la autorización de un medicamento es necesario presentar un expediente de registro en donde se hagan constar todos los datos científicos derivados de la investigación del medicamento, datos que deberán demostrar la eficacia, seguridad y calidad del producto.

Para conseguir la autorización de comercialización de un medicamento existen dos procedimientos: *el registro nacional y el registro comunitario*

El proceso de registro nacional queda regulado en la legislación española a través de la Ley 25/1990, de 20 de diciembre, del Medicamento (20); y del Real Decreto 424/1988, de 29 de abril, de reforma del procedimiento de registro de especialidades farmacéuticas y otras normas sobre medicamentos (56).

El plazo para la aprobación o denegación es variable, oscilando normalmente entre 120 días y 210 días; aunque, en la realidad puede llegar a tardar hasta 3 a 5 años en resolverse el registro. El trámite del registro comunitario, suele tardar de 6 a 12 meses menos que el nacional (57).

En la figura 4, se muestra de forma esquemática el nuevo procedimiento nacional de registro de medicamentos.

El registro comunitario funciona en Europa desde el año 1979, y en España desde 1986 (año de la adhesión a la CE). Consta de 2 métodos: el registro multiestado y el procedimiento de concertación. El primero de ellos, se basa en la regla del reconocimiento mutuo. Esto es, cuando un medicamento es autorizado en un país miembro de la CE, la compañía fabricante del mismo puede extender la solicitud de autorización a los restantes países miembros.

En la figura 5, se muestra un diagrama del procedimiento multiestado de registro (58).

En el procedimiento de concertación se incluyen solamente los productos obtenidos mediante procesos de alta tecnología o de biotecnología. Se diferencia del anterior, en que no es necesario que el producto sea autorizado en un primer país de la CE (57).

A pesar de el mutuo reconocimiento, no siempre se ha producido la aprobación de un producto en todos los países miembros de la CE; a esto hay que añadir la problemática de la consecución de un mercado único europeo a partir de 1993 y el consiguiente mercado único de medicamentos.

Para resolver estos problemas, El Committee for Proprietary Medicinal Products (CPMP), en base a la experiencia acumulada, puede facilitar una mejor cooperación; bien antes de la toma de decisiones (procedimientos de concertación), o bien después de tales decisiones (procedimientos multiestados) (57,59)

Conseguir un registro único dentro de la CE que fuese aprobado por todos los estados miembros, requiere cambios en los actuales procesos de regulación de registros, o el mercado único de medicamentos. Es vital para Europa y la Industria Farmacéutica, que no cambien los actuales niveles de competitividad que poseen, en relación al desarrollo y registro de nuevos fármacos, en un mercado internacional cada vez más difícil (60).

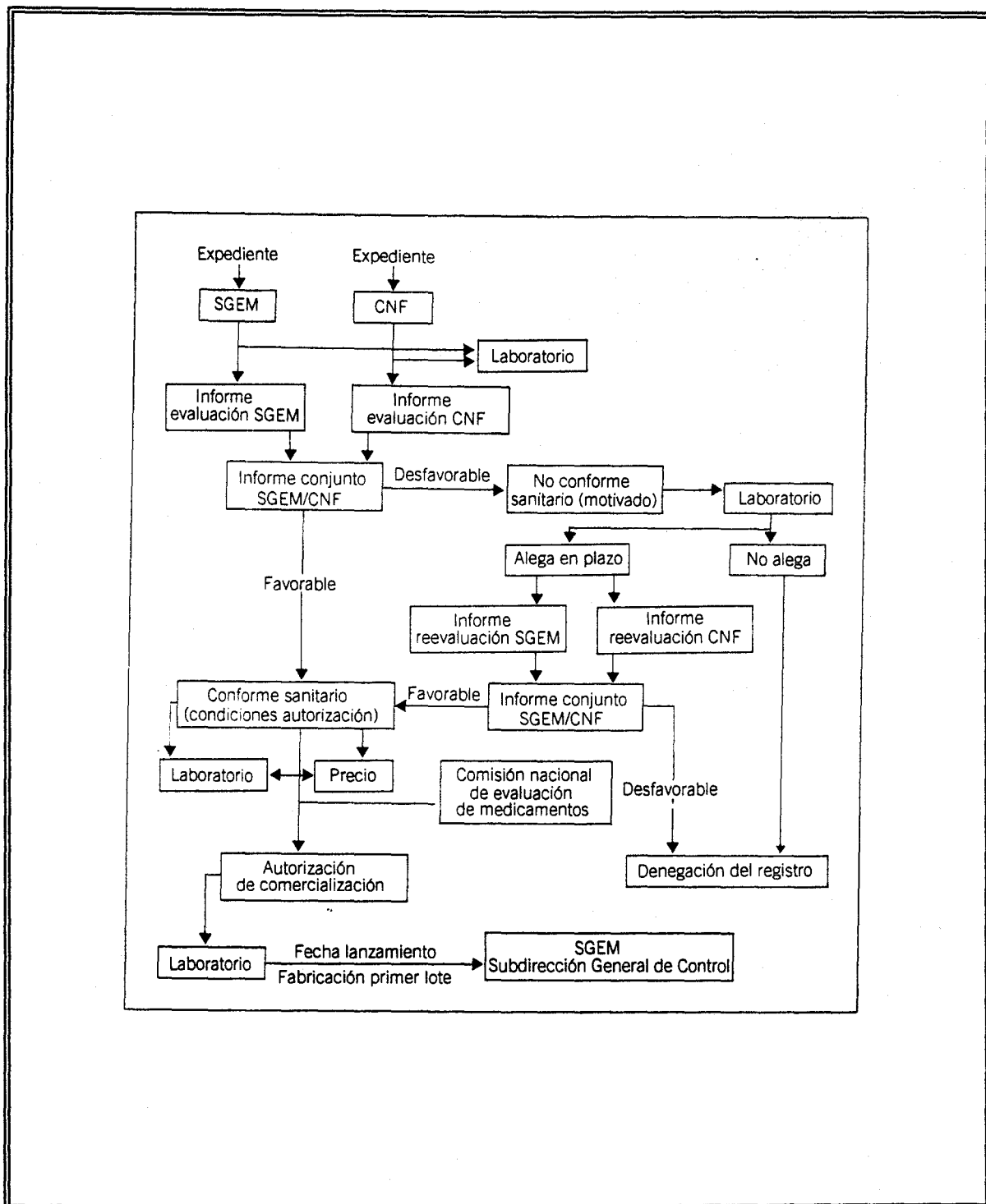


Figura 4. Procedimiento nacional de registro de medicamento
 (57) SGEM= Subdirección General de Evaluación de Medicamentos
 CNF= Centro Nacional de Farmacobiología

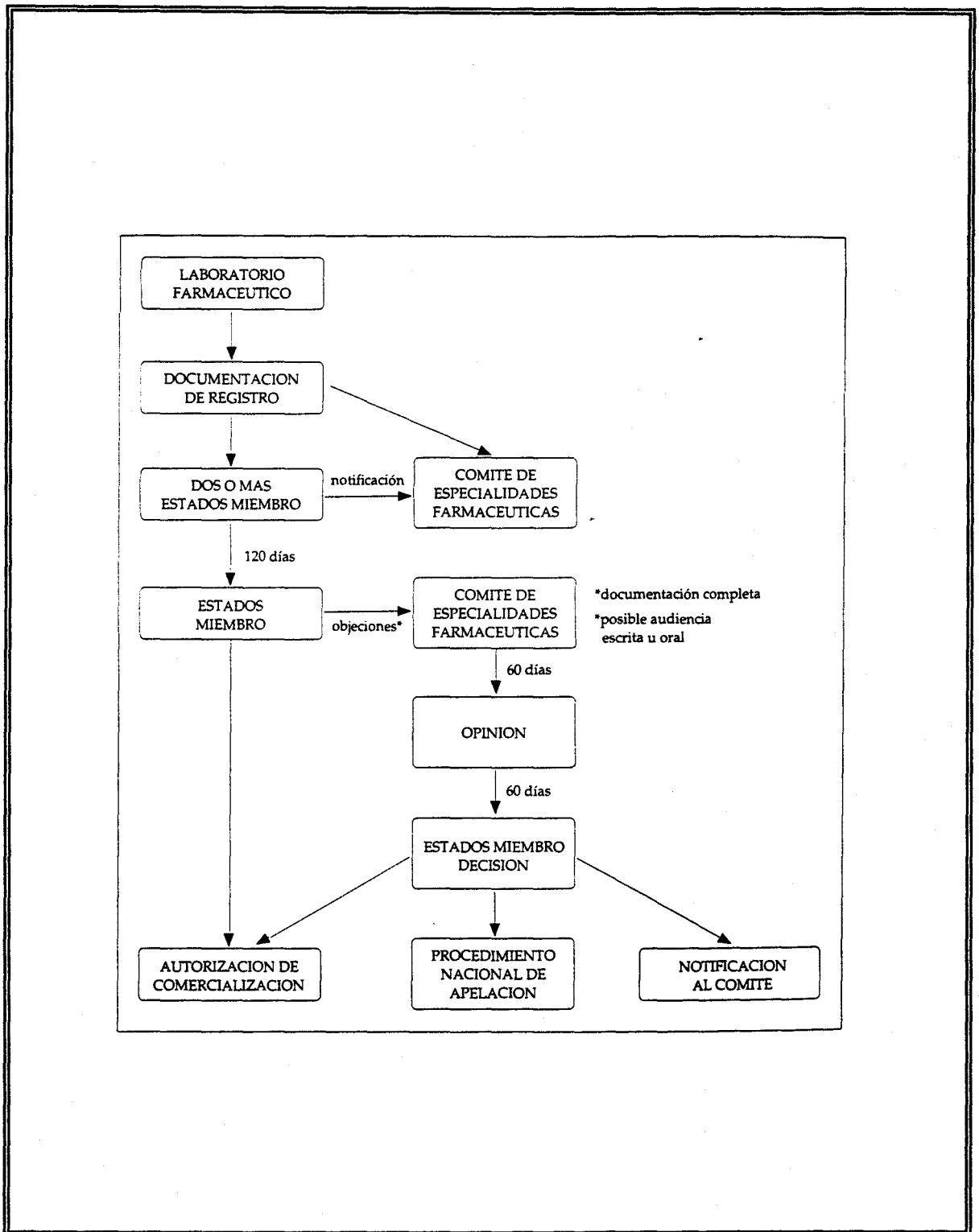


Figura 5. Procedimiento multiestado de registro medicamento (58)

El segundo aspecto a tratar en este apartado, hace referencia a la Farmacovigilancia.

Antes de ser aprobado un nuevo medicamento para su consumo, éste es sometido a una serie de estudios y ensayos clínicos donde se demuestra su eficacia y seguridad. A pesar de ello, siempre queda información desconocida al final de un ensayo clínico; por ejemplo, el caso de los niños, embarazadas y ancianos, que no se incluyen en estos estudios, y por consiguiente, no es posible cuantificar y verificar las posibles reacciones adversas de los medicamentos en estos grupos.

De estas consideraciones apuntadas, se deriva la necesidad de seguir obteniendo información después de la comercialización; proceso conocido con el nombre de vigilancia postmarketing o Farmacovigilancia (61,62).

La farmacovigilancia se define como el conjunto de actividades que tienen por objeto identificar reacciones adversas conocidas con anterioridad, cuantificar sus riesgos, tomar medidas reguladoras al respecto e informar a los profesionales sanitarios y al público de estas cuestiones (63).

En España, el Ministerio de Sanidad y Consumo ha aglutinado todas estas actividades, con la creación de un Sistema Español de Farmacovigilancia.

En el año 1988, en Andalucía se funda el Centro Andaluz de Farmacovigilancia, nacido de un acuerdo de la Consejería de Salud y Servicios Sociales de la Junta de Andalucía, y cuya sede es el CADIME (Centro Andaluz de Documentación e Información de Medicamentos) (64).

En la Tabla IV, se muestra de forma esquemática el funcionamiento de este Centro Andaluz de Farmacovigilancia.

Los objetivos de la Farmacovigilancia son identificar y valorar los efectos del uso agudo y crónico de los fármacos, una vez comercializados y utilizados en la práctica habitual. Para conseguir estos objetivos, es necesario utilizar una serie de métodos, entre los que merecen ser destacados: la notificación espontánea, realizada a través de la denominada "tarjeta amarilla" (representada en la Figura 6), el seguimiento intensivo de pacientes hospitalizados, y los estudios de casos control o cohorte.

Sin embargo, estos métodos no se han mostrado eficaces para verificar y cuantificar de forma rápida, reacciones adversas previamente desconocidas. En el intento de conseguir superar estas limitaciones, se han ideado nuevas estrategias con el objetivo principal de poder detectar de forma rápida de posibles reacciones adversas y reunir cohortes de pacientes para cuantificar rápidamente los riesgos. Con este

espíritu, nace el denominado PEM (Prescription Event Monitoring), desarrollado en la Unidad de Vigilancia Farmacológica de la Universidad de Southampton. Consiste en realizar una monitorización intensiva de los fármacos más recientemente introducidos en el mercado, durante un período de 1 a 4 años. Su principal ventaja reside en recoger en poco tiempo las reacciones adversas; y su inconveniente mayor es el de ser una estructura complicada y costosa (65).

TABLAIV: Funcionamiento del Centro Andaluz de Farmacovigilancia (64).

Notificación voluntaria

- Médicos y Farmacéuticos.-
- Servicios Médicos y Quirúrgicos.
- Farmacéuticos Hospitalarios.
- Comunicación de los laboratorios farmacéuticos



CENTRO ANDALUZ DE FARMACOVIGILANCIA

- Recepción de las notificaciones.
- Completar las notificaciones recibidas.
- Valoración y evaluación de la notificación.
- Contestar consultas sobre reacciones adversas.
- Remitir informe sobre la RAM comunicada.
- Remitir la información codificada al Centro Nacional.
- Elaborar y difundir un Boletín Informativo.



Centro de referencia nacional



Centro de OMS (Upsala, Suecia)

- Codificación de las notificaciones.
- Publicaciones de RAM graves o inesperadas.

CONFIDENCIAL

NOTIFICACIÓN DE SOSPECHA DE REACCIÓN ADVERSA A UN MEDICAMENTO

1. Por favor, notifique todas las reacciones a fármacos recientemente introducidos en el mercado y las reacciones graves o raras a otros fármacos (vacunas, productos estomatológicos y quirúrgicos, DIU, suturas, lentes de contacto y líquidos también deben ser considerados medicamentos).
2. Notifique en la primera línea el fármaco que considere más sospechoso de haber producido la reacción. O bien ponga un asterisco junto al nombre de los medicamentos sospechosos, si cree que hay más de uno.
3. Notifique todos los demás fármacos, incluidos los de automedicación, tomados en los tres meses anteriores. Para las malformaciones congénitas, notifique todos los fármacos tomados durante la gestación.
4. No deje de notificar por desconocer una parte de la información que le pedimos.

NOMBRE DEL PACIENTE _____

Sexo _____ Edad _____ Peso (kg.) _____

(Con la finalidad de saber si se ha repetido alguna reacción).
(Indique también el número de historia para los pacientes hospitalizados).

FÁRMACO(S)* (Indique el nombre comercial)	Dosis diaria y vía admón.	Fechas		Motivo de la prescripción
		Comienzo	Final	
(Véase nota 2)				

* Para las vacunas, indique número de lote.

REACCIONES	Fechas		Desenlace (P. ej. mortal, recuperado, secuelas, etc.)
	Comienzo	Final	

OBSERVACIONES ADICIONALES

Nombre _____

Profesión, especialidad: _____

Dirección _____

Población _____

Teléf. _____

Firma _____ Fecha _____

Por favor, marque con una cruz si necesita más tarjetas

Figura 6: Tarjeta de notificación espontánea (Tarjeta amarilla)

El desarrollo de la Farmacovigilancia en España, ofrece la ventaja de establecer un buen sistema de comunicación y colaboración entre farmacólogos clínicos, y otros profesionales.

Otra actividad inherente a la Autoridad Sanitaria, la constituye la autorización de los ensayos clínicos.

La Ley del Medicamento, en su Artículo 59, define al Ensayo Clínico como toda evaluación experimental de una sustancia o medicamento, a través de su administración o aplicación a seres humanos, orientada hacia algunos de los siguientes fines:

a) Poner de manifiesto sus efectos farmacodinámicos o recoger datos referentes a su absorción, distribución, metabolismo y excreción en el organismo humano.

b) Establecer su eficacia para una indicación terapéutica, profiláctica o diagnóstica determinada.

c) Conocer el perfil de sus reacciones adversas y establecer su seguridad (20).

Cuando un medicamento es introducido en el mercado, la información que le apoya es muy restringida. Aproximadamente de 3.000 a 4.000 pacientes habrán tomado el mismo en los

ensayos clínicos , antes de ser incorporado al arsenal terapéutico. Aunque existe controversia en relación con la conveniencia de aceptar los resultados de los ensayos clínicos como predictores de eficacia, estos quedan como piedra angular en la evaluación de fármacos, así como base científica para la regulación de los mismos (66,67).

En España, las normas que regulan la realización de los ensayos clínicos, quedan recogidas en la Ley del Medicamento:

Artículo 64: Ningún ensayo clínico podrá ser realizado sin informe previo de un Comité Etico de Investigación Clínica, debidamente acreditado por la Autoridad Sanitaria competente que habrá de comunicarlo al Ministerio de Sanidad y Consumo. Dichos Comités estarán formados, como mínimo, por un equipo interdisciplinario integrados por médicos, farmacéuticos de hospital, farmacólogos clínicos, personal de enfermería y personas ajenas a las profesiones sanitarias de las que al menos una será jurista.

Artículo 65: Los ensayos clínicos con « productos en fase de investigación clínica », o con medicamentos ya autorizados para nuevas indicaciones terapéuticas, cuando vayan a ser realizados en España, estarán sometidos a un régimen de autorización previa por el Ministerio de Sanidad y Consumo (20).

4.2.4. Otras fuentes de información

Analizaremos en este apartado, los Departamentos de Farmacología, Servicios de Farmacología Clínica, así como los Centros de Información de Medicamentos. La visita médica como fuente de información, será tratada más ampliamente en el Capítulo V.

El farmacéutico hospitalario constituye el principal interlocutor con la Industria Químico Farmacéutica. Todo fármaco antes de ser comercializado, es necesario que previamente haya sufrido unos controles, en los cuales se analicen y evalúen sus distintas propiedades farmacológicas con el objeto de garantizar la eficacia y seguridad del mismo. Es durante este período, cuando se realiza la selección de los investigadores que van a participar en los ensayos, los cuales necesitan informes sobre los posibles efectos secundarios de los fármacos a ensayar, procesos todos estos donde el farmacéutico hospitalario juega un papel de suma importancia (68).

Los Servicios de Farmacología Clínica ofrecen una excelente oportunidad de aprendizaje para los profesionales en formación, proporcionando como reconoce la OMS un inmejorable medio formativo, así como una estimulante interacción entre los clínicos y sus colegas, con experiencia en farmacología clínica.

En 1974, se creó en el Departamento de Farmacología Clínica de Huddince Hospital, un centro de información sobre medicamentos, cual ofrecía sus servicios a los médicos de hospitales y de la comunidad. Se ideó con el propósito de ayudar a resolver cuestiones que no se encuentran habitualmente en los manuales de despachos. La mayoría de las solicitudes de consulta se realizaron por teléfono al farmacólogo clínico. Dado el gran éxito obtenido, se están implantando estos servicios en países como Gran Bretaña y Suecia (69).

Los farmacólogos clínicos, como parte integrante de los Comités Éticos de Investigación Clínica, están en contacto con las Autoridades Sanitarias. Ellos, deben controlar que las distintas fases de la investigación clínica de un medicamento sean realizadas de forma que se obtengan la mayor eficacia y efectividad, de acuerdo con las necesidades éticas y de conformidad con las normas nacionales e internacionales. En la mayoría de los países europeos, los farmacólogos clínicos están implicados, en las siguientes actividades:

- Aplicación de los ensayos clínicos autorizados.
- Adhesión de las investigaciones clínicas a los protocolos.
- Buena práctica clínica.
- Descripción de las investigaciones clínicas y sus resultados en términos de eficacia, seguridad, precauciones, etc.

- Valoración de indicaciones, dosis, usos, contraindicaciones, etc.
- Monitorización de efectos adversos.
- Desarrollo de nuevos medicamentos.
- Introducción de una medicina en otro país (70).

Otra fuente importante, la constituye los Centros de Información de Medicamentos (CIM). En los últimos años han ido apareciendo en nuestro país nuevos CIM. El primer centro regional de documentación e información de medicamentos se creó en Andalucía a finales de 1982 (CADIME), financiado por el Fondo de Investigaciones Sanitaria de la Seguridad Social (F.I.S.S.S) y bajo el amparo del INSALUD.

Entre las perspectivas de este Centro, se contempla la creación de un sistema automatizado de información sobre medicamentos, tanto de búsqueda de referencias bibliográficas como de consulta. Esto va a permitir a los profesionales sanitarios disponer de la información necesaria para un uso más racional de los medicamentos. El CADIME se organiza en 3 áreas de actuación: información, documentación y gestión. Toda esta estructura organizativa se refleja de forma esquemática en la Figura 7.

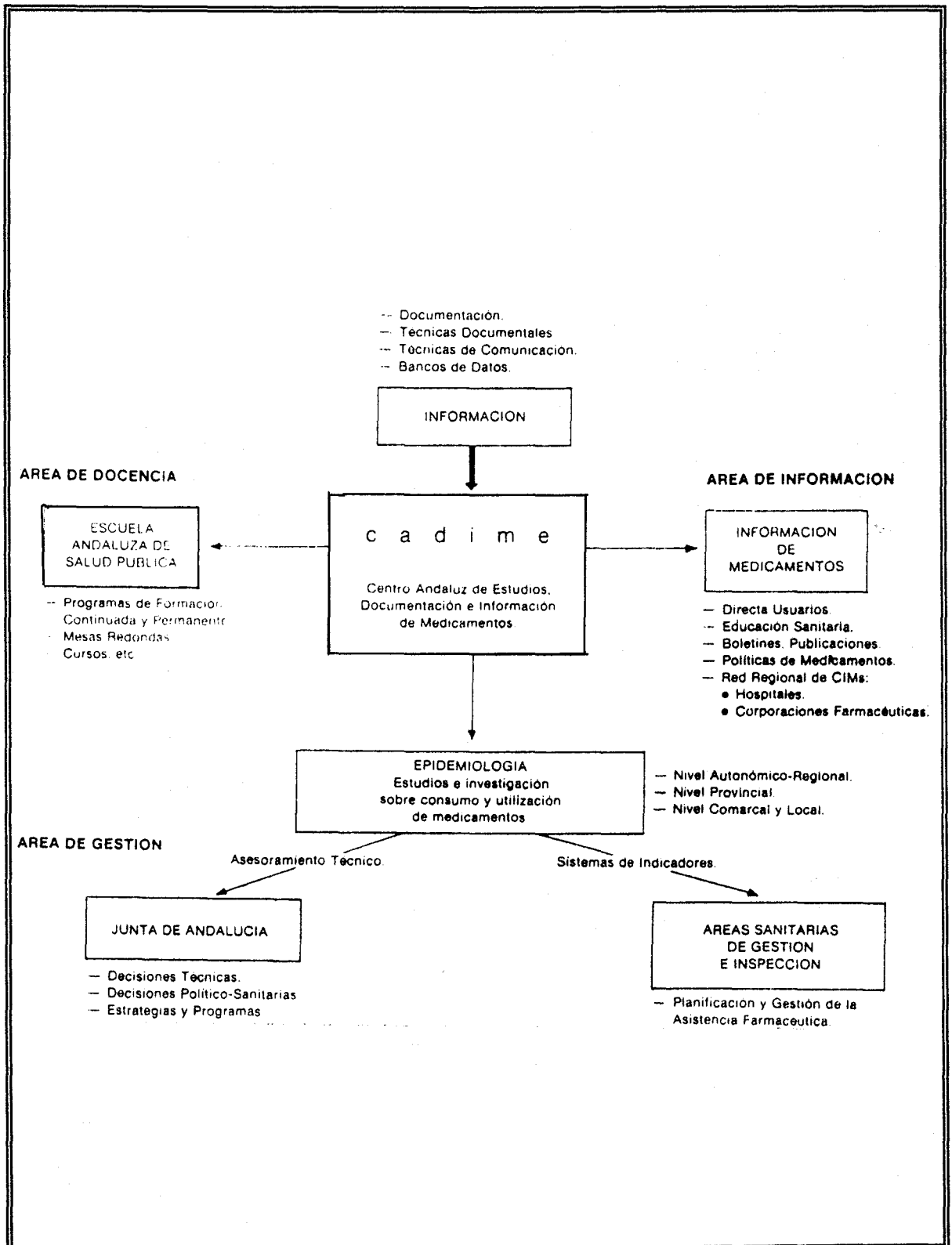


Figura 7: Estructura organizativa del CADIME (71).

4.2.5.-Aspectos futuros. Los nuevos sistemas de información

En la actualidad vivimos en una era de medios de comunicación instantáneos, un continuo bombardeo de imágenes y de símbolos.

En los últimos 25 años, se ha producido un gran estallido informativo que ha rebasado la capacidad de dominar la actividad médica tal y como se estaba realizando hasta entonces; la consecuencia más directa de todo esto que apuntamos no es otra que la sensación de frustración, de ansiedad ante la cantidad ingente de información, y la incapacidad para encontrar una información determinada es, en definitiva, lo que la literatura anglosajona describe con el término de "information anxiety" (72).

Dentro de algunas décadas, la medicina habrá evolucionado de tal manera, que existirán nuevos medicamentos, nuevas tecnologías; pero sin embargo, el mayor cambio, el más importante, se va a producir en la tecnología de la información. La informática dominará en casi todas las facetas de la práctica médica, de forma que toda la enseñanza médica tendrá que afrontar estos cambios (73,74).

Los descubrimientos científicos están también alterando la medicina en su más inmediato y palpable camino, en la información y en las nuevas formas de tecnología. La mayor

capacidad técnica de la moderna medicina está cambiando la relación existente entre el profesional médico y la sociedad. Como la medicina moderna puede prevenir y curar más enfermedades, a menudo, los pacientes esperan más resultados de los que los médicos pueden ofrecer.

Los médicos en la actualidad, dedican una gran parte de su tiempo a la obtención y registro de datos de sus pacientes, a seleccionar y leer la gran cantidad de literatura médica existente, preparar ponencias, trabajos clínicos y de investigación, etc (75).

En pocos años, los servicios de información científica de los Departamentos Médicos de la Industria Químico Farmacéutica (IQF) estarán totalmente computarizados, habrá sistemas bidireccionales que serán capaces de comunicar a través de los ordenadores al clínico con el médico de la IQF o con el visitador médico. Los médicos podrán tener acceso a la información sobre fármacos desde su propio domicilio mediante la utilización de los ordenadores, conectada a un terminal. La informática médica vendrá a reemplazar a los libros de textos y revistas como fuentes principales de registros sobre información de medicamentos (47).

Los ordenadores compendiarán las historias clínicas, junto a los resultados de las exploraciones físicas y complementarias. Las redes informáticas serán capaz de

descubrir nuevos síndromes, establecer pautas de tratamiento en base a experiencias previas, etc. Cabe preguntarse: ¿seguirán siendo necesarios los médicos?. ¿Continuará siendo básico el arte del buen clínico, y los médicos ejercerán de igual manera que lo hacen en la actualidad, tanto como especialistas, como generalistas?.

Los especialistas ejercerán vigilancia sobre los programas informáticos, iniciarán nuevos tratamientos consensuados, pondrán en marcha proyectos de investigación. Aún, a pesar de todo esto, habrá aspectos de la práctica médica que no podrán realizarse por ordenadores, tales como la palpación abdominal, el abordaje clínico de un paciente psicótico agudo, o una intervención quirúrgica (76).

El problema de la información sanitaria se plantea en el campo organizativo, que debe ser abordado por el máximo nivel de la organización sanitaria como asunto prioritario. La información, es el principal instrumento a la hora de la planificación, evaluación, consensuación y decisión de un proyecto organizativo, el cual debe implicar tanto a los gestores como al personal sanitario.

La tecnología es necesaria, pero nunca es imprescindible; el factor principal es la organización, la correcta gestión de los recursos humanos y materiales. La electrónica y la informática son un buen soporte para los requerimientos del sistema sanitario (77).

5.- LA VISITA MEDICA

5.1.- Aspectos legales

Las normativas legales que regulan la visita médica, quedan recogidas en el Decreto de 1 de Diciembre de 1977 de especialidades farmacéuticas, promoción, información y publicidad.

En el Capítulo V, Artículos 21 y 22 de este Decreto se hace referencia a la visita médica.

Artículo 21. La visita médica es un medio válido que utilizan los laboratorios a efectos de esta disposición, y cuando la requieran los facultativos, para proporcionarles información de medicamentos. También por este medio podrán recibir y transmitir a los laboratorios las observaciones que se les formulen sobre utilización y resultados obtenidos con los medicamentos.

Artículo 22. La información de medicamentos que se dé a través de la visita médica será objetiva y habrá de versar de acuerdo con el artículo 8º en:

a) La entrega de la ficha técnica aprobada por la Dirección General de Ordenación Farmacéutica, si la especialidad la tuviera.

b) La composición del preparado o especialidad farmacéutica.

c) Las acciones farmacológicas y la aplicación terapéutica atribuida.

d) Las contraindicaciones, efectos secundarios y demás advertencias y observaciones que sean precisas.

e) La posología.

f) Las presentaciones, los formatos y precios (17).

5.2.- Clasificación y objetivos de la visita médica

De todas las definiciones de la visita médica, creemos que la mejor de todas es la de Mauri Mario, el cual la define en los siguientes términos: " el acto de informar al médico del uso y de las propiedades de unas especialidades farmacéuticas". La misión informativa tiene como fin último " vender"; para conseguir esto, es necesario crear un interés en el médico por el conocimiento farmacológico y terapéutico del producto presentado, procurando no solamente mostrar el producto, sino además convencer y estimular su prescripción que, en definitiva, es la verdadera función del visitador médico y, bajo los intereses comerciales de la empresa, es lo importante (78).

La visita médica, constituye el pilar básico sobre el que se asienta toda la publicidad farmacéutica de la Industria Químico Farmacéutica. El visitador médico (se describe en la literatura anglosajona con el término de " detail person" o medical representative"; es decir, el representante de la

Industria Farmacéutica ante el médico) es un agente indispensable y efectivo para transmitir información relativa a medicamentos.

Que la visita médica represente el soporte fundamental de toda la publicidad farmacéutica, queda reflejado en la cuantía de los gastos económicos que conlleva la misma; de tal manera, que a pesar de ser difícil realizar una estimación exacta, y teniendo en cuenta la variabilidad existente de unos países a otros, estamos en condiciones de afirmar que aproximadamente un 50% del presupuesto promocional es gastado de este modo (79,80).

5.2.1.- Tipos de visita médica

Podemos distinguir varios tipos de visita médica:

A) POR LOCALIZACION:

- 1.- Urbana: domiciliaria, hospitalaria, ambulatoria.
- 2.- Rural: domiciliaria, consultorio.

B) POR SITUACION DEL PRODUCTO:

- 1.- De introducción.
- 2.- De mantenimiento.
- 3.- De recordatorio.

C) POR NATURALEZA DEL PRODUCTO

- 1.- Universal: interesa a todos los médicos.
- 2.- Especializada: interesa fundamentalmente a un grupo amplio de especialistas.
- 3.- Selectiva: interesa a grupos muy reducidos de especialistas, por ejemplo, anestésistas, radiólogos, oncólogos, etc (81).

5.2.2. Objetivos de la visita médica

La visita médica representa prácticamente el único medio de que dispone el representante médico para poder establecer un dialogo de forma continuada en el tiempo con el médico. De esta forma, el médico se constiuye en el blanco, en la "diana", ya que ellos son a fin de cuenta los prescriptores.

Los objetivos de la visita médica los podemos resumir en:

A) OBJETIVOS CUALITATIVOS:

- 1.- Promover la adopción de una terapéutica basada en nuevos principios activos.
- 2.- Iniciar nuevas pautas de tratamiento a partir de principios activos conocidos.
- 3.- Promover la prescripción con la aportación de informes y trabajos clínicos.

- 4.- Suscitar la adopción de tratamientos de elección con principios activos determinados en servivios hospitalarios, dispensarios, etc.
- 5.- Promover campañas de terapéuticas preventivas a nivel de entidades y empresas.

B) OBJETIVOS CUANTITATIVOS

- Cobertura de cuotas de ventas previamente determinadas, teniendo en cuenta los índices teóricos de absorción por zonas (81).

Los objetivos de la Industria Químico Farmacéutica no sólo se centran en el punto de vista económico, al objeto de obtener un número mayor de ventas y beneficios y utilizando para ello el mejor vector posible que poseen, el visitador médico; además, es necesario que el médico reciba una buena información de la forma más adecuada.

Se debe realizar una selección de los temas que mayor poder de sensibilización tengan sobre el médico; el visitador médico tiene que hacer un mayor énfasis en argumentos que le permitan poder diferenciar sus productos de los de la competencia; para ello debe utilizar razonamientos de base científica sólida, en relación con las propiedades terapéuticas y farmacológicas de los fármacos que presenta al médico. El visitador tiene la misión de crear un contacto más

o menos directo entre el laboratorio al cual representa y el médico, que a fin de cuenta es al que va a "vender" el producto.

La capacidad del visitador médico deber ser doble: por un lado, para recibir el mensaje y comunicarlo; por otro para saber comprender las reacciones que se van a producir en el médico ante un determinado mensaje.

Se hace necesario encontrar una armonía entre los contenidos informativos de los mensajes y los contenidos publicitarios de un producto señalado; es precisamente en este aspecto donde radica la mayor dificultad para la realización de una buena visita médica (82,83).

Desde el punto de vista de las compañías farmacéuticas, los visitantes tienen un doble papel: a) Por una parte tienen una función comercial. Su meta es incrementar la utilización de los productos de las compañías estimulando a los médicos para que realicen más prescripciones. b) Por otro lado, deben tener algo de educadores. Ellos trabajan como intermediarios (entre las compañías farmacéuticas y los doctores) para una correcta información acerca de productos farmaceuticos. De este modo, los médicos más informados pueden funcionar mejor en su papel como prescriptores. El resultado final es que los pacientes reciban una terapia correcta y su salud se vea incrementada.

Sin embargo, existe un obvio conflicto potencial de intereses en este doble papel que tienen que asumir los visitantes; para solventarlo, Lexchin refiere las siguientes recomendaciones:

1.- Los visitantes médicos deberán estar bien preparados e informados en materia terapéutica.

2.- Los representantes médicos deberán reconocer su doble función, y el hecho de que su papel como vendedor no puede tener preponderancia sobre el de educador.

3.- Las compañías farmacéuticas serán correctas y justas en la información que suministran a los visitantes.

4.- Las compañías farmacéuticas instruirán a sus representantes para trabajar de una manera profesional, abierta y franca, discutiendo los riesgos de los productos que promocionan.

5.- Los visitantes deberán mostrar alguna consideración por el bienestar de los pacientes (84).

En relación con las cualidades personales que debe reunir los visitantes, la amabilidad, el carácter agradable, abierto y expresivo, son aspectos muy valorados a la hora de la selección. De igual manera, se requiere una cultura general y es deseable que posea algunos estudios de Medicina. Posteriormente, y una vez que es seleccionado, deberá realizar unos cursos de aprendizaje de técnicas de visita

médica, marketing, así como de principios básicos de Fisiología y Farmacología en relación con los productos del laboratorio con el que va a trabajar.

En la 6ª edición publicada en 1986 del Code of Practice for the Pharmaceutical Industry, editado por la Association of the British Pharmaceutical Industry (ABPI), se hace referencia a la necesidad de la profesionalización de los visitantes médicos. Es preciso la realización de cursos de adiestramiento, donde se impartan conocimientos sobre temas farmacológicos y médicos, así como de técnicas de mercado, que posibiliten su misión informativa de forma precisa y competente (85).

En este sentido, es importante que las futuras Escuelas de Visita Médica aglutinen toda la instrucción que se haya de impartir, en lugar de la situación actual, en que cada laboratorio imparte a su voluntad una formación que no siempre se ajusta a las necesidades reales. Estas Escuelas estarían capacitadas para entregar a aquellos que superen las pruebas, un Diploma de Visitador Médico que les acredite como Informadores Técnicos Sanitarios (86).

También sería deseable que los visitantes médicos recibieran un sueldo fijo, para evitar que los ingresos de comisiones por volumen de ventas (cifrados en la actualidad

entre un 20-40%), supongan una parte sustancial de sus retribuciones (85).

Mauri, reseña una serie de cualidades a tener en cuenta en la selección de visitadores médicos:

A) CUALIDADES GENERALES:

- Cultura básica.
- Sentido de la organización.
- Sentido de la responsabilidad.
- Capacidad de iniciativa.
- Laboriosidad.
- Inteligencia y capacidad de comprensión.
- Interés de superación.

B) CUALIDADES ESPECIFICAS

- Capacidad de persuasión.
- Personalidad extrovertida.
- Vivacidad mental.
- Pericia para encauzar el diálogo.
- Capacidad de tomar decisiones rápidas.
- Deseos de aprender.
- Constancia en el adiestramiento.
- Fé en si mismo (78).

Un aspecto importante a tener en cuenta en el análisis de la visita médica, es el que hace referencia a la duración de la misma así como al número de visitas. A este respecto, se han realizado varios estudios; así en el año 1963 en Canadá se realizó un trabajo con 200 médicos, y se concluyó que por término medio cada médico veía 11,5 visitantes por mes y, que el tiempo de duración de cada visita era de 13 minutos aproximadamente (84). En un trabajo realizado por Rich, se encontró que los facultativos y residentes de medicina interna, de dos hospitales dedicados a la enseñanza de la medicina del estado de Minnesota, ven entre 2 y 4 visitantes por mes respectivamente (84).

A finales de la década de los 70 en EE.UU., el tiempo promedio de duración de la visita médica se estimó en 7 minutos (87).

Hemminki y Pesonen, en un estudio realizado en Finlandia, estimaron que los médicos consultados dedicaron más de 24 horas anuales de media a la visita médica (88).

En otro estudio realizado por Gersmenson en EE.UU., se puso de manifiesto que el número de visitas realizadas por los representantes de los laboratorios a los médicos internistas fué de 2 a 5 por semana (89).

En nuestro país, dado el gran número de laboratorios de especialidades farmacéuticas, (168 son los que aparecen en el

Vademecum Internacional en su trigésimotercera edición de 1992) se ha hecho necesario que exista una planificación adecuada para el control de las visitas médicas. Aunque resulta difícil de cuantificar el número de visitas médicas y el tiempo de duración de las mismas. En Atención Primaria y en su red reconvertida, dos días a la semana están concertados para que los representantes de los laboratorios puedan acudir a dichos Centros a visitar a los médicos, siendo el número aproximado de visitantes de 4 a 5 por día con una duración de la visita de aproximadamente de 5 minutos por término medio cada una, y en el vestíbulo del Centro de Salud o del Hospital, pocas veces en un despacho.

El visitador médico para llevar a cabo su trabajo de información utilizará una serie de medios a su alcance; entre ellos cabe destacar: los documentos de trabajos clínicos realizados con los medicamentos a presentar, folletos explicativos, y una "herramienta" muy importante como son las "muestras gratuitas" de medicamentos.

Las normativas reguladoras sobre "muestras gratuitas" quedan recogidas en el Real Decreto de 1 de Diciembre de 1977, cuyo Capítulo IX hace referencia a las mismas:

Artículo 35. Los ejemplares de especialidades farmacéuticas destinados a la información entre los facultativos y Odontólogos, así como para los ensayos e

investigación clínica, según se establece en el apartado b del artículo 6º, tendrán la consideración de "muestra gratuita".

Artículo 36. No podrán elaborarse y por consiguiente suministrarse, "muestras gratuitas" de especialidades farmacéuticas más que en las que se cumplan las dos siguientes condiciones:

1.- Durante dos años, contados desde la fecha de la autorización de la especialidad farmacéutica.

2.- Que la especialidad farmacéutica reúna alguno de los siguientes requisitos:

a) Que su fórmula esté constituida por un principio o principios activos farmacológicos que por ser novedad en el campo terapéutico precise del previo conocimiento de los facultativos.

b) Que aún no tratándose de un principio de los referidos en el anterior apartado, su preparación o forma farmacéutica sean nuevas o estén dirigidas a la administración por vía distinta de las utilizadas y suponga además una ventaja terapéutica respecto de aquellas.

c) Que aún siendo conocidos farmacológica y terapéuticamente el o los principios activos, se hubieran

descubierto acciones farmacológicas nuevas y que por consiguiente tenga una nueva aplicación terapéutica.

Artículo 38. Los ejemplares de "muestras gratuitas" tendrán un contenido, en unidades o capacidad, igual a algunos de los formatos autorizados como especialidad farmacéutica en venta.

Artículo 39. El material de acondicionamiento en los envases de "muestras gratuitas", cualquiera que sea éste, habrá de reunir las mismas características y condiciones que los envases de venta, con las siguientes excepciones:

- a) Se suprimirá el precinto de la Seguridad Social.
- b) Se indicará en letra impresa y bien visible la leyenda de "muestra gratuita, prohibida su venta" (17).

Según Rodríguez Sasian, las "muestras gratuitas" son un medio de promoción de medicamentos que es empleado por el 74% de los laboratorios.

Durante la fase de lanzamiento de un determinado medicamento, el porcentaje de muestras sobre el total producido de la especialidad constituye el 17,6% de la misma, disminuyendo con posterioridad hasta un 4,8% (90).

5.3.- Relaciones entre el médico y el visitador

En los últimos tiempos una nueva relación ha surgido entre la clase médica y la I.Q.F. Debido al abultado potencial económico de esta última, se ha detectado una gran presión sobre la clase médica. Esta presión no siempre se encuentra enmarcada dentro de unas determinadas normas éticas. En este sentido se han tomados medidas para establecer una mejor relación entre ambos (91).

Es muy difícil separar el eslabón existente entre la profesión médica y la Industria Farmacéutica; y en el caso de que fuera factible dicha separación, no sería deseable, ya que existen áreas de interacciones entre ambas, tales como los ensayos clínicos que pueden ser de gran beneficio para los enfermos (92).

La evaluación objetiva de la información suministrada a los médicos es importante por razones técnicas, y aunque el principal propósito de la información que recibe el médico por parte de la fuente comercial sea la de obtener las mayores ventas posible de un determinado medicamento, los médicos están obligados a corregir cualquier sesgo que se produzca en la interpretación de la información (93).

Dentro de esta relación existente entre el médico y el

visitador, cabe preguntarse: ¿cual es la razón por la que el médico recibe al visitador?. Existen varias razones: una por ejemplo, por simple cortesía; otra para utilizar las "muestras gratuitas" que les ofrecen para sus familiares. También se ha referido como razón, la de salir de la rutina diaria de los hospitales; pero sin lugar a dudas la razón fundamental, la más importante es la de adquirir información acerca de fármacos (94).

En relación con la opinión que les merecen a los médicos los visitantes, hemos revisado distintos estudios que se han realizados en varios países. En España, en un estudio realizado en 1986 sobre la actitud del médico ante la visita médica, se puso de manifiesto la postura ambivalente de los facultativos; la mayoría expresaron estar "hartos" de la visita, aunque al mismo tiempo no quieren que ésta desaparezca. De modo general, los médicos se quejan de la gran cantidad de mensajes que reciben por lo que en este contexto pierden valor para él. Los médicos opinaron que la visita médica además de elemento de comunicación debe constituir un medio para la consecución de publicaciones, ayuda para la asistencia a congresos, etc.

La imagen del visitador entre los médicos más jóvenes no es buena; por el contrario, los colegas de edades superiores tienen mejor imagen de ellos y opinan que los visitantes médicos en la actualidad están mejor preparados que los de antaño.

Los médicos en general, a pesar de sus reticencias reconocen en su gran mayoría la utilidad de la visita médica para conseguir información sobre los medicamentos (94).

En Francia, en un sondeo que se realizó a finales del año 1990 por la revista " Le Quotiden du Medicin", cuyo objetivo fué conocer las relaciones existentes entre los facultativos y los laboratorios, los resultados que se obtuvieron fueron que un 90% de los médicos consideraban buena esta relación; y en lo que hacía referencia a cómo estaba evolucionando la misma, el 25% afirmó que estaba mejorando, el 54% que se mantenía estables, mientras que un 14% manifestó que no habían progresado considerablemente. A la pregunta de si se sentía presionado por los visitantes médicos, el 75% de los médicos encuestados contestaron negativamente. El 94% de los facultativos juzgaron favorablemente el intercambio de información terapéutica médico- laboratorio. Por otro lado, el 84% afirmaron que sus conocimientos sobre fármacos había mejorado gracias a la información aportada por los visitantes médicos (22).

En Gran Bretaña, Eaton y Parish realizaron un estudio buscando datos sobre 450 médicos generales; los resultados obtenidos pusieron de manifiesto, que un 51% de los médicos encuestados mostraron su satisfacción en la relación con los visitantes médicos como fuente de información (37).

En los estudios llevados a cabo en los Estados Unidos de Norteamérica, se obtienen resultados muy similares: aproximadamente un 42% de los médicos afirmaron que su relación era satisfactoria (95,96).

Así pues, en la mayoría de los países occidentales los médicos manifiestan una postura favorable en su relación con los visitantes médicos, como fuente de información de medicamentos.

Un aspecto importante que creemos deber ser analizado en la relación que existe entre los médicos y los visitantes médicos, es el que hace referencia a los regalos de la Industria Farmacéutica.

La aceptación de regalos por parte de los facultativos, tiene unas repercusiones éticas y establece una conexión entre ambos que obliga a una respuesta por parte de los médicos. Las implicaciones éticas se podrían de manifiesto en la ruptura de la conexión existente entre el médico y sus pacientes, si la prescripción médica de alguna manera se viera afectada por la influencia de las compañías farmacéuticas. Por otro lado, la propia naturaleza de los médicos puede ser alterada por una práctica que fomenta sus propios intereses (97).

Los regalos deberían limitarse a objetos de bajo coste y de cierta relevancia para su trabajo clínico. La Administración además debería sustentar las actividades de

formación continuada, de tal manera, que la necesidad de patrocinadores se redujera al mínimo. Mientras ese ideal no se cumpla, los facultativos y profesionales sanitarios así como las compañías farmacéuticas deberían ser capaces de limitar las ayudas a aquello que es aceptable, aportando el dinero en las formas previstas en la legislación (98).

En un trabajo realizado por McKinney y cols con residentes y especialistas, el 66% de estos últimos y el 77% de los residentes, indicaron que los médicos podían estar comprometidos por aceptar regalos. El mismo estudio indicó que solamente un 10% de ellos creen han tenido educación suficiente durante la enseñanza y la residencia respecto a la relación con los visitantes (99).

En el año 1990, después de 1 año de deliberaciones, el Council on Ethical and Judicial de la Asociación Médica Americana (A.M.A.); emitió su opinión en la cuestión de los regalos a los médicos por parte de la Industria farmacéutica. Las recomendaciones dada por la A.M.A. son las siguientes:

- 1.- Cualquier regalo aceptado por los médicos individualmente debería primeramente ocasionar un beneficio a los pacientes y no debería tener un valor sustancial. Por consiguiente, los libros de textos, son apropiados si hay una función educacional.

2.- Regalos individuales de mínimo valor son permisibles si se relacionan con el trabajo médico.

3.- Las subvenciones para suscribir los costes de educación médica continuada, conferencias o reuniones profesionales pueden contribuir a la mejoría de los cuidados de los pacientes y, por lo tanto, son permisibles.

Dado que entregando una subvención directa a un médico por parte de la I.Q.F. se puede crear una relación entre ambos que pueda influenciar en el uso de los productos de las compañías, los pagos para sufragar los costes de las conferencias no deberían ser aceptados directamente por el médico que asiste a las mismas.

De igual manera, las subvenciones dada por la I.Q.F. para el pago de los costes de viaje, alojamiento, etc, no deberían ser aceptadas por los médicos (100).

El Royal College of Physicians de Londres, dictó una serie de normas éticas en relación con el patrocinio de las reuniones subvencionadas por la I.Q.F.; así el material promocional utilizado para estas reuniones debe tener un objetivo científico y educacional. Por otro lado, también recomienda esta asociación que los médicos generales sólo deben asistir a reuniones de valor científico y educacional. Las reuniones que se aprovechan la ocasión para realizar comidas en restaurantes, con pequeño o nulo contenido científico y educacional, no son aceptables (101).

En un mismo sentido se manifiesta Schonberg, quien cree ético que la I.Q.F realice una subvención de índole financiera de cualquier symposium médico o reunión, siempre y cuando el contenido de los mismos tenga una sólida base científica y educacional, y en definitiva, que sirva de soporte para una formación continuada de los médicos que a larga será beneficiosa para los pacientes (102).

6.-LA PRESCRIPCION

6.1.- Concepto. Elementos de la prescripción.

La prescripción la podemos definir como una orden del médico para preparar o suministrar un determinado tratamiento para un enfermo en particular.

La resolución del facultativo de recetar un medicamento da por hecho que el paciente ha sido suficientemente evaluado clínicamente y llegado a un diagnóstico, y por consiguiente se hace necesario la prescripción médica. El hábito de la prescripción al igual que cualquier otro, debe ser actualizado y examinado periódicamente (103).

Aunque la prescripción puede escribirse en cualquier trozo de papel que tenga un tamaño adecuado para que todos los elementos legales esten presentes; en nuestro país, existe un modelo de receta oficial que se utiliza en el Sistema Nacional de Salud, y que se representa en la figura 8.

La receta consta de 2 hojas: la primera forma lo que se denomina el cuerpo de la receta, donde figuran los datos de identificación del paciente, del médico y de la farmacia que lo dispensa. Hay un espacio reservado donde se consigna el medicamento que se prescribe, el número de envases que se prescribe, la duración del tratamiento así como la posología. Una segunda hoja es el volante de instrucciones al paciente, donde figuran un espacio para escribir el diagnóstico si procede, así como instrucciones para el paciente y el



 ENFERMEDAD COMUN O ACCIDENTE NO LABORAL		Sistema Nacional de Salud	
PRESCRIPCIÓN Conjunto e producto. En caso de medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía administ., dosis por unidad, n.º de unidades por envase). DPS N.º enc. <input style="width: 50px;" type="text"/>	Duración tratamiento Posología: _____ Unidades/toma Cada _____ horas	PACIENTE (Nombre, Apellidos, Año de nacimiento, N.º de identificación)	RECETA ORDINARIA/PENSIONISTAS
CUPONES PRECINTO	Advertencias al farmacéutico	FARMACIA (Datos de identificación, fecha dispensación y firma)	
	MEDICO (Datos de identificación, fecha prescripción y firma)		
- Esta receta caduca a los DIEZ DIAS. No será válida con enmiendas o raspaduras. - El beneficiario puede retirar en cualquier farmacia los medicamentos prescritos.		CC5 0207531 50	
		Sistema Nacional de Salud	
PRESCRIPCIÓN Conjunto e producto. En caso de medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía administ., dosis por unidad, n.º de unidades por envase). DPS N.º enc. <input style="width: 50px;" type="text"/>	Duración tratamiento Posología: _____ Unidades/toma Cada _____ horas	PACIENTE (Nombre, Apellidos, Año de nacimiento, N.º de identificación)	RECETA ORDINARIA/PENSIONISTAS
DIAGNOSTICO (Si procede)	INSTRUCCIONES DEL FARMACEUTICO (Si procede)	MEDICO (Datos de identificación, fecha prescripción y firma)	
INSTRUCCIONES AL PACIENTE			
- Esta receta caduca a los DIEZ DIAS. No será válida con enmiendas o raspaduras. - El beneficiario puede retirar en cualquier farmacia los medicamentos prescritos.		CC5 0207531 99	

Figura 8: Modelo de receta oficial. Sistema Nacional de Salud.

farmacéutico.

6.2.- La buena prescripción

El facultativo antes de recetar deberá tener en cuenta una serie de elementos que son importantes para una buena prescripción. Será preciso tener en cuenta las reacciones adversas que pueden aparecer, así como la posibilidad de una dosificación excesiva que puede tener lugar por un accidente en la prescripción o en la dispensación. Aspectos tales como las reacciones idiosincráticas, de hipersensibilidad, la habituación, las interacciones de medicamentos y de los alimentos, son también importantes.

El médico tendrá en cuenta la forma de dosificación y cuál es la vía de administración más apropiada en cada caso; se debe fijar el número total de comprimidos o cápsulas, especificar claramente la duración del tratamiento, así como los intervalos entre las tomas de los medicamentos.

Con relación a la instauración de nuevos tratamientos, el nuevo fármaco tiene que ser mejor en más de uno de los aspectos siguientes:

- Más eficaz
- Posologías más sencillas.
- Comienzo de acción más rápido y acción más prolongada.

- Más aceptable (mejor sabor, mejor conservación, menos dolor en las inyecciones).
- Mejor cinética de absorción, distribución y excreción.
- Especificidad o selectividad (104).

Para la realización de una buena practica de la prescripción, creemos necesario tener en cuenta los siguientes apartados:

1.- Prescribir sólo cuando es probable que los beneficios que vamos a obtener con un medicamento superen a los riesgos.

2.- Es necesario tener un diálogo con el paciente para hablar del medicamento y sólo prescribir cuando tengamos la certeza de que el paciente va a tomar el fármaco.

3.- No recetar remedios cuya eficacia no esté suficientemente probada.

4.- A la hora de elegir entre varios fármacos de igual o parecida eficacia, seguridad y ventaja, recetar el más barato.

5.- Prescribir durante el periodo más corto que esté indicado clínicamente.

6.- Recetar con el nombre genérico.

7.- Tener un control de la prescripción (105).

6.3. Factores que influyen en la prescripción

La prescripción está influenciada por muchos factores, los cuales inciden o modifican la actitud del médico. Hemmiki realizó una revisión bibliográfica de todos los factores que de una u otra forma afectaban a la prescripción; este autor describió como principales, los siguientes:

1.- Nivel de formación del médico.

2.- Influencia de los visitantes médicos y de la I.Q.F.

3.- Influencia de otros colegas.

4.- Medidas de control y regulación.

5.- Las demandas de los pacientes.

6.- Otras características del medio (106).

En la figura 9, se muestra un diagrama donde están representado los factores anteriormente señalados. En las páginas siguientes comentaremos los aspectos más importantes de estos apartados.

6.3.1. *Nivel de formación del médico*

Dada la proliferación existente de nuevos y potentes agentes farmacológicos, la mejora en la prescripción es una meta cuya importancia ha aumentado considerablemente.

Muchos residentes consideran que, durante su período de formación, la publicidad puede influir en su conducta de prescripción. Así mismo, refieren la necesidad de recibir una

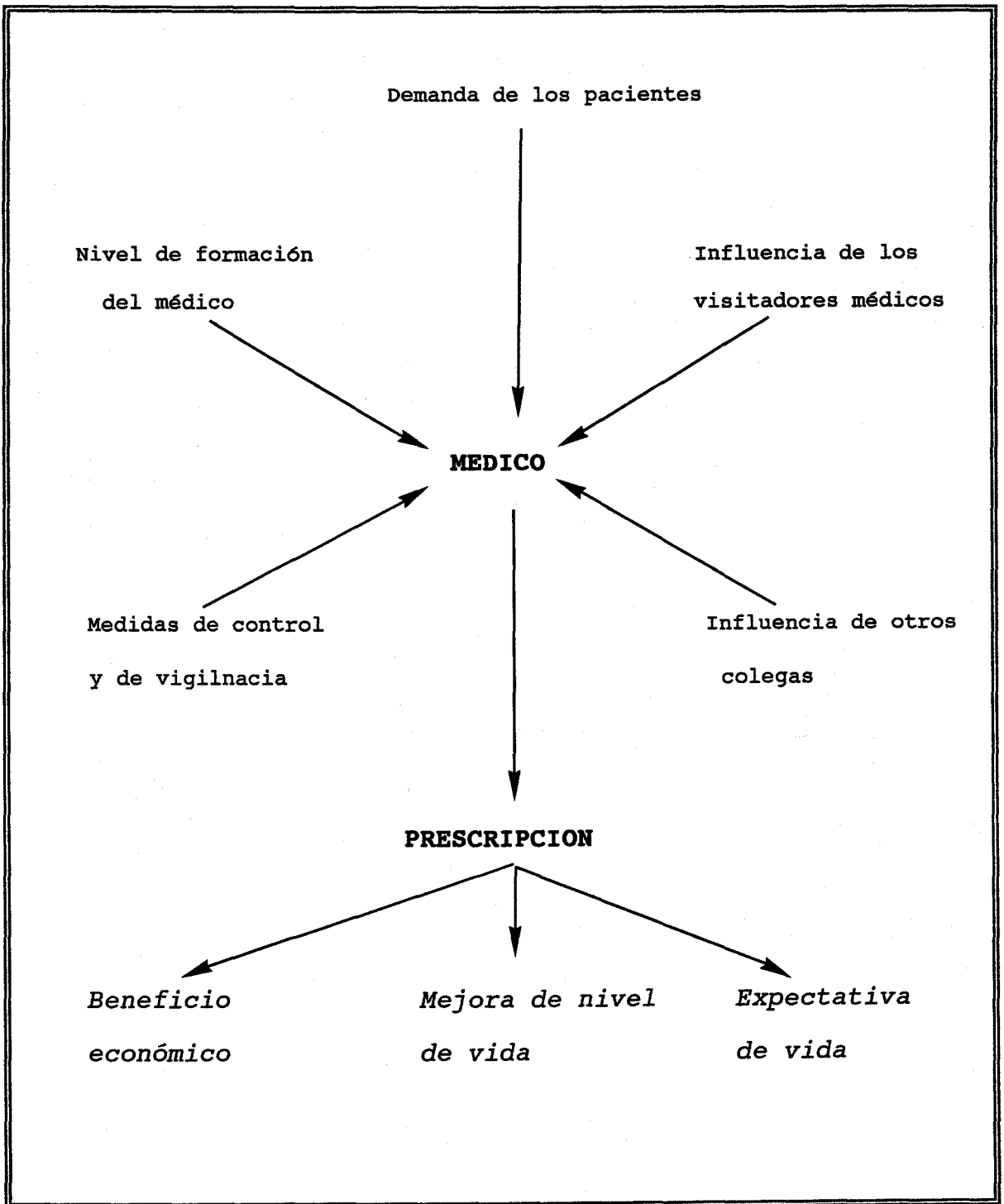


Figura 9. Factores que influyen en la prescripción.



preparación adecuada para realizar una correcta evaluación crítica de la publicidad de fármacos (107,108).

La incorporación en los últimos tiempos de nuevos facultativos, especialistas en Medicina de Familia y Comunitaria, ha determinado una disminución en la prescripción de fármacos y un uso más racional de los mismos en el área de la atención primaria (109,110). En este sentido, Font y cols, realizaron un estudio con el objeto de comprobar si la intervención educativa sobre el médico de atención primaria puede ser eficaz para mejorar la prescripción de fármacos. Los resultados muestran un impacto favorable de la información personalizada en los grupos de facultativos con un elevado volumen de recetas, y resulta especialmente notable, entre los grandes prescriptores (111).

Avorn y Soumerai, en un trabajo realizado en EE.UU. pusieron de manifiesto, que los médicos a los cuales se les ofertó visita educativa, por medio de farmacéuticos hospitalarios de distrito, redujeron la prescripción de 3 grupos de fármacos (vasodilatadores cerebrales periféricos, cefalosporinas y propoxifeno) fué reducida en un 14%, en comparación con el grupo control (112).

Otro aspecto de la prescripción, donde los factores educacionales tienen una influencia manifiesta es el que hace

referencia a los gastos en la misma. En un ensayo prospectivo controlado, donde participaron 51 médicos internistas, llevado a cabo por Frazier y cols, quedó demostrada la reducción de los gastos en la prescripción como consecuencia de la intervención educativa (113).

Para terminar con este apartado, queremos señalar nuestro acuerdo con la opinión dada por Becker, según el cual, es necesario que las Facultades de Medicina en sus programas de enseñanza, presten atención prioritaria a aspectos relacionados con los nombres genéricos de fármacos, efectos secundarios, y costes de los mismos (114).

6.3.2. *Visitadores y publicidad de fármacos*

La I.Q.F. es parte fundamental del sistema sanitario al establecer el suministro de medicamentos necesarios para conseguir mejores tratamientos farmacológicos. Existe un acuerdo universal en considerar que cuanto más fuerte es la promoción de un fármaco, más se prescribe (115).

En este apartado, analizaremos en primer lugar, la influencia de los visitadores, y posteriormente, la publicidad de los fármacos.

Las compañías farmacéuticas de los países industrializados, ven a los visitadores médicos como el

elemento más crucial en la promoción de sus productos. Ellos, poseen una gran capacidad para modificar los hábitos de prescripción de los facultativos. Como bien afirma Lexchin: una gran proporción de visitantes, se ven a sí mismos más como vendedores que como educadores. Las compañías, les reclutan y preparan, enviándolos a visitar a médicos que más fácilmente incrementen las ventas de sus productos (84).

En un trabajo ya clásico de Wilsony cols, donde se analizó la influencia sobre la prescripción de las distintas fuentes de información de medicamentos, se puso de manifiesto cómo los visitantes médicos ejercieron un importante influjo en los hábitos de prescripción (116).

La Asociación Médica Americana, en un estudio realizado en el año 1973, reveló que el 63% de los médicos encuestados, manifestaron que los visitantes tuvieron una marcada influencia en sus modelos de prescripción (117).

En los distintos estadios de los procesos de adopción de un nuevo fármaco en el mercado, se ha visto que el visitante médico tiene una importante influencia; en este sentido, en varios estudios realizados, se comprobó la favorable acogida entre los doctores de las fuentes comerciales (94,37,118).

En relación con el segundo punto que nos ocupa, no resulta fácil hacer una valoración exacta del impacto que tiene la publicidad en la conducta de prescripción de los facultativos, en comparación con los otros medios.

Numerosos estudios han intentado determinar la influencia del marketing farmacéutico sobre la prescripción. Los estudios son problemáticos, toda vez que los datos obtenidos son aportados por los propios médicos, introduciéndose de esta forma un sesgo potencial.

Hechas estas consideraciones previas, examinaremos algunos de los trabajos realizados al respecto.

En un estudio realizado por Krupka y Verner, donde se analizaron los anuncios publicados en dos prestigiosas revistas americanas (The New England Journal of Medicine y The Journal of the American Medical Association) en un período de 10 años, los resultados obtenidos sugieren que una mayor inversión publicitaria consigue mayores niveles de prescripción de un determinado fármaco, a pesar de que no esté demostrada plenamente su efectividad. Por otro lado, se demostró que la saturación publicitaria no indujo un incremento de las ventas de aquellos medicamentos con demostrada eficacia. En base a todos estos datos, los autores concluyen afirmando, que la publicidad tiene o provoca un efecto sobre la prescripción (119).

Avorn y cols, analizaron el influjo de las fuentes comerciales y científicas sobre la prescripción, poniendo de manifiesto que la mayoría de los médicos afirmaban prestarle poca atención a los anuncios y visitadores, en comparación con los artículos de revistas científicas; sin embargo sus opiniones sobre la efectividad de los fármacos mostraron todo lo contrario en un importante segmento de la muestra estudiada (35).

Esto parece lógico, si tenemos en cuenta que la mayoría de los fármacos nuevos que se prescriben se han desarrollado en los últimos 10 años; por tanto, una gran mayoría de médicos durante su período de formación, no ha tenido conocimiento de ellos. En este sentido, un trabajo publicado en el Annals of Internal Medicine en 1988, demuestra que aproximadamente el 85% de todas las prescripciones realizadas por médicos jóvenes (licenciados en Medicina después del año 1960), corresponde a fármacos acerca de los cuales no han recibido información durante los años de licenciatura (120).

Cohen, en su artículo referente a la publicidad directa (entendiendo como tal la publicidad de medicamentos dirigida al público en general), muestra su disconformidad con este tipo de publicidad, ya que la prescripción podría llegar a depender más del atractivo del propio anuncio que del interés terapéutico; los profesionales sanitarios deberían oponerse

formalmente a esta forma de publicidad, e informar de ello a los oficiales y gestores de la I.Q.F., insistiendo en el posible daño que podrían causar a los pacientes (121).

6.3.3.- *Medidas de control y regulación*

Dentro de la clasificación del mercado farmacéutico europeo, España ocupa el quinto lugar, y el décimo en el mundial.

En nuestro país, los gastos destinados a cubrir las prestaciones farmacéuticas dentro de la Seguridad Social, alcanzaron en 1990 los 471.920 millones de ptas. En el año de 1992, el gasto farmacéutico ha sido de aproximadamente 694.132 millones de ptas (122).

Estos datos ponen de manifiesto la necesidad de realizar un control sobre la prescripción de fármacos. La mayoría de las tentativas que se han realizado en este sentido, han sido mediante disposiciones reglamentarias o por medidas de persuasión.

En Francia, la Seguridad Social ejerce un control cualitativo sobre las prescripciones, consistente en hacer un "perfil médico" que representa el costo de las prescripciones realizadas por cada facultativo; esto permite averiguar quienes se desvían de los criterios acordados, y tomar, en consecuencia, las medidas oportunas, medidas que van desde una

llamada de atención al médico, hasta su exclusión de la Seguridad Social (123).

Lopez Corbalán, publicó un artículo donde se describe un posible modelo de control de la prestación farmacéutica dentro del Sistema Nacional de Salud de España, basado en la obtención de los perfiles farmacoterapéuticos de prescripción por facultativos, por grupo terapéutico y por enfermo. Los perfiles de prescripción de un determinado médico, permiten llevar a cabo comparaciones con el resto de sus compañeros del área sanitaria.

Esto puede ser un instrumento de suma importancia en los estudios de mejora de la prescripción, ya que resultaría muy interesante observar el diferente enfoque farmacológico de los distintos médicos de una misma área, sobre procesos patológicos parecidos (124).

Otro procedimiento eficaz de control, sería limitar las prescripciones exclusivamente a los medicamentos que esten incluidos en un formulario o lista. En un interesante estudio llevado a cabo en un hospital de EE.UU. por Huber y cols. sobre los efectos de varios sistemas de control de la prescripción de antibióticos y tranquilizantes, el método que resultó más eficaz para reducir la prescripción, consistió en retirar esos productos del formulario, le siguió inmediatamente en orden de eficacia el requisito de que las prescripciones fueran refrendadas por el jefe de servicio (125).

El médico no receta lo que quiere, su libertad, hasta ahora excesiva, tiene algunas restricciones. Es decir, no puede recetar nada que no tenga recibida la oportuna autorización. La Organización Sanitaria puede controlar el mercado y la oferta farmacéutica (126).

Todas las medidas explicadas, tienen como objetivo final el conseguir un uso racional de medicamentos, aunque se apunte alguna oposición a las mismas. Algunos médicos, se resisten a que se les realice una evaluación de sus actividades.

En la actualidad, debemos admitir que en el campo de la asistencia sanitaria, cada actividad a realizar tiene una delimitación establecida con antelación, y la evaluación continuada y correcta de ella, es el mejor camino para conseguir una optimización de los cuidados de los pacientes (127).

Para ello, es necesario que sea aceptado el fin de la libertad clínica, a la que se refiere J. R. Hampton, con las siguientes palabras:

" La libertad clínica ha muerto y nadie debe lamentar su fallecimiento . La libertad clínica era el derecho de los médicos a hacer cualquier cosa que en su opinión fuera la mejor para sus pacientes. En los tiempos en los que la investigación era inexistente y el tratamiento tan inofensivo como

ineficaz, la opinión del médico era lo único que había, pero ahora la opinión solamente no es suficiente ...

La libertad clínica fué un mito que impidió los verdaderos avances. Debemos darle la bienvenida a su legado y apoderarnos de las oportunidades que ahora se nos ofrecen" (128).

6.3.4.- *La demanda de los pacientes.*

Es otro factor importante que tiene influencia en los hábitos de recetar de los médicos.

El acto de prescribir, tiene un fuerte efecto simbólico que delimitan las funciones que corresponden al médico y al paciente, manteniendo la relación entre ambos. Al recetar, el facultativo se asegura a sí mismo que está tratando al paciente, y aumenta la dependencia para que vuelva de nuevo. Para el paciente la receta simboliza el interés que en él tiene el médico y confirma su propio papel como paciente (129).

La consulta, como afirma Gervas, no es más que una negociación entre el médico y su paciente, cuyo resultado es el conjunto de acciones que el médico acomete, dentro de un plan, y que el paciente aprueba o renuncia. Esta negociación, puede conllevar incluso, la prescripción a iniciativa del paciente (126).

Aunque la demanda de los pacientes ejerce una gran influencia, probablemente tiene menos fuerza que la que los médicos quisieran hacer creer. En este sentido, en un trabajo llevado a cabo por Stimson, se demostró que en un 80% de los casos, el médico cree que el paciente ha acudido a consultarle para obtener un medicamento, sin embargo, en realidad sólo el 50% de los pacientes querían realmente uno (130).

En un estudio descriptivo sobre la prescripción farmacéutica en tres diferentes consulta de atención primaria, se puso de manifiesto que la media de prescripciones fué entre 1,1 y 2,0 receta/visita, siendo los pacientes de más edad a los que más se prescribe y situándose los centros con mayor presión asistencial y menor tiempo por visita como los de mayor número de prescripciones (131).

Schwartz y cols, analizarón los motivos de prescripción de 141 médicos, en relación con tres fármacos recetados muy frecuentemente. De las 110 respuestas obtenidas, el 40% de los facultativos esgrimió como razón fundamental para la prescripción de estos fármacos, la demanda de los pacientes (132).

Un trabajo realizado por Pérez Fernández y cols, sobre la iniciativa de la prescripción, puso de manifiesto que el paciente fué directamente responsable de hasta el 5% de las prescripciones realizadas por los facultativos (133).

Danti y Castellani, en un estudio sobre prescripción inducida, obtienen resultados muy parecidos a los anteriores: el 7,1 de las prescripciones son inducidas por el paciente, correspondiendo el 5,2% a mujeres y el 1,9 restante a hombres. Concluyen los autores destacando, que las prescripciones inducidas por los pacientes se confirman como unos de los productos más singulares y sugestivos de la relación médico y enfermo y dejan claro, de forma ejemplar, que médicos y pacientes se inspiran y se refieren a modelos comunes de la cultura de la salud (134).

Por último, creemos necesario que se realicen más ensayos controlados y randomizados, con objeto de analizar la influencia que sobre la prescripción ejerce la demanda de los pacientes.

6.3.5. *Otras características del medio*

Dentro de este epígrafe, queremos señalar la importancia que tienen las características del medio (condiciones de trabajo), y su influencia en la prescripción.

En nuestro país, se han realizado varios trabajos, que señalan la posibilidad de mejorar la calidad en la prescripción y la disminución del gasto farmacéutico, mediante la reforma en la Atención Primaria (109,110).

Continuando con esta línea de trabajo, Rey y Villalbí llevaron a cabo un estudio cuyo objetivo fué analizar el efecto de los cambios introducidos en un centro piloto de Atención Primaria sobre la prescripción. Los resultados obtenidos sugieren que el cambio de la estructura y proceso asistencial (personal médico a tiempo completo, aumento de la dotación de personal respecto a los ambulatorios, y el uso de historia clínica) permite una importante disminución de la medicalización de la población, con un importante ahorro en el gasto farmacéutico (135).

6.3.6.- *Influencia de otros colegas*

Aunque este factor puede tener algún influjo sobre la prescripción, su función es menor y difícil de alinear con exactitud.

6.4.- Uso y abuso en la prescripción de medicamentos

En España, el número de unidades de medicamentos consumidos en 1988, fué de 24 por habitante; y el número de recetas por persona protegida por la Seguridad Social de 12,6 en 1989 (136).

Por uso racional de medicamentos se entiende, que los enfermos reciban los fármacos indicados para su situación

clínica en dosis que satisfagan sus necesidades individuales, durante un período de tiempo adecuado y al menor costo posible para ellos y la comunidad. Es responsabilidad conjunta de todos los estamentos que intervienen en los cuidados sanitarios de una población, desde los políticos, hasta los educadores sanitarios (127).

Existe en la actualidad una enorme oferta de principios activos y de especialidades. El volumen de recetas de ciertos medicamentos es muy superior a la frecuencia de las enfermedades para las que se supone que están destinados. La introducción en el mercado de fármacos innecesarios no suele contribuir al desarrollo de una terapéutica farmacológica racional. A veces puede tener un efecto opuesto, pues produce confusión entre los profesionales sanitarios y los pacientes y diluye los esfuerzos de las instituciones académicas para asegurar una formación continuada de los médicos en Farmacología y Terapéutica (137).

En una proporción considerable en la población de los países desarrollados, el consumo de medicamentos se ha convertido en un hábito alentado con frecuencia por la profesión médica y la Industria Químico Farmacéutica. Así, en EE.UU se estima que un 3% de la población hace un mal uso de los medicamentos psicoactivos. Este abuso de medicamentos, llevó a la Asociación Médica Americana a patrocinar dos

conferencias nacionales (años 1980 y 1988) en relación con el mismo. Una de las conclusiones habida fué una clasificación de causas de mala prescripción, que culpa a los facultativos por una excesiva prescripción de medicamentos (138,139).

Para Laporte y Capellá, la interpretación de los aspectos cuantitativos del consumo de fármacos tiene una importancia secundaria; la atención se debe centrar en los aspectos cualitativos, tales como, lo que toman los pacientes, y cuáles son los determinantes del consumo no racional de medicamentos (140).

La prescripción racional tiene su base fundamental en una buena formación, y no simplemente en el acceso a una información objetiva. El uso de un número limitado de medicamentos esenciales y sus indicaciones apropiadas, forma parte de la información básica que todo médico debe poseer.

La OMS, promueve un programa de medicamentos esenciales en base a una lista de medicamentos publicada en 1977, que incluye unos 250 medicamentos esenciales que se revisan cada 2 años, con el objetivo principal de resolver los problemas de sus estados miembros.

Los gobiernos podrían estudiar la posibilidad de crear grupos nacionales de vigilancia de la objetividad de la

información farmacéutica difundida por las entidades oficiales, industria o las organizaciones. Estos grupos podrían estar integrados por miembros de la Administración, la industria, los medios académicos, la profesión médica y las asociaciones de consumidores (141).

Pedro de Lels, presenta las siguientes propuestas para conseguir un uso más racional de las prescripciones:

a) Que cada prescriptor se responsabilice de sus propias prescripciones y no obligue a otro facultativo a actuar de repetidor de sus recetas.

b) Profundizar en la reforma sanitaria, mejorando los flujos de relación entre los diferentes niveles asistenciales.

c) Sustituir los actuales modelos de recetas por instrumentos válidos de la prescripción, simplificando la situación actual.

d) Facilitar la formación continuada de los profesionales de Atención Primaria.

e) Regular con mejores criterios la información sobre los medicamentos (142).

Antes de finalizar con este capítulo, creemos necesario apuntar la necesidad de la realización de estudios más completos sobre los factores culturales, antropológicos y sociales que influyen en la prescripción, estudios tales como, el comportamiento de los individuos con respecto a los medicamentos, sobre los conocimientos populares de las propiedades y uso de las medicinas, que sin lugar a dudas aportarían nuevos datos para un mejor conocimiento sobre el uso racional de los medicamentos(143)

7.- INFORMACION DE MEDICAMENTOS A LA POBLACION

7.1.- Introducción

Información es cualquier clase de conocimiento o mensaje que puede utilizarse para mejorar o posibilitar una decisión. La legislación española, entiende por información: " todo mensaje que va dirigido al facultativo"; y por publicidad: " el que va encaminado al público en general", de ahí la denominación de "especialidades farmacéuticas publicitarias" (144).

Es necesario que los mensajes sobre la salud alcancen a la población y que su difusión se haga de la forma más conveniente para provocar el interés y promover hábitos y conductas positivas. Los mensajes sanitarios, como otros, se transmiten a través de un proceso de comunicación. Interviene un emisor, donde se elabora el mensaje, y que se transmite por un canal a un receptor que codifica el mensaje y lo transforma en una serie de ideas coincidentes con las del emisor.

A continuación, analizaremos de forma breve, cada uno de los componentes de este proceso.

a) *El emisor*: la capacidad de un emisor para crear un mensaje depende de:

1. Conocimiento que posea el emisor sobre el tema.
- 2.- Características personales generales.
- 3.- Estructura del mensaje.
- 4.- Interés por la comunicación.
- 5.- Conocimiento de los códigos elegidos.
- 6.- Conocimiento de las posibilidades y carencias del receptor.
- 7.- Adaptación del mensaje a las circunstancias del contexto donde va a tener lugar el acto comunicativo (145).

Es de suma importancia que el lenguaje que se emplee en relación con la información de medicamentos sea claro y conciso en la medida de lo posible. En definitiva, se trata de vulgarizar, es decir, exponer una materia técnica cualquiera de forma fácilmente asequible a la población. Si bien existen profesionales que creen no conveniente vulgarizar los conocimientos médicos, la realidad demuestra lo contrario, encontrándose personas capacitadas para comprender determinados tratamientos médicos, así como la base científica de los mismos. El problema está en que, a veces, la persona encargada de vulgarizar no lo hace con la claridad de exposición necesaria (146,147).

b) *Receptor*: es un elemento importante en la comunicación, ya que colabora en la producción del significado usando sus

propias competencias para descodificar, de forma que es un receptor-procesador. Su capacidad de descodificación dependerá de su mayor o menor habilidad para manejar los códigos, la cual dependerá a su vez depende del aprendizaje cultural que haya tenido. Cada cultura maneja mejor unos tipos de códigos que otros, de aquí la importancia que puede tener en el proceso de comunicación las diferencias culturales existente entre emisor y receptor. Por consiguiente, es útil establecer una comunicación bidireccional con el emisor para aclarar dudas, y matizar aspectos en orden a conseguir una buena información (145).

c) *Mensaje*: ha de ser preparado teniendo en cuenta los postulados básicos del receptor al respecto, adaptándolo al nivel de comprensión y de educación del mismo. Los mensajes pueden ser informativos o persuasivos. Los primeros, han de ser precisos, claros, sencillos, organizados, coherentes y a ser posible se ilustrarán con esquemas e imágenes. Los mensajes persuasivos además de establecer claramente la proposición que hacen, se acompañan de apelaciones o justificaciones dirigidas al intelecto del receptor.

d) *Canal o medio de comunicación*: constituye el medio por donde se transmite el mensaje. El canal juega un papel importante en la elaboración del mensaje (145).

Este y otros aspectos, serán tratados más ampliamente en el apartado de medios no convencionales de información médica.

7.2.- Información dirigida al paciente.

La población, es cada vez más consciente de la necesidad de poseer una información clara y fidedigna en temas relacionados con la salud y específicamente con los medicamentos.

En este sentido, Costa y Figueras, han hecho un llamamiento a las Autoridades Sanitarias para que realicen un estricto control, al objeto de combatir la publicidad engañosa existente en nuestro país (148).

La F.D.A. informa que la mayoría de materiales promocionales relacionados con la sanidad presentados a su consideración son falsos y engañosas; a pesar de los esfuerzos educacionales, un gran número de consumidores americanos continúan siendo engañados por remedios no probados (149).

Mansfield, recomienda que la comunidad médica internacional en su totalidad, acepte la obligación de luchar contra la publicidad engañosa. Los médicos pueden ayudar a sus pacientes a evitar falsas esperanzas y gastos innecesarios derivados de una publicidad fraudulenta y engañosa (150,151).

La importancia de una buena información tiene ya no sólo repercusiones en la salud, sino también en la economía. En los EE.UU, la utilización inadecuada de los fármacos prescritos, suponen un costo cifrado entre 10 y 15 mil millones de dólares al año. Se pierden unos 20 millones de jornadas de trabajo anuales debido al mal uso de los medicamentos indicados en afecciones cardiocirculatorias. El 39% de los ingresos hospitalarios relacionados con el empleo indebido de medicamentos, son causados por una falta de cumplimiento de la medicación por los pacientes.

Debido a todo esto, la Comisión de la CE, a iniciativa de la Organización Europea de Consumidores, ha mantenido en los últimos años reuniones con los expertos de la industria farmacéutica, y con las organizaciones de consumidores, para estudiar desde distintas perspectivas si la información que recibe el usuario, es suficiente y, si no es así, cómo mejorarla (22,152).

7.3.- Canales de información dirigidos al paciente

7.3.1. Los prospectos.

Representan un canal muy importante porque llega ineludiblemente al paciente.

En la mayoría de los países es obligatorio incluir un prospecto en los envoltorios de los medicamentos. En Italia,

es obligatoria la traducción de los prospectos o instrucciones utilizados en el país donde se fabricó por primera vez el medicamento.

El prospecto actual resulta demasiado corto para informar a los facultativos sobre un determinado medicamento y demasiado complejo para los pacientes, ya que no se les suministran pautas claras y concisas sobre su utilización.

En las IX Jornadas de la Asociación de Médicos de la Industria Farmacéutica Española (AMIFE), celebrado en Madrid en 1987, se acordó que la información ofrecida en los prospectos a los pacientes no es adecuada, y que el enfermo tiene derecho a una información comprensible y útil, distinta a la del personal sanitario (153).

La CE ha propuesto para su aprobación una serie de datos que deben constar obligatoriamente en todos los prospectos y, que son los siguientes:

1.- Identificación del medicamento:

- Denominación del medicamento.
- Composición cualitativa y cuantitativa.
- Categoría farmacoterapéutica (si existe en términos fácilmente comprensibles).
- Nombre y dirección del responsable de la fabricación y elaboración del producto farmacéutico o medicamento.

2.- Indicaciones terapéuticas.

3.- Enumeración de la información útil antes de la toma del medicamento:

- Contraindicaciones
- Precauciones
- Interacciones medicamentosas y otras (alcohol, tabaco)
- Advertencias especiales: niños, embarazadas, ancianos.
- Efecto del tratamiento sobre la capacidad para conducir vehículos o manipular máquinas.

4.- Instrucciones necesarias para una buena utilización:

- dosis usual normal y dosis máxima.
- modo y vía de administración.
- duración del tratamiento.
- medidas a tomar en caso de sobredosificación.
- forma de suspender el tratamiento.

5.- Descripción de los efectos negativos.

6.- Referencia a la fecha de caducidad

7.- Cualquier otra información compatible con el resumen de las características del producto que sea útil para

la educación sanitaria y siempre que no presente un carácter publicitario (22).

7.3.2. Folletos. Etiquetados.

El folleto como instrumento de información sobre medicamentos es importante, toda vez que en bastantes ocasiones la información dada por los médicos a sus pacientes no es suficiente. Así en un trabajo realizado por Kitching, se demostró que los pacientes habían olvidado la mitad de lo que los médicos les dijeron, a los 5 minutos de salir de la consulta. En otro estudio realizado sobre 900 pacientes, se comprobó que el 55% de ellos dijo no conocer: " cómo, cuándo o con qué tomar sus medicamentos" (154,155).

La información a los pacientes con folletos es conveniente, ,sus ventajas y beneficios son evidentes; proporciona a los usuarios conocimientos necesarios sobre los efectos secundarios, características y modo de administración facilitando de esta manera un mejor cumplimiento de la medicación (156,157,158).

En relación con las etiquetas y materiales de envasado, las normas que regulan varían según los países. En la mayoría de ellos, los datos más importantes que figuran en los mismos son:

- Contenido de ingredientes activos.
- Ingredientes inactivos.
- Si es de venta libre o mediante receta.
- Precauciones para el almacenamiento.
- Avisos y advertencias.
- Fecha de fabricación.
- Fecha de caducidad.
- Precio, número de lote.
- Número de registro.
- Número de fabricante.

La ley exige en algunos países que figuren ciertas advertencias en las etiquetas, tales como: " manténgase fuera del alcance de los niños" (141).

Una adecuada técnica de etiquetado acompañada de una buena información verbal, puede ser de gran utilidad para la población adulta y facilitaría la comprensión y la capacidad de recordar la información suministrada (159,160).

7.3.3. Formas no convencionales de información médica

Es por todos conocido el hecho de que el público solicite más información especializada a los medios de comunicación; denominada por Vilalta como forma no convencional de información. En palabras de este autor: " La información médica en estos medios no convencionales, sufre las alegrías

y miserias del conjunto social que alumbra la noticia y que constituye una mezcla abigarrada y heterogénea de unos productos de diferente calidad" (161).

La tendenciosidad de la información suministrada por los medios de comunicación de masas, aún involuntaria, puede fácilmente minar la confianza del público. Ejemplo de lo que decimos, lo tenemos en el caso de la vacunación contra la tosferina. Al principio aparecieron ciertas reticencias acerca de la inocuidad de la vacuna, en referencia a la presentación ocasional de encefalopatía provocada por su aplicación. La discusión que esto suscitó, llevó a interrumpir la inmunización antipertúsica en algunos países y suprimirla en otros, como consecuencia de lo cual se presentaron epidemias graves de tosferina.

A.- La información médica en los diarios.

España, es el país de Europa junto con Portugal y Grecia, con menor número de ejemplares de prensa informativa general por habitante. La situación de la prensa en este país, es la siguiente:

- Difusión total de prensa diaria 3,1 millones.

- Número de ejemplares por 1.000 habitantes 79,2
- Lugar de España en Europa por lectura de prensa
diaria 11
- Lugar de España en el mundo por lectura de prensa
diaria 42.

(162)

Las noticias provienen bien de las agencias o de los redactores del periódico. La multiplicidad y el carácter abstracto de las noticias es una característica valiosa de la prensa escrita que no poseen otros medios de comunicación.

Hoy en día se tiende a la especialización de los periodistas encargados de las noticias relacionadas con temas médicos (161).

La pregunta plantea la controversia:¿ especialistas periodistas o periodistas especialistas?. Según Figueruelo, lo ideal es quedarse en el punto medio. Técnicos y especialistas para los artículos "serios" (en un sentido científico), y periodistas para todo lo demás. A la hora de constituir una redacción podría escogerse el siguiente porcentaje:

- 1.- Dirección: técnico periodístico o viceversa.
- 2.- Redacción: 70% periodística y 30% técnica.

Para este autor, los médicos asesores o redactores de las revistas en temas de salud o medicina deben ser generalistas, y además personas con la preparación literaria suficiente para

hacerlos comprensibles a sus lectores (162).

En España, en un estudio realizado se analizaron 302 artículos sobre fármacos que aparecieron en 5 periódicos de difusión nacional durante el año 1984. La investigación versó fundamentalmente sobre acciones terapéuticas y efectos adversos de citostáticos y vacunas aparecidos en dichos periódicos, encontrándose en general, un nivel de veracidad adecuado (163).

B.- La televisión y otros medios audiovisuales.

La televisión va dirigida a un público con un nivel de atención bajo, si lo comparamos con los lectores de periódico. Hemos de tener en cuenta que la televisión suministra generalmente sólo noticias de las cuales posee imágenes, y por otro lado, la duración de las noticias suele ser de 1 a 2 minutos aproximadamente. Esto determina que la noticia tenga que ser sucinta y bien estructurada, tratando los aspectos fundamentales de la misma, de ahí, lo difícil que puede resultar elaborar adecuadamente una noticia, teniendo en cuenta además que las decisiones han de ser tomadas con rapidez y agilidad (161).

La televisión es un medio muy eficaz de divulgación; las noticias sobre avances en el campo de la medicina son rápidamente conocidas por el público; de ello son conscientes

los consumidores, que cada vez con más frecuencia solicitan programas de divulgación sobre temas relacionados con el mundo de la medicina. Con la llegada a nuestro país de las cadenas privadas de televisión, estos programas han ido aumentando progresivamente, sumándose a los ya existentes.

En relación con otros medios audiovisuales, haremos mención a un original trabajo llevado a cabo en nuestro país, donde se describe una experiencia piloto basada en la realización y proyección de vídeos en las salas de espera de dos áreas básicas de salud. El objetivo fundamental de dicho estudio fué el de mejorar los conocimientos sobre los problemas de salud que con más frecuencia inducen a la automedicación. Los resultados del trabajo indican que el 85% de los usuarios consultados calificó de útiles y fáciles de llevar a la práctica los consejos expuestos en los vídeos (164).

Aunque no se puedan realizar comparaciones por falta de trabajos similares realizados a nivel nacional, creemos que éste podría ser un buen medio para mejorar los conocimientos sobre temas relacionados con la salud.

C) La radio y la información médica.

La radio posee una condición única, consistente en estar de forma casi inmediata en el lugar donde se produce la

noticia; condición ésta que no comparten totalmente sus adversarios más poderosos: la televisión y la prensa escrita.

A esto hay que añadirle un costo menor; y por otro lado, se dispone en este medio de más tiempo para la realización de las entrevistas, en comparación con la competencia. Por consiguiente, es lógico que la presencia de la radio en todos los campos de información, y la salud entre ellos, sea cada vez más consistente.

Se han realizado y se continúan realizando buenos programas monográficos sobre temas sanitarios, con entrevistas personales, consultorios para los oyentes, etc , que ayudan al público radiooyente a comprender mejor los problemas relacionados con la atención a la salud (161).

7.4.- Efecto de la información sobre el cumplimiento.

El término cumplimiento, se usa para describir si el paciente sigue bien las recomendaciones dadas por el médico para realizar el tratamiento. El mayor o menor grado de abandono de los regímenes terapéuticos, puede ser debido a la falta de información por parte de los dispensadores. Un asesoramiento bien estructurado puede mejorar la capacidad del paciente para recordar la información (165).

Diversos estudios han demostrado que los consumidores, en general, no conocen todo aquello que deberían saber acerca

de las medicinas que estan tomando. En un estudio piloto realizado por Anderson y cols, en el que se valoró la fuente de información acerca de los medicamentos en la población anciana, los resultados revelan que más de la mitad no recibieron información referente a los medicamentos prescritos (166).

Algunos tratamientos reflejan instrucciones confusas y contradictorias; por ejemplo: " tomar tres veces al día con las comidas", provoca de inmediato la pregunta, de qué hacer si se suprime una comida. El médico podrá ayudar dándoles un lápiz y papel, para que apunten ellos mismos las instrucciones. Los problemas aumentan, a veces, cuando un medicamento se dispensa en forma nueva(por ejemplo, comprimidos de un genérico, en lugar de una marca). Esto se podría evitar si las etiquetas y envases de medicamentos llevaran el nombre genérico a la vista (167).

Una buena información al paciente sobre los posibles efectos secundarios o reacciones adversas, ayudaría a mejorar ostensiblemente el cumplimiento. A pesar de que algunos médicos temen que la información sobre reacciones adversas puede disminuir el cumplimiento, los pacientes deben ser informados al respecto (168,169).

En relación con el régimen terapéutico, éste debería ser

lo más sencillo posible. Regímenes que conlleven más de 4 medicamentos, son difíciles de cumplir correctamente. Así mismo, en los estudios realizados, no se ha visto diferencias importantes de los niveles de cumplimiento entre pautas de tratamiento de 1 ó 2 medicamentos (170,171).

Antes de finalizar con este capítulo, creemos oportuno referir las recomendaciones dadas por la OMS sobre información de medicamentos, en una reunión celebrada en Budapest en 1991, y que son las siguientes:

1.- La información debería estar libremente disponible y abierta a todos los usuarios, excepto si hay razones específicas de confidencialidad.

2.- Las autoridades reguladoras procurarán que la información siga patrones que hagan compatible su intercambio.

3.- La información oficial sobre medicamentos debería siempre incluir información sobre el precio de dichos medicamentos.

4.- Debería avanzarse hacia la aplicación de las GCP (Good Clinical Practice) en los ensayos clínicos en todos los países.

5.- Los datos de utilización de medicamentos son un

ingrediente esencial en el manejo de la información de medicamentos.

6.- Proporcionar información de medicamentos es esencial para una auditoria terapéutica correcta.

7.- Deberían homogeneizarse los prospectos, de forma que todas las marcas que contengan el mismo principio activo faciliten la misma información.

8.- Debería formarse a los estudiantes de medicina y post-graduados en terapia racional y sobre cómo leer y analizar las publicaciones científicas, particularmente las referidas a ensayos clínicos y cómo evaluar el material promocional (172).

**PLANTEAMIENTO
DEL
PROBLEMA**

La salud es un tema de interés prioritario en la actualidad. La preocupación, el conocimiento por la salud tienen un gran interés social. Todos los estamentos, todos los sectores creen tener algo que decir sobre este aspecto.

Los medios de comunicación, dedican importantes espacios, en ocasiones las franjas, las páginas, de mayor interés a la divulgación de distintos y variados puntos de vista sobre la salud. Tal o cual cadena de televisión, emisión de radio, prensa escrita tiene su " especialista en la salud ".

Es preciso y debe ser regulada la información sobre este tema, será necesario que sea objetiva, probada, veraz, íntegra, actualizada, que no induzca a equívocos, a hipocodría etc. No ha de servir para confundir a la sociedad, sugiriendo tratamientos incorrectos o medicación inoperante.

En otro sentido, la clase médica se halla sometida a una gran presión por parte de la industria farmacéutica; y a un exceso abrumador de información, que dificulta su conocimiento y actualización sobre nuevos fármacos.

Por todo ello, creemos que la racionalización en la información sobre los medicamentos contribuirá a mejorar la prescripción y el cumplimiento de la terapia, lo que conlleva a un mejor servicio sanitario.

El objetivo del presente estudio es contribuir a mejorar la información sobre medicamentos, analizando las distintas fuentes de información de los mismos.

Para ello, en una primera fase realizamos una revisión bibliográfica con la que obtener una visión actualizada de este tema, es decir, centrar los principales puntos de interés, de preocupación en la prensa médica sobre la problemática sanitaria: medicamentos, nuevas enfermedades, sistemas nacionales de salud, costes, etc.

En una segunda etapa, estudiaremos la publicidad de los medicamentos publicados en distintas revistas médicas no especializadas. Partiendo de la base de su veracidad, analizaremos los aspectos puramente científicos, los comerciales, observando que prima, si lo estrictamente farmacológico o los aspectos publicitarios.

Posteriormente, analizaremos los conocimientos que sobre fármacos poseen los visitantes médicos, considerandos a éstos como la principal fuente de información sobre medicamentos por parte de la industria farmacéutica.

Finalmente examinaremos la información sobre la salud y medicamentos en prensa escrita de nuestro medio, buscando los temas, las palabras claves que resumen el interés despertado por la salud en este medio de comunicación.

MATERIAL Y METODOS

El estudio de la información sobre fármacos al médico y a la población lo hemos planteado en tres fases, analizando tres aspectos distintos que consideramos de interés, y que hacen referencia a la publicidad de medicamentos en revistas médicas no especializadas, a la formación de los visitantes médicos, y a la información que sobre medicamentos aparece en la prensa diaria. Bajo este punto de vista hemos elaborado tres protocolos distintos que pasamos a detallar:

1. PUBLICIDAD DE MEDICAMENTOS EN REVISTAS MEDICAS NO ESPECIALIZADAS

Se seleccionaron 4 revistas que se distribuyen únicamente a profesionales de la medicina: dos de ellas, *Medicina Clínica (MC)* y *Revista Clínica Española (RCE)* entrarían dentro de la categoría de revistas científicas, especializadas en la publicación de originales sobre investigación clínica; la tercera, *Salud Rural (SR)*, es una revista dedicada a la formación continuada del médico general, especialmente de aquel que desempeña su labor en el medio rural; finalmente, *Jano (J)* es una revista que simultanea la información médica, profesional y científica, con artículos sobre cultura y humanidades. Se han revisado todos los números de las cuatro revistas correspondientes al año 1.989, excepto en el caso de *Jano* que debido al superior número de páginas, sólo se

revisaron uno de cada dos números para no sesgar excesivamente los datos.

Todos los anuncios publicados en este periodo de tiempo en las cuatro revistas fueron sometidos a un protocolo de encuesta en el que se valoraron una serie de parámetros según los siguientes apartados:

1. **Información sobre la revista:** nombre, periodicidad, fecha de edición.

2. **Información del producto:** nombre comercial y laboratorio fabricante, composición, clasificación según el ATC-code (Anatomical Therapeutical Chemical), adscripción a la lista de medicamentos esenciales de la OMS, y valoración del avance terapéutico que representan (173,174).

Posteriormente, una vez que fueron clasificados por orden de incidencia, a los anuncios con mayor frecuencia de aparición en las distintas revistas les fueron aplicados los puntos siguientes de la encuesta.

a) *Contenido publicitario:* tamaño del anuncio, proporción que ocupa la información puramente farmacológica en relación al espacio dedicado a contenido publicitario, frase publicitaria que describe al fármaco anunciado.

b) *Información farmacológica*: indicaciones, posología y forma de expresarla, posología en situaciones especiales (niños, ancianos, insuficiencia renal), claridad de las normas posológicas, contraindicaciones, precauciones, interacciones, incompatibilidades, efectos secundarios, intoxicación y su tratamiento. En estos aspectos toxicológicos aparte de recoger su presencia, se valoraba si lo expuesto coincidía con los datos contenidos en los textos de Farmacología (175,176,177,178).

En la Tabla V se muestra un modelo de la encuesta aplicada.

TABLA V: Modelo de encuesta

Nombre	!... Laboratorio
Frecuencia	RCE MC SR J
Principio Activo	Grupo
ATC-CODE	ESENCIAL OMS AVANCE
Tamaño	RELACION PUBLICIDAD/INFORMACION
Frase 1	
Frase 2	
POSOLOGIA: Adultos...	NIÑOS ... Según edad
	Según peso..... ANCIANOS
	INSUF. RENAL Normas claras
EMBARAZO: Contraindicado ...	Precaución
	No se cita
CONTRAINDICACIONES	Correcto
Precauciones	Correcto
Interacciones	Correcto
Incompatibilidades	Correcto
EFFECTOS SECUNDARIOS	Correcto
NORMAS	Correcto
INTOXICACION	Correcto
TRATAMIENTO	Correcto

2. ENCUESTA A VISITADORES MEDICOS

Entre Enero y Junio de 1.992 se repartieron 75 encuestas a otros tantos visitadores médicos de la provincia de Sevilla. Los cuestionarios, totalmente anónimos, se entregaron personalmente a cada uno de los encuestados en el lugar donde estuvieran desempeñando su trabajo (hospital, centro de salud, consultorio privado, etc...) tras una corta entrevista donde se les explicaba el significado y alcance de la encuesta. Una vez contestados nos fueron remitidos por correo, en sobres franqueados suministrados por nosotros.

El cuestionario se divide en dos partes: en la primera se plantean una serie de preguntas objetivas sobre aspectos profesionales, incidiendo sobre todo en la ubicación de su actividad en el sistema sanitario, y en el tipo y calidad de la formación recibida. En la segunda parte realizamos una breve evaluación de sus conocimientos farmacológicos, proponiendo unas afirmaciones que exigen una respuesta concreta (cierto o falso). En nuestro caso, la correcto era responder "falso" a todas las preguntas.

En la tabla VI figura un modelo del cuestionario empleado.

TABLA VI: Modelo de encuesta

DEPARTAMENTO DE FARMACOLOGIA, PEDIATRIA Y RADIOLOGIA.**AREA DE FARMACOLOGIA. FACULTAD DE MEDICINA. 1991.**

ESTA ENCUESTA DIRIGIDA A LOS DELEGADOS DE VISITA MÉDICA, ES TOTALMENTE ANÓNIMA Y CON FINES ESTRICTAMENTE INFORMATIVOS. NO SE MENCIONAN EN LA MISMA NI PERSONAS, NI LABORATORIOS, NI OTRAS ENTIDADES. LES AGRADECEMOS SU VALIOSA COLABORACION.

1. Edad _____ 2. Años de Profesión _____

3. Número de laboratorios en los que ha trabajado _____

4. Estudios realizados _____

5. ¿ Qué nombre elegiría para su profesión ?:

Visitador médico _____ Delegado de visita médica _____

Informador sanitario _____ Técnico de Información Sanitaria _____

Otro _____

6. ¿ A quién debería corresponder la formación en su profesión ?

Industria/Dpto Marketing _____ Idem Dpto Médico _____

Centros de Estudios Secundarios de Formación Profesional _____

Facultad de Medicina/ Diplomatura Información Sanitaria _____

Otros _____

7. ¿ Qué opinión tiene usted de su profesión ?:

Forma parte del Estamento Sanitario _____

Es una actividad comercial especialmente cualificada _____

TABLA VI: Modelo de encuesta (cont.)

8. ¿ Qué idea cree que tiene el médico sobre su actividad profesional?.

Muy útil _____ Necesaria _____ No le presta atención _____

9. ¿ Ha seguido cursos de capacitación profesional en su empresa? _____

En caso afirmativo, estos fueron impartidos por:

Médicos _____ Equipo de marketing _____ Jefes de venta/Dirección _____

10. El temario de estos cursos abarca conocimientos:

Comerciales _____ Marketing _____ Médicos _____ Farmacológicos _____

11. ¿ Existen cursos de formación continuada en su laboratorio? _____

12. ¿ El lanzamiento de un nuevo producto por su empresa lleva anejo un curso adicional para preparar su difusión ? _____

13. Habitualmente lee o estudia temas que mejoren sus conocimientos profesionales _____ en libros _____ en revistas especializadas _____

14. El empleo actual del MAILING por la Industria:

mejora su actividad _____ limita la visita médica _____

tiende a suprimir la visita médica _____

15. ¿ Cree que los medicamentos son cada vez ... ?

Mejores _____ más caros _____ más difíciles de manejar _____

más especializados _____

16. En su laboratorio Vd. informa sólo sobre determinados productos que están en campaña _____ ?

¿ Informa sólo sobre determinada línea?: cardiovascular _____
digestivo _____ antibióticos _____ medicamentos pediátricos _____
otras _____

TABLA VI: Modelo de encuesta (cont.)

A las siguientes cuestiones debe contestar "cierto (c) ó falso (f)"

17. La vida media de un fármaco es el tiempo durante el que ejerce su acción en el organismo _____
18. Cuando decimos que un medicamento presenta tolerancia indicamos que el paciente no va a sufrir efectos indeseables _____
19. Si comentamos que un fármaco es más potente que otro, estamos queriendo decir que tiene mayor actividad terapéutica _____
20. Efectos indeseables, efectos secundarios y efectos colaterales son términos equivalentes _____
21. Es aconsejable administrar los medicamentos después de las comidas, para evitar daños gástricos _____
22. Cuando hablamos de la eliminación de un fármaco nos estamos refiriendo a su excreción del organismo por la orina _____
23. El espectro de un antibiótico son aquellas enfermedades en las que está indicado _____
24. La taquifilaxia es una reacción alérgica aguda _____
25. Decimos que un fármaco interacciona con otro, cuando al administrarlos juntos tiene lugar una reacción química entre ellos _____
26. Si administramos un medicamento por vía intramuscular o por vía rectal, evitamos sus efectos indeseables sobre la mucosa gástrica _____
27. Para tratar a un paciente con una determinada patología, es preferible emplear siempre los medicamentos más nuevos, más actuales _____
28. Ante un paciente con sospecha de alergia a penicilina, es recomendable, si está indicado el tratamiento con dicho fármaco por vía intramuscular, hacer previamente una prueba de sensibilidad con una pequeña dosis de la misma, por ejemplo en el antebrazo _____
29. En los niños, la dosis a administrar se determina en función de la edad _____

3. INFORMACION SOBRE MEDICAMENTOS EN LA PRENSA DIARIA

Se revisaron todos los números del diario ABC de Sevilla correspondientes al año 1.991. Se eligió este periódico por ser el de mayor difusión en nuestro medio (datos suministrados por Prensa Española S.A.)

De los 362 números revisados se extrajeron todos los artículos que tuvieran un contenido relacionado directamente con temas sanitarios, resultando un total de 64 inserciones. De ellos se seleccionaron aquellos que, de alguna manera, trataran sobre fármacos, sus indicaciones, sus efectos, la investigación sobre los mismos y su trascendencia social: en total, 35 artículos.

Cada uno de estos artículos fue sometido a un protocolo, el cual podemos considerar dividido en dos partes: una periodística o informativa, y una segunda farmacológica o técnica:

a) Contenido Informativo:

Se recoge el título del artículo, la fecha de su publicación, el número de columnas que le dedica el diario, la sección en que es publicado (ciencia, sanidad, sociedad, otros), y el autor responsable de la información (corresponsal, redactor, agencia de noticias, otros).

b) Contenido Sanitario/Farmacológico/Técnico:

En primer lugar se recogió el tema de la información (patología, usos terapéuticos, efectos indeseables, investigación, política sanitaria, otros), el fármaco citado en la misma, el tipo de patología para la que está indicado, y la conclusión o tesis que trata de expresar el artículo.

En segundo lugar se procedió a valorar la calidad de la información; para ello, cada artículo fue revisado por tres miembros de nuestro grupo de investigación por separado, evaluando los siguientes puntos:

1.- Nivel científico:

Valorado en función de uso de un lenguaje especializado.

2.- Explicación de tecnicismos:

La respuesta puede ser afirmativa o negativa, en función de que se aclare o no, los términos técnicos empleados en la redacción del tema.

3.- Grado de comprensibilidad por el público:

Se trataba de concretar si el lector ajeno a la profesión sanitaria podría entender los términos expresados en la redacción del artículo.

4.- Presencia de conceptos erróneos en el texto:

Se evalúan las imprecisiones o errores conceptuales; la respuesta podría ser positiva o negativa, según hubiese o no datos incorrectos.

5.- Valor:

Se trata de resumir la apreciación global del artículo.

6.- Conclusión:

En este punto, se concreta en pocas palabras la conclusión que se desprende de la lectura del artículo, verbigracia: si aporta datos para la curación o mejoría de una enfermedad, si se ha descubierto un nuevo fármaco " milagroso ", si ya se puede conocer el origen de un mal, etc...

En los puntos 1,3 y 5 de este apartado, la calificación se realizó de la siguiente forma:

0 = CARECE

1 = DISCRETO

2 = ACEPTABLE

3 = EXCELENTE

RESULTADOS

1. PUBLICIDAD DE MEDICAMENTOS EN REVISTAS MEDICAS

En el conjunto de las 4 revistas elegidas, se analizaron 100 números que registraron un total de 2.362 anuncios de fármacos que se correspondían con 317 específicos distintos. De estos últimos se seleccionaron aquellos que aparecían al menos 5 veces en una de las revistas, obteniéndose entonces 1.697 anuncios correspondientes a 114 preparados comerciales, con la siguiente distribución por grupos terapéuticos:

Aparato cardiovascular, 27.2%
Aparato Digestivo y Metabolismo, 19.2%
Terapia antiinfecciosa, 15.9%
Sistema Nervioso 12.1%
Aparato respiratorio, 9.3%
Aparato locomotor 6.3%
Sangre y Organos hematopoyéticos 4.8%.

La relación de principios activos más anunciados aparece en la Tabla VII.

Finalmente, de los 114 preparados comerciales y por orden de frecuencia, se eligieron los 33 específicos mas anunciados que totalizaban 875 anuncios, cifra superior al 50% de la muestra y cuya relación figura en la Tabla VIII.

La distribución por revistas de estos últimos fué la siguiente:

- RCE (REVISTA CLINICA ESPAÑOLA): 18,4%
- MC (MEDICINA CLINICA): 30,8%
- SR (SALUD RURAL): 24,5%
- J (JANO): 26,3%

Del análisis de las encuestas practicadas a los anuncios se obtuvieron los siguientes datos:

El tamaño de los anuncios estudiados variaba desde media página hasta dos páginas ($x \pm E.S. = 1'1 \pm 0'054$).

La relación contenido publicitario/información farmacológica guardaba una proporción media de 3/1.

El 79% de los anuncios correspondían a *monofármacos*; representaban *novedades terapéuticas* el 60% y sólo el 6% correspondían a *medicamentos esenciales* de la O.M.S..

Se recogieron 45 frases publicitarias, ya que algún preparado figuraba con más de un diseño publicitario. De estas, 30 fueron catalogadas como "*aceptables*", ya que la idea de la misma relaciona al producto con su actividad terapéutica:

- APIRETAL (Antipirético infantil. Sólo contiene paracetamol.)

- AZACTAM (Tratamiento de la cistitis no complicada en un solo día)
- BAYPRESOL 20 (El primer calcio antagonista específico para la hipertensión)
- VOLTAREN (Antipirético, antiinflamatorio, antireumático) ...

Otras 6 frases se catalogaron como "*medianamente aceptables*" ya que el mensaje contenía términos publicitarios con componentes médicos:

- BUSPAR (De nuevos conceptos surgen nuevos fármacos).
- RANILONGA (Complicaciones, recidivas...jalonan el camino del paciente ulceroso)...

Finalmente, 9 frases fueron catalogadas como "*publicidad tipo detergente*":

- METAMUCIL (Para que las cosas sucedan de modo natural).
- TRILUDAN (En alergia, el que espera, desespera),
- PANGAMOX (Lanzamiento de tres puntos).

La posología para niños figura en el 33% de los casos; las dosis en función de la edad en el 24% y en función del peso en el 26%.

La posología para adultos está presente en el 97% de las ocasiones; las dosis según el estado del aparato renal figuran en el 24% y las dosis para pacientes geriátricos en el 9%.

La mención "*contraindicado en embarazo*", aparece en el 24% de los casos, "precauciones en el embarazo" en el 70% y no se cita la gestación en el 15% de las ocasiones.

En los *aspectos toxicológicos*, la presencia de contraindicaciones se recoge en el 94% de las ocasiones; las precauciones figuran en el 82%; las interacciones en el 82%, y finalmente las incompatibilidades aparecen en el 42% de los anuncios. Con pequeñas diferencias porcentuales, estos aspectos toxicológicos están correctamente tratados cuando se comparan con textos específicos.

La posible aparición de *efectos indeseables* figura en el 94% de los casos, pero sólo se dan normas para el caso de que aparezcan en el 42% de las ocasiones.

La *intoxicación* está presente en el 94% de los anuncios, figurando tratamiento para la misma en el 82% de los casos.

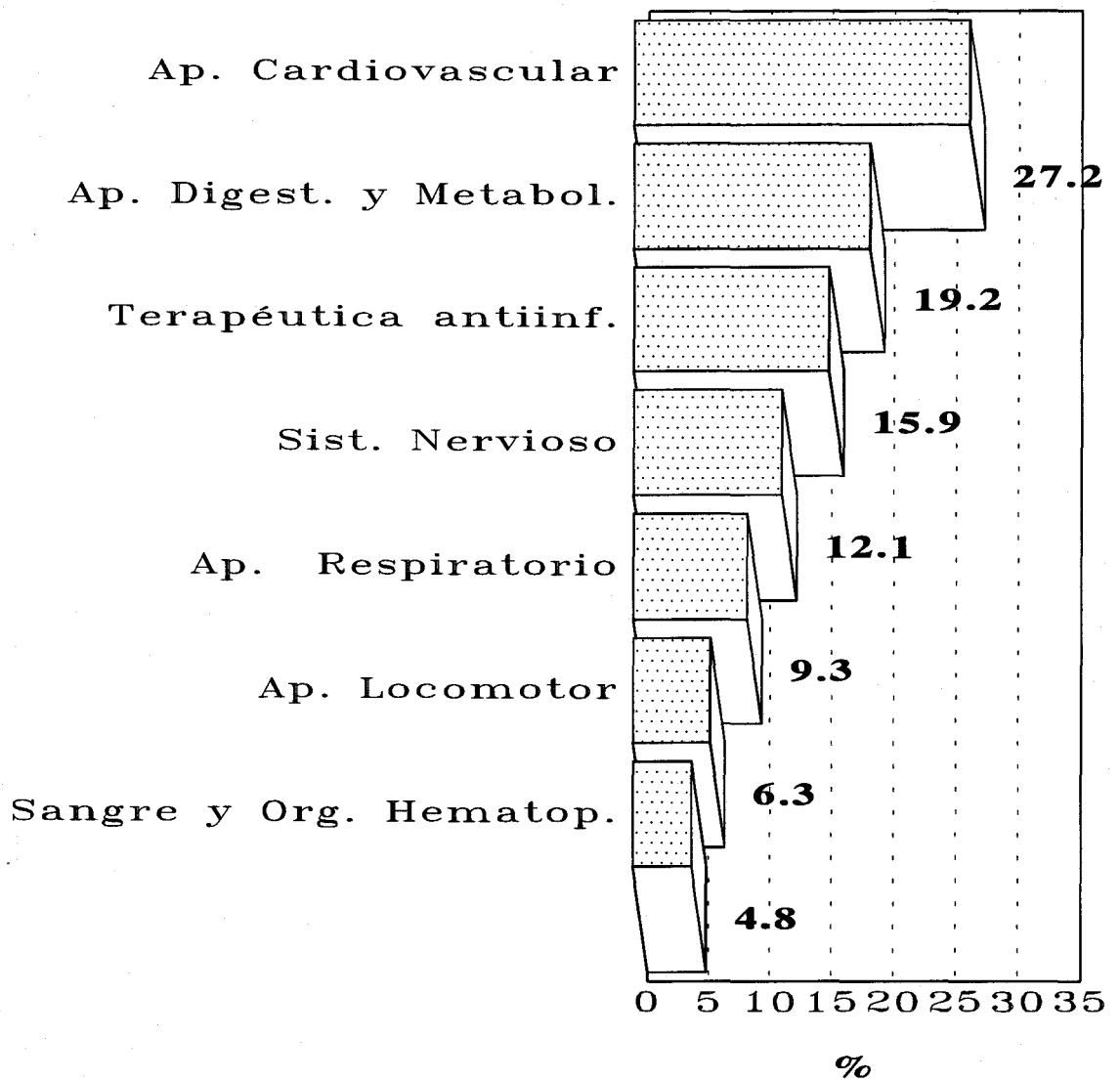


Figura 10: Distribución por grupos terapéuticos

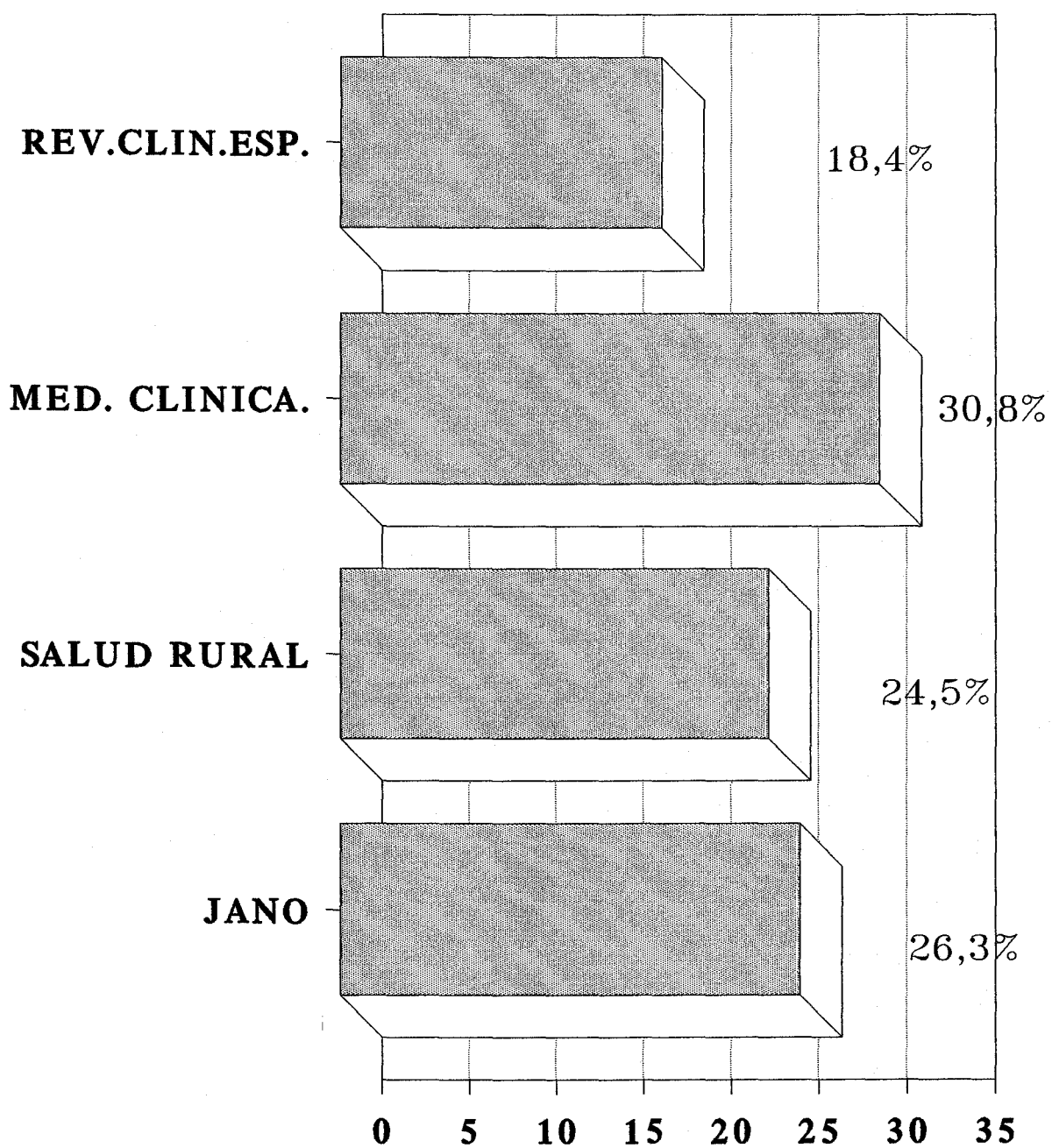


Figura 11: Distribución de revistas

TABLA VII: Relación de los principios activos más anunciados

<u>Nº</u>	<u>PRINCIPIO ACTIVO</u>	<u>FRECUENCIA</u>
1	AMOXICILINA + AC.CLAVULANICO	133
2	CAPTOPRIL	64
3	NITRATOS	62
4	AZTREONAM	59
5	ENALAPRIL	55
6	DICLOFENAC	55
7	RANITIDINA	51
8	HIDROXIDO ALUMINIO/MAGNESIO	48
9	NITRENDIPINO	47
10	NIMODIPINO	46
11	NIFEDIPINO	45
12	PARACETAMOL	37
13	BUSPIRONA	36
14	FAMOTIDINA	34
15	MAGALDRATO	33
16	NICARDIPINO	31
17	TERFENADINA	30
18	CIPROFLOXACINO	29
19	DEZAFIBRATO	28
20	CELIPROLOL	26
21	HIDROSMINA	25

*TABLA VIII: Relación de los preparados comerciales más
anunciados*

<u>Nº</u>	<u>PREPARADO</u>	<u>FRECUENCIA</u>
1	AZACTAM	47
2	EUPECLANIC	44
3	GELOALUMIN	41
4	CAPOTEN	40
5	NIMOTOP	37
6	BUSPAR	36
7	DILCOR RETARD	35
8	KELSOPEN	34
9	NITRADISC	34
10	BEMOLAN	33
11	DOLOTREN	33
12	EULITOP RETARD	28
13	CARDEM	26
14	BAYPRESOL 20	26
15	TAMIN	25
16	VENOSMIL	25
17	CRINOREN 20	25
18	APIRETAL	23
19	VOLTAREN	22
20	METAMUCIL	22
21	GLURENOR	21

TABLA VIII: Relación de los preparados comerciales más
anunciados (cont.)

<u>Nº</u>	<u>PREPARADO</u>	<u>FRECUENCIA</u>
22	DIATIN	20
23	THEO-DUR	19
24	TROFI MILINA	19
25	DIAMICRON	19
26	RANILONGA	19
27	PRINDERIN MUCOLITICO	18
28	LOPID	18
29	TRILUDAN 30	18
30	SOMNOVIT	17
31	AUGMENTINE	17
32	NORMICINA	17
33	PANGAMOX	17

2. ENCUESTA A VISITADORES MEDICOS

De las 75 encuestas entregadas, se recibieron 63, siendo rechazadas 3 de ellas por no estar respondidas de acuerdo a lo requerido y/o estar incompletas. Los datos obtenidos tras el procesamiento de las mismas fueron los siguientes:

En las dos primeras cuestiones planteadas existe una gran dispersión en cuanto a las respuestas:

- *El rango de edad* de los visitantes se encuentra entre 25 y 61 años, siendo la media 38; mientras los años de profesión oscilan entre 1 y 38, siendo la media de 13.
- *El número de laboratorios* en los que han prestado sus servicios varía de 1 a 3.
- Con respecto a los *estudios realizados* las respuestas se agrupan del siguiente modo:
 - a) **elementales, bachiller o similar**, 52%; b) **medios**, con un porcentaje del 17%, destacando los "diplomados en Magisterio" con el 9%; c) **superiores**, el 26%, sobresaliendo en este apartado los "licenciados en Farmacia" con el 10%; y completando los porcentajes, d) **otros**, entre los que hay que señalar "estudios de Marketing" con un 2.5% .

- A la pregunta: *¿que nombre elegiría para su profesión?*, las principales respuestas son: a) Técnico de Información Sanitaria, 48%; b) Delegado de Visita Médica 20%; y c) Visitador Médico 9%.

- Con respecto a quién/quienes deben ser los responsables de su formación, contestan a varias opciones, pero mayoritariamente están orientadas las respuestas hacia la I.Q.F.: a) Departamento Médico de su laboratorio, 63%; Departamento de Marketing, 44%; y Facultad de Medicina a través de una Diplomatura 33% .

- La mayoría de los encuestados ven a su profesión como una actividad comercial cualificada (57%), aunque cabe señalar que un alto porcentaje también, el 43%, considera que forma parte del estamento sanitario. Por otra parte consideran que su actividad profesional es totalmente necesaria para el médico, el 80%.

- Con referencia a los *cursos de capacitación profesional*, el 100% de los encuestados los ha seguido, siendo impartidos los mismos fundamentalmente por los Equipos Médicos y de Marketing de los laboratorios. El temario de estos abarca los siguientes aspectos: Farmacológicos (93'5%), de Marketing (87%), Comerciales (84'8%) y Médicos (78'3%). Las "relaciones humanas", se encuentran en un porcentaje de, aproximadamente,

la mitad de los anteriores, mientras que los temas de "cultura general", apenas aparecen reseñados.

- El 91% de los encuestados afirma además seguir cursos de formación continuada y el 100% de los mismos, indica que el lanzamiento de un nuevo producto trae consigo un curso adicional para preparar su lanzamiento al mercado.

- Por otra parte el 89%, contesta que habitualmente lee o estudia temas que mejoren sus conocimientos, fundamentalmente en libros (63%), y en revistas especializadas (52%).

- Con respecto al "mailing" (envío de publicidad por correo), el 63% piensa que esta modo de información, mejora su actividad profesional.

- Para el 80%, los medicamentos son cada vez mejores; mas especializados para el 76% y más caros para el 46% .

- Con respecto a su especialización en el tipo de información que suministran, el 78%, afirma informar sólo sobre determinados productos que están en campaña y el 63%, sólo sobre una determinada línea de productos farmacéuticos.

En el apartado de preguntas sobre conceptos puramente farmacológicos, las respuestas indican lo siguiente:

- El porcentaje medio de aciertos de las mismas es del 61% .

- Alcanza la máxima cota de aciertos (93.5%), la pregunta nº 27 de la encuesta, que trata sobre el empleo de los medicamentos más nuevos en el tratamiento de los distintos cuadros patológicos, en el sentido de que ese proceder no es correcto en la mayoría de las ocasiones.

- Las preguntas 22 (eliminación de fármacos); 23 (espectro de antibióticos); 24 (taquifilaxia) y 26 (vias de admistración), alcanzan unos porcentajes de aciertos entre el 70-80% .

- La cuestión nº 28, alcanza el más bajo indice de aciertos, 20%; en la misma se pregunta sobre la conveniencia de una prueba de sensibilidad previa en antebrazo, ante la sospecha de una posible alergia medicamentosa a penicilina.

En la Tabla IX figuran los porcentajes de aciertos en esta segunda parte del cuestionario.

TABLA IX: Porcentaje de aciertos de las preguntas sobre
Farmacología

17. " Vida media "	54,3
18. " Tolerancia "	60,9
19. " Potencia "	50
20. " Efectos secundarios "	43,5
21. " Administración "	56,5
22. " Excreción "	80,4
23. " Espectro "	78,3
24. " Taquifilaxia "	78,3
25. " Interacción "	45,6
26. " Vías de administración "	71,7
27. " Medicamentos más actuales "	93,5
28. " Alergia "	19,6
29. " Dosis infantil "	60,9

3. INFORMACION SOBRE MEDICAMENTOS EN LA PRENSA DIARIA

De los 35 artículos revisados sobre temas sanitarios los resultados más significativos que se desprenden son los siguientes:

- *El número de columnas* ocupado por los artículos sigue la siguiente distribución:

- 1 columna: 14 artículos,
- 2 columnas: 14 artículos,
- 3 columnas: 5 artículos
- 8 columnas: 2 artículos.

- *Las secciones* en que se han publicado son las siguientes:

- a) Sanidad: 12 artículos.
- b) Ciencia: 11.
- c) Ciencia/Futuro: 6
- d) Sociedad: 3
- e) Ciencia/Sanidad: 2.
- f) Andalucía: 1.

- *La autoría de los artículos* corresponde a:

- a) Redactor científico: 13.
- b) Agencias: 12.
- c) Corresponsal: 9.
- d) Editorial: 1.

- *Los temas de la información abarcan:*

- a) Usos terapéuticos: 14.
- b) Investigación: 8.
- c) Efectos indeseables: 6.
- d) Patología: 5.
- e) Política Sanitaria: 2.

- *Los campos terapéuticos más frecuentemente abordados son:*

- a) Cáncer/neoplasias: 9.
- b) Crecimiento/reproducción: 6.
- c) Migraña: 3.
- d) Insomnio: 2.
- e) Infecciones: 2.
- f) Fatiga crónica: 2.

- *Los fármacos más frecuentemente nombrados son:*

- a) Vacunas: 4.
- b) Anovulatorios: 3.
- c) Sumatriptán: 3.
- d) Aspirina: 2.
- e) Triazolam: 2.

- *Nivel científico:*

- a) Carece: 4.
- b) Discreto: 10.
- c) Aceptable: 17.
- d) Excelente: 4.

- *Grado de comprensibilidad:*

a) Discreto: 16.

b) Aceptable: 11.

c) Excelente: 8.

- *Explican los tecnicismos* 15 artículos; y sólo uno tiene errores conceptuales de importancia.

- *La valoración global de los artículos fue:*

a) Carece de valor: 3.

b) Discreto: 10.

c) Aceptable: 18.

d) Excelente: 4.

La mayor parte de las conclusiones que se derivan de la información suministrada sitúan al fármaco citado en el texto como una nueva alternativa terapéutica (20 artículos); otros conclusiones hablan de limitación del uso por existencia de reacciones adversas (6 artículos); falta de datos concluyentes hasta que finalice el proceso de investigación (4 artículos); y no aporta nada el nuevo fármaco en 3 artículos.

En la Tabla X se recogen estos datos de forma esquemática.

TABLA X: Información sobre medicamentos en la prensa diaria

Nº ARTICULOS	Nº COLUMNAS	SECCIONES	AUTORIA	TEMAS
1		Andalucía	Editorial	
2	8	Ciencia/ Sanidad		Política Sanitaria
3		Sociedad		
5	3			Patología
6		Ciencia/ Futuro		Efectos in deseables
8				Investiga- ción
9			Corres- ponsal	
11		Ciencia		
12		Sanidad	Agencias	
13			Redactor científi- co	
14	1,2,			Usos tera- péuticos

TABLA X: Información sobre medicamentos en la prensa diaria (cont.)

Nº ARTICULOS	CAMPOS TERAPE UTICOS	FARMACOS	NIVEL CIENTI- FICO	COMPRESI BILIDAD	VALORA CION
2	Insomnio Infeccio- nes Fatiga crónica	Aspirina Triazolam			
3	Migraña	Anovulato- rios Sumatriptan			Carece de valor
4		Vacunas	Carece Excelen- te		Exce- lente
6	Crecimien to/ Repro ducción				
8				Exce- lente	
9	Cáncer/ Neoplasia				
10			Discreto		Dis- creto
11				Acep- table	
16				Discre- to	
17			Acepta- ble		
18					Acep- table



DISCUSION

1. PUBLICIDAD DE MEDICAMENTOS EN REVISTAS MEDICAS

A partir del análisis de los resultados obtenidos podemos hacer las siguientes consideraciones:

La diversidad de revistas elegidas, con planteamientos y orientaciones distintas, quedaría justificada por la posibilidad de trabajar con un amplio espectro de publicaciones pero con una base común: "hacer llegar a los facultativos impactos publicitarios que favorezcan la prescripción de tal o cual medicamento". En este sentido 100 números de revistas, con 2.362 anuncios iniciales ofrecen un amplio campo de trabajo; además, si unimos RCE + MC por un lado y SR + J por otro, por cumplir los dos grupos distintos objetivos, la distribución de los anuncios seleccionados por tipos de revista guarda una proporción adecuada, ya que la relación porcentual RCE+MC vs. SR+J, es similar.

Es de importancia destacar que el 79% de los anuncios están referidos a monofármacos, tomando cuerpo la idea de utilización de principios únicos frente a la polifarmacia, donde se incrementan los riesgos de interacciones y efectos indeseables (178).

Los compuestos de "amoxicilina + ac. clavulánico", son los medicamentos más anunciados, hecho ya constatado en trabajos de publicidad de fármacos pediátricos; asimismo en nuestro medio representa la asociación de fármacos mas dispensada en el año 1.989 (42,179).

Fármacos de gran actualidad terapéutica figuran entre los específicos más anunciados, justificando las últimas tendencias y/o modas en el tratamiento en la morbilidad de más prevalencia, enlazando además con el dato que indica que el 60% de los anuncios representan avances terapéuticos. Por ejemplo, amoxicilina + ac. clavulánico, junto con el aztreonam, cumplen sobradamente estos requisitos; otro tanto podríamos decir de la terapéutica de la hipertensión arterial y de las arritmias cardiacas, donde aparecen: captopril, enalapril, nitrendipino, nimodipino, nifedipino, nicardipino, que representan dos grupos farmacológicos de gran importancia actual y en constante desarrollo (180,181). La buspirona vs. las benzodiacepinas; la terfenadina vs. otros anti-H1 que pasan la barrera hematoencefálica y la ciprofloxacina vs. otras quinolonas, son también claros ejemplos en este sentido.

Contraria y paradójicamente a lo que ocurría en las revistas pediátricas, la frase o palabra clave que define al producto, que trata de lograr el impacto publicitario, se ajusta más a descripciones de características terapéuticas, evitando en su mayor parte el uso de adjetivos que nos haga recordar lo que nosotros denominamos publicidad tipo detergente, es decir aquella que serviría perfectamente para anunciar un producto de limpieza del hogar, un refresco, un coche, etc.,: "Retorno a la luz..." (CELUPAN).

Los datos posológicos para niños tienen escasa presencia, este hecho podría estar justificado por tratarse de anuncios de medicamentos fundamentalmente orientados hacia adultos. Sin embargo las normas de uso para una función renal inadecuada sólo aparecen en el 24% de las ocasiones, y las dosis para pacientes geriátricos únicamente figuran en el 9% de los casos. Potencialmente cualquiera de los medicamentos anunciados podría utilizarse en pacientes ancianos, donde sí hay que tener en cuenta el descenso de la función renal fisiológico y el estado de la capacidad biotransformante del hígado (182,183,184,185).

Las consideraciones a tener en cuenta en el estado de gestación figuran más detalladamente, pues la mención "contraindicado" figura en un 24% y la de "precauciones en el embarazo" en un 70%; parece pues existir una mayor sensibilidad hacia esta situación, en la que está clara la necesidad de ser muy cautos en la administración de medicamentos por el posible potencial teratogénico (186,187).

Los aspectos toxicológicos aparecen reseñados prácticamente en todos los anuncios, figurando en la mayoría de las ocasiones los principales puntos que sobre estos fármacos recogen las referencias consultadas; no obstante debe destacarse que en los efectos indeseables, sólo en un 42% de las ocasiones se dan normas a seguir en el caso de aparición de reacciones adversas.

Así en el estudio de Erill y cols.(1974), en un 1/3 de los anuncios analizados no se incluyeron la indicación terapéutica del medicamento; y las propiedades farmacológicas aparecieron sólo en el 75% de los anuncios (39). Stimson GV (1974), obtuvo los siguientes datos: las contraindicaciones aparecen en el 4,2% de los casos y los efectos secundarios son mencionados en el 3,9%. Resultados parecidos se obtienen del trabajo de Morgan y cols (40,41).

Finalmente debemos resaltar que a nuestro criterio se constata una mejoría en la calidad de la publicidad con respecto a otro estudio similar realizado sobre medicamentos pediátricos en 1988, con unos aspectos toxicológicos mas cuidados, fundamentalmente los dirigidos a la situación de gestación; asimismo deben señalarse unos reclamos publicitarios (frases) mejor elaborados, que en mayoría tratan de definir acciones o características del producto anunciado. No obstante el uso de estos medicamentos en circunstancias especiales como insuficiencia renal o geriatría debería ser mejorado.

2. ENCUESTA A VISITADORES MEDICOS

La muestra abarca un amplio rango en cuanto a edad y años de profesión, lo que implica que en la población objeto de estudio contamos con visitantes con gran experiencia y con otro grupo de reciente incorporación y sujeto a las nuevas directrices de elección de personal, es decir, mayor nivel de estudios, distinto abordaje de formación profesional, sometimiento a técnicas más agresivas de marketing, etc. Como complemento del punto anterior podemos destacar que un 26% de la muestra ha realizado estudios superiores, sobresaliendo en este aspecto los licenciados en Farmacia.

La encuesta recoge claramente el deseo de estos profesionales de ser denominados "Técnicos de Información Sanitaria", quedando otras denominaciones comúnmente empleadas bastante alejadas porcentualmente; en este sentido y aunque mayoritariamente opinan que en su formación debe estar presente la Industria Químico-Farmacéutica, un 33% casa la nueva denominación profesional con una Diplomatura impartida en la Facultad de Medicina. Este último aspecto redundaría en una formación más objetiva y más especializada a nuestro criterio, sin perjuicio de que cada industria posteriormente y a tenor de sus intereses comerciales impartiese distintos cursos complementarios (188). En este sentido el 100% de los encuestados manifiesta seguir cursos de capacitación

profesional, impartidos por los equipos Médicos y de Marketing de sus casas comerciales.

Igualmente expresan que tienen una formación continuada a cargo de la I.Q.F. y que por propia iniciativa consultan habitualmente libros o revistas.

El desarrollo constante de la I.Q.F., con fármacos cada vez más selectivos y con efectos indeseables que se tienden a minimizar, es un fenómeno que es captado, ya que un alto porcentaje piensa que los medicamentos son cada vez mejores y más especializados. Esto conecta con la información que suministran, ya que la mayoría indica que informa sobre una determinada línea de productos farmacéuticos. En los aspectos puramente farmacológicos, la evaluación es de aprobado alto (61%, aciertos). Curiosamente la pregunta nº 27, obtiene un porcentaje de aciertos del 93.5%. En la misma se les solicita que respondan si es preferible para tratar una patología determinada emplear los medicamentos más actuales; y aunque previamente habían respondido que los medicamentos son cada vez mejores y más especializados, aquí responden negativamente, queriendo decir implícitamente que más actual no significa más efectivo, más eficaz o mejor.

Igualmente son perfectamente identificados términos como: excreción de medicamentos, taquifilaxia, espectro antimicrobiano, vías de medicamentos, etc... con porcentajes de aciertos con un rango entre 71.3 y 80.4%.

Las cuestiones farmacológicas donde se encuentran unos conocimientos dudosos y pocos claros, con lagunas conceptuales son:

- Las diferencias entre los términos de efectos indeseables, secundarios y colaterales; conceptos distintos y que con frecuencia confunden.
- Potencia farmacológica, que en muchas ocasiones traducen por eficacia terapéutica.
- Interacciones, sobre las que opinan que son reacciones químicas entre fármacos.
- Conceptos de alergia e hipersensibilidad, y modo de evitarlo, que a tenor de los aciertos, 19.6%, debería ser motivo de explicaciones aclaratorias.

En definitiva, creemos que contamos con unos buenos profesionales, cada vez con mayor nivel y que con un pequeño esfuerzo por parte de todos los implicados, conseguiremos situarlos a la altura necesaria de competencia que nuestra situación socio-económica exigirá.

3. INFORMACION SOBRE MEDICAMENTOS EN LA PRENSA DIARIA

Es de dominio general, la importancia que concede actualmente la población al tema de salud. De este hecho son en parte responsables los medios de comunicación, quienes constantemente tratan de hacer llegar a sus lectores/audiencia contenidos de este tipo. Esta situación será deseable siempre que no cree falsas expectativas de mejoría y/o curación y siempre que la información ofrecida, esté correctamente tratada desde el punto de vista científico, ya que en caso contrario no cumpliría sus objetivos y más que informando estaría sembrando la duda y desinformando.

Una vez establecidas estas normas de juego o bases iniciales pasamos a continuación a discutir los resultados obtenidos en nuestro análisis:

- El número de artículos/resúmenes/notas de prensa evaluadas a partir de nuestra selección es relativamente pequeño; además únicamente hemos examinado un diario, pero no obstante, éste, alcanza el mayor porcentaje de difusión entre los disponibles en nuestro ámbito en la prensa diaria y creemos que reúne los requisitos necesarios para el muestreo que hemos pretendido realizar.

- Los resultados parecen indicar que más que artículos,

hemos evaluado notas de prensa o resúmenes de agencias, puesto que los espacios requeridos para su edición abarcan en la mayoría de los casos sólo una o dos columnas. Excepcionalmente, en dos ocasiones, la información se sitúa en las páginas centrales del diario, ocupando ocho columnas y tratando con cierta profundidad la temática planteada.

- No existe uniformidad en cuanto a la sección donde aparecen los artículos, las variaciones en la denominación de la sección del diario no implican cambios en la temática, así figuran como secciones: Sanidad, Ciencia, Ciencia/Futuro, etc...

- La temática está orientada fundamentalmente a usos terapéuticos de los medicamentos, seguida de investigación, pero esta última está orientada especialmente a alternativas terapéuticas o a fármacos en estudio y desarrollo; finalmente también debemos señalar que en un porcentaje próximo al 20% se valora la limitación al uso de ciertos fármacos por la aparición de efectos indeseables en su aplicación terapéutica.

- Los campos terapéuticos más atendidos son los referentes a la tríada: "cáncer-neoplasias-tumores", seguidos por los temas de crecimiento y reproducción. Otros aspectos relevantes y preocupantes para la población como tabaco, colesterol, infarto, trombosis, etc..., alcanzan una incidencia mínima.

- En cuanto a los fármacos analizados existe una grandispersión, no pudiéndose a tenor de las notas evaluadas y a esta diversidad, obtener alguna ninguna conclusión significativa.

- Con respecto a la valoración estrictamente científica del texto hemos de reseñar que aunque la calificación : "aceptable/excelente" alcanza el 60%, no debemos olvidar que las valoraciones: "carece/discreto" con un 40%, indican a nuestro criterio falta de asesoramiento especializado para la inserción del comentario o nota sanitaria en este diario. A esta relativa falta de interés del texto, se une un grado de comprensibilidad del mismo calificado como "discreto" que se acerca al 50%; hay que destacar también que en los "tecnicismos", es decir palabras específicamente de manejo médico y no entendibles generalmente por el gran público ajeno a la profesión, sólo son explicados sus significados en el 50% de los artículos. Corroborando estos datos la valoración global de los artículos únicamente alcanza la calificación de "aceptable/excelente" en el 60% de las ocasiones.

En el estudio de Carvajal y cols (1988), sobre fármacos en prensa diaria encuentran los autores un nivel de veracidad adecuada (163).

- El último punto valorado, la conclusión que podría obtenerse la lectura de los artículos, indica que la

consecuencia final de los mismos es que "Se abren nuevas perspectivas o alternativas terapéuticas para la curación o mejoría de diversas enfermedades y que en muchos casos estas conclusiones podran ser elevadas a definitivas tras ser refrendadas por ulteriores ensayos y/o estudios".

En resumen, aunque en definitiva se pretenda hacer llegar a la población la idea de que se esta trabajando e investigando en el desarrollo de nuevos fármacos y en el conocimiento de las enfermedades para aliviar los padecimientos que nos afectan o nos afectarán algún día, este trabajo periodístico adolece de un examen previo por personas especializas al objeto de seleccionar y mejorar la información que se pretende hacer llegar a los lectores.

CONCLUSIONES

1.- Los anuncios sobre medicamentos publicados en las revistas médicas, constituyen uno de los medios más importantes de información terapéutica que poseen los médicos.

2.- El 79% de los anuncios publicados en las revistas médicas analizadas corresponden a monofármacos, en concordancia con la tendencia actual de utilizar una sola sustancia en vez de asociaciones para conseguir una prescripción más racional.

3.- Los anuncios suponen un medio de información más para conocer las últimas innovaciones farmacológicas. El 60% de los fármacos anunciados representan una novedad terapéutica.

4.- La publicidad de un medicamento debe ir acompañada de una descripción completa de las características farmacoterapéuticas del principio activo.

5.- La información debe ser mejorada en aspectos como la utilización en circunstancias especiales y connotaciones toxicológicas.

6.- Existe actualmente dentro del colectivo de visitantes médicos, la tendencia a la incorporación de personas con estudios superiores, sobresaliendo en este apartado los licenciados en Farmacia.

7.- Se constata la profesionalización de los visitantes ya que la mayoría de los encuestados han seguido cursos de capacitación profesional, que posibilitará una misión informativa más precisa y competente.

8.- La mayoría de los encuestados manifestaron que la denominación de Informadores Técnico sanitario era la más apropiada para su labor profesional.

9.- La evaluación de los conocimientos farmacológicos de los encuestados, superó ampliamente el aprobado.

10.- Es necesario potenciar la formación farmacológica de los visitantes médicos; toda vez que algunos aspectos farmacológicos evaluados, suscitaron importantes dudas entre éstos.

11.- Los usos terapéuticos de medicamentos son los temas información más tratados en la información sobre salud aparecido en la prensa evaluada.

12.- La patología más frecuentemente abordada en los artículos periodísticos es la correspondiente a procesos neoplásicos; y son las vacunas los medicamentos más citados.

13.- El lenguaje manejado en la divulgación de aspectos sanitarios en la prensa, abundan los "tecnicismos", que no quedan suficientemente claros para el lector medio.

14.- La valoración global de los artículos evaluados alcanza la calificación de "aceptable/excelente" en un 60%, y para mejorar este porcentaje, creemos que los periodistas deben estar especializados en temas sanitarios.

RESUMEN

El tema sanitario es prioritario en cualquier sociedad, por consiguiente, ocupa un lugar importante entre los medios de información.

Ante el cúmulo de información, el médico en particular, y el público en general, se sienten excesivamente confundido en lugar de mejor informado. La sociedad es cada vez más consciente de la necesidad de poseer una información más clara y fidedigna.

Así pues, en base a las consideraciones anteriormente expuestas, el presente trabajo ha estudiado y analizado varias fuentes de información sobre medicamentos. Para ello hemos dividido este trabajo en tres apartados distintos.

El primero de ellos, analiza la publicidad de fármacos en cuatro revistas médicas no especializadas durante el año 1989. Dichos anuncios se sometieron a un protocolo de encuesta en el que se valoran aspectos publicitarios y farmacológicos. Los resultados obtenidos son: el principio activo más anunciado ha sido la asociación amoxicilina + ácido clavulánico; la proporción media entre contenido publicitario/información farmacológica es de 3/1; el 60% correspondían a novedades terapéuticas, y sólo el 6% a medicamentos esenciales de la OMS; las frases publicitarias se calificaron como aceptables; los aspectos posológicos y toxicológicos están, en general, bien recogidos.

El segundo, estudia y valora los conocimientos sobre fármacos poseen los visitantes médicos como fuente de información de medicamentos. Para ello se repartió una encuesta

anónima a 75 visitantes médicos de la provincia de Sevilla. Dicha encuesta se dividía en dos partes: en la primera se planteaban diversas cuestiones sobre aspectos profesionales; en la segunda, las cuestiones seran de tipo farmacológico, con vistas a evaluar sus conocimientos.

Se pone de manifiesto, la mayor profesionalización de los visitantes médicos. Prefieren el nombre de " Técnicos en Información Sanitaria ". La valoración de los conocimientos farmacológicos de este colectivo superó ampliamente el aprobado; aunque es necesario potenciar su formación farmacológica.

Por último se ha analizado la información sobre fármacos aparecida en la prensa escrita. Se revisaron todos los números del diario ABC de Sevilla correspondiente al año 1991. De los 362 números analizados se extrajeron todos los artículos con contenidos relacionado con temas sanitarios, resultando un total de 64 inserciones. De ellos, 35 artículos que trataban de fármacos fueron sometido a un protocolo con dos partes: una periodística o informativa, y una segunda farmacológica o técnica.

En la prensa escrita analizada, la patología más frecuente abordada corresponde a procesos neoplásicos; y son las vacunas los medicamentos más citados.

Los "tecnicismos" aparecidos en la misma, no quedan suficientemente explicado para el lector medio.

La valoración global de los artículos alcanza la calificación de "aceptable/excelente" en un 60%.

En resumen, el objetivo de presente trabajo, es contribuir a que se difunda una información competente y fidedigna; mejorar la calidad de la información facilitada a los profesionales sanitarios y al público en general, para conseguir un uso más racional del medicamento.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- *Iglesias F.* Ciencias de la Información. Guía de los Estudios Universitarios. Eunsa. Pamplona.1984.
- 2.- *Benito A.* Teoría General de la Información. Ediciones Piramide.S.A. Madrid.1982.
- 3.- *Mcquail D.* Introducción a la Teoría de la Comunicación de masas. Ediciones Prados. Barcelona.1985.
- 4.- *Escobar L.* Comunicación, información y cultura de masas. Ministerio de Cultura. Secretaria General Técnica.Madrid.1980.
- 5.- *Mordock G, Moreene J.* La comunicación de masas y la industria publicitaria. UNESCO. Paris. 1986.
- 6.- *Billorón P.* Introducción a la publicidad. Ed, El ateneo. Buenos Aires.1983.
- 7.- *Duch C.* Los medios publicitarios. Servicio de Publicaciones de la Universidad Autónoma de Barcelona. Barcelona.1986.
- 8.- *Ortega E.* Manual de investigación comercial. Eds Piramide S.A. Madrid. 1981.
- 9.- *Pathak DS.* Introducción al marketing farmacéutico. En: Principios de marketing farmacéutico.Idepsa.Madrid.1989:1-20.

10.- *Denner A.* Marketing y marketing farmacéutico. En: Chartain R. Ed. Marketing Farmacéutico.Vol I. El medicamento: ética y realidad industrial. Ed Grupo Jarypo Editores. Madrid.1987:272-280.

11.- *Delene LM, Brogowicz AA.* Student health-care needs, attitudes, and behavior: marketing implications for college health centers. *J.Am.Coll.Health.*1990;38(4):157-64.

12.- *Welnetz K.* Marketing a continuing education course for healthcare managers. *J.Contin.Educ.Nurs.*1990;21(2):62-67.

13.- *Webster R.* The importance of marketing in nurse education. *Nurse.Educ.Today.*1990.10(2):140-4.

14.- *Macstravic RS.* Use marketing to reduce malpractice costs in health care. *Health Care Manage Rev.*1989.14(4):51-56.

15.- *Smithing RT, Wiley MD.* Marketing techniques in print. *J.Am.Acad.Nurse.Pract.*1989.1(3):103-4.

16.- *Smith C.* Identificación del mercado. En: Principios de marketing farmacéutico. Idepsa.Madrid.1989:21-43.

17.- *Ministerio de Sanidad y Seguridad Social.* Real Decreto 3451/77 de 1 de diciembre, sobre promoción, información y

publicidad de los medicamentos y especialidades farmacéuticas.
Madrid: B.O.E. nº 20, 24 de enero 1978:155-160.

18.- *Ministerio de Sanidad y Seguridad Social*. Orden 15 Abril
1980. B.O.E. 16 junio 1980:1757-1760.

19.- *Ley General de Sanidad*. Ley 14/1986 de 25 Abril, General
de Sanidad. B.O.E. nº 102 de 29 Abril 1986.

20.- *Ley 25/1990 de 20 de Diciembre, del Medicamento*. B.O.E.
núm. 306, de 22 de Diciembre de 1990.

21.- *Uso racional de los medicamentos*. Informe de la
Conferencia de Expertos. Nairobi, 1985. O.M.S..Ginebra.1986.

22.- *García C*. Informar del medicamento, tan importante como
descubrirlo. Indufarma.1991;3:10-18.

23.- *Laporte JR, Arnau JM*. Guías farmacológicas para la
asistencia médica primaria. En: Laporte J, Salva JA.ed. Avances
en Terapéutica. Ed Salvat S.A. Barcelona.1982;12:135-153.

24.- *Erill S*. Información sobre medicamentos y su repercusión
en la prescripción farmacológica. En: Laporte J, Salva JA.ed.
Avances en Terapéutica. Ed Salvat S.A. Barcelona.1981;11:18-28.

- 25.- *Dry J.* El médico. En: Chatain R. Ed. Marketing Farmacéutico. Vol I. El medicamento: ética y realidad industrial. Ed. Jarpyo Editores. Madrid. 1987:150-164.
- 26.- *Arnau JM.* Sistemas de documentación en farmacología clínica. En: Laporte J, Laporte JR Ed. Avances en Terapéutica. Ed Salvat S.A. Barcelona. 1986;14:116-125.
- 27.- *Matas J, Arias A.* Fuentes secundarias en información de medicamentos. *Pharmaklinik*. 1988;2:20-28.
- 28.- *Pajes M, Arias A.* Fuentes terciarias de información de medicamentos. Una ayuda para su selección. *Pharmaklinik*. 1988;2:11-22.
- 29.- *Carlos R, Rodriguez-Sasian J, Reill S.* Papel del Vademecum Daimon como fuente de información sobre medicamentos para el médico hospitalario. Comunicaciones IV Reunión Nacional Asociación Española de Farmacólogos. Santiago de Compostela. 1979: 193.
- 30.- *Peay MY, Peay ER.* Patterns of preference for information sources in the adoption of new drugs by specialists. *Soc Sci Med.* 1990;31(4):467-76.
- 31.- *Bower AD, Burkett GL.* Family physicians and generic drugs:

a study of recognition information sources, prescribing attitudes and practices. *J Fam Pract.* 1987;24(6):612-6.

32.- *Hull FM, Marchall T.* Sources of information about new drugs and attitudes towards drug prescribing; an international study of differences between primary care physicians. *Fam Pract.* 1987; 4(2):123-8.

33.- *Anónimo.* Teletipo sanitario. *Jano* 1992;42:908.

34.- *Anónimo.* Teletipo sanitario. *Jano* 1992;43:13.

35.- *Avorn J, Milton BA, Hartlry R.* Scientific versus commercial sources of influence on the prescribing behavior of physicians. *The American Journal of Medicine* 1982;73:4-8.

36.- *Herman CM, Rodowskas CA.* Communicating drug information to physicians. *J Med Educ* 1976;51:189.

37.- *Eaton G, Parish P.* Sources of drug information used by general practitioners. *R Coll Gen Pract* 1976;26(suppl 1):58-64.

38.- *Linn LS, Davis MS.* Physicians orientation toward the legitimacy of drug use and their preferred source of new drug information. *Soc Sci Med* 1972;6:199.

- 39.- *Erill S, Soutch PD, Garcia JA, Verger G.* La propaganda de las especialidades farmacéuticas en España. Análisis de 839 anuncios dirigidos al médico. *Ann. Med* 1975;61:155-162.
- 40.- *Stimson GV.* Information contained in drug advertisements. *Br Med J* 1975;4:508-509.
- 41.- *Morgan AH, Jeffers FA, Petrie JC, Walker W.* Drug advertising in medical journals. *Br J Clin Pharmacol* 1976;3:1057-1060.
- 42.- *Hevia A, Amaya A, Serrano JS, Argüelles F, Lopez-Valpueda FS.* Muestreo de la publicidad de la industria quimicofarmacéutica en revistas pediátricas. *Rev Farmacol Clin Exp* 1990;7(2):99-104.
- 43.- *Goldstein JH.* Of mugs and marketing. *Jama* 1991;265:2391-92.
- 44.- *Drummond R.* What responsibility do editors have for the advertisements in their journals?. *JAMA* 1991;265(18):2394-2396.
- 45.- *Meyer P.* La revolución de los medicamentos. Mitos y realidades. Ed Espasa Calpe. Madrid 1986:69-80.

- 46.- *Martin B.* La rentabilidad imprescindible para el I+D en la Industria Farmacéutica. Indufarma 1991;2:19.
- 47.- *Castillo P.* La información farmacológica y la industria del medicamento. Papel de sus departamentos médicos. Med Clin (Barc) 1987;89:288-295.
- 48.- *Berde B.* Physicians as employees of the pharmaceutical industry. Eur J Clin Pharmacol 1985;28:363-365.
- 49.- *Rhodes P.* Some other jobs in medicine. Br Med J 1983;286:373-374
- 50.- *Kendall MJ.* A year in industry. Br J Clin Pharmac 1977;4:3-4
- 51.- *Lumbroso A.* The challenging role of the pharmaceutical physician. Interactions with the medical profession as viewed by the management. Acta Therapeutica 1979;5:81-86.
- 52.- *Erill S.* Investigación académica e investigación industrial en el desarrollo de fármacos. Med Clin (Barc) 1987;89:247-249.
- 53.- *Jenike MA.* Relations between physicians and pharmaceutical companies: where to draw the line. N Engl J of Med

1990;332(8):557

54.- *Erill S.* Investigación clínica en la industria farmacéutica: Exigencia científica y empresarial. *Indufarma* 1991;4:26-29.

55.- *Anónimo.* Ensayos clínicos e información de medicamentos. *Inf Ter Sist Nac Salud* 1990;14(11):312-315.

56.- *Ministerio de Sanidad y Consumo.* Real Decreto 424/1988, de 29 de abril, de reforma del procedimiento de registro de especialidades farmacéuticas y otras normas sobre medicamentos. B.O.E. de 5 mayo 1988.

57.- *Rubio T.* La regulación de los medicamentos en España. *Med Clin (Barc)* 1992;98:741-748.

58.- *Vallvé C.* Buena Práctica Clínica. *Farmaindustria Madrid* 1990

59.- *Saver F.* Drug safety in the European Community. *Drug Saf* 1990;5(suppl 1):141-148.

60.- *Currie WJ.* European registration: today, tomorrow, and beyond. *J Clin Pharmacol* 1990;30(5):386-389.

- 61.- *Fassihi AR, Robertson SS.* Post-marketing drug surveillance- concepts, insights and applications. S Afr Med J 1990;77(11):577- 580.
- 62.- *Nicklas RA.* The investigative process for new drugs. Ann Allergy 1989;63(6 pte 2):P598-600.
- 63.- *Laporte JR.* Reacciones adversas a medicamentos y farmacovigilancia. Med Clin (Barc) 1986;92:536-538.
- 64.- *Especial Farmacovigilancia.* Boletín Terapéutico Andaluz 1989;3:1-19.
- 65.- *Capella D.* Farmacovigilancia en atención primaria. Rev Farmacol Clin Exp 1990;7(supl 2):29-31.
- 66.- *Serrano MA.* Evaluación de fármacos y ensayos clínicos en atención primaria. Rev farmacol Clin Exp 1990;7(supl 2):27.
- 67.- *Gundert-Remy U.* The role of clinical trials in drug regulation. Controlled Clin Trials 1989;10(suppl 4):231-235.
- 68.- *Gayte-Sorbier A, Choay H.* El farmacéutico hospitalario y la industria farmacéutica. En: Chatain René, eds. Marketing farmacéutico. El medicamento: ética y realidad industrial. Jarpyo eds. Madrid 1987;vol 1:117-126.

- 69.- *Alvan G, Ohman B, Sjöquist F.* Información farmacológica orientada según los problemas: un servicio de farmacología clínica. *Lancet (Ed.Esp)* 1984;4(4):262-264.
- 70.- *Setnikar I.* The challeging role of the pharmaceutical physician. Interactions with government as viewed by the pharmaceutical physician. *Acta Therapeutica* 1979;5:21-27.
- 71.- *Arias A.* Experiencia del primer centro regional de información de medicamentos en España. *Pharmaklinik* 1897;1(1):33- 38.
- 72.- *Greenes RA, Shortlife EH.* Medical informatics *JAMA* 1990;263:1.114.
- 73.- *Mcguire C.* The curriculum for the year 2000. *Med Educ* 1989;23:221-227.
- 74.- *Clayden GS, Wilson B.* Computer-assisted learning in medical education. *Med Educ* 1988;22:456-467.
- 75.- *Tosteson DC.* New pathways in general medical education. *N Engl J Med* 1990;324(4):234-238.
- 76.- *Macmanus IC.* ¿Cómo evolucionará la educación médica?. *Lancet (Ed.Esp)* 1991;19(5):304-306.

77.- *Clavero J.* Información, clave del cambio sanitario en los noventa. *Jano* 1991;51(973):59-64.

78.- *Mauri MR.* La realización de la visita médica. En: *Marketing y publicidad médica.* Ed C.O.T.E.C. Tomo I Barcelona 1971.

79.- *Valtueña J.* Importancia de los visitantes médicos. *Jano* 1982;544:12.

80.- *Dupuy JP, Karsenty S.* La invasión farmacéutica. Ed Euros Barcelona 1976.

81.- *Maragall J.* La programación de la visita médica. En: *Marketing y publicidad médica.* Edt C.O.T.E.C. Tomo II. Barcelona 1971.

82.- *Aznar J, Martinez V.* Profesionalidad en la información sobre medicamento. En: *El medicamento origen, desarrollo e información.* Ed Amife. Madrid 1980;3:60-74.

83.- *Dreyfreus-Cloarec C.* Prácticas. En: *Chatain René Eds.* *Marketing farmacéutico. El medicamento: ética y realidad industrial.* Jarpyo Eds. Madrid 1987;1:117-126.

84.- *Lexchin J.* Doctors and detailers: therapeutic education

or pharmaceutical promotion?. International Journal of Health Services 1989;19(4):663-679.

85.- *Castillo P.* Promoción y publicidad farmacéutica ¿Quo vadis?. Med Clin (Barc) 1992;99:305-309.

86.- *Anónimo.* Los visitantes médicos solicitan atención digna. Farmatelex 1990;45:4.

87.- *Mackowiak JL, Gagnon JP.* Effects of promotion on pharmaceutical demand. Soc Sci Med 1985;20:191-197.

88.- *Hemminki E, Pesonen T.* The function on drug company representatives. Scand J Soc Med 1997;5:105-114.

89.- *Gershenson M.* Pharmaceutical detailman survey. Internist 1971:4-5.

90.- *Rodriguez JM.* La información sobre medicamentos en España. Análisis de 5 fuentes. (Tesis doctoral). Facultad de Farmacia: Universidad de Barcelona, 1979.

91.- *Moncada B, Acevedo B.* El médico y la industria farmacéutica. Gac Med Mex 1990;126(4):343-7.

92.- *Lexchin J.* The medical profession and the pharmaceutical

industry:an un healthy alliance.In J Health Serv
1988;(4):603-16.

93.- *American College Physicians.* Physicians and the
pharmaceutical industry. *Annals Internals Medicine* 1990;112(8):
624-626.

94.- *Benitez FJ.* La visita médica y otras fuentes de
información. En: Mickey C. Smith. Principios de marketing
farmacéutico. Idepsa,SA Madrid 1988:279-284.

95.- *Harelik JH.* Pharmacist and physician evaluation of drug
information sources. *Am J Hosp Pharm* 1975;32:594-597.

96.- *Henley S, Tester W, Kanpp R.* Dissemination of drug
information. *Hospitals* 1978;42:99-103.

97.- *Chern MN, Landefeld CS, Murray TH.* Doctors, drug
companies, and gifts. *Jama* 1989;262(24):3448-51.

98.- *Olalla JF, Gervas JJ.* Relaciones entre la industria
farmacéutica y los profesionales sanitarios. *Gac Sanit*
1989;3(11):389-91.

99.- *Mckinney WP, Schiedermayer DL, Lurie N, Simpson DE,
Goodman JL, Rich EC.* Attitudes of internal medicine faculty and

residents toward professional interaction with pharmaceutical sales representatives. *Jama* 1990;264(13):1693-97.

100.- *Council on Ethical and Judicial Affairs of the American Medical Association*. Gifts to physicians from industry. *JAMA* 1991;265(4):501.

101.- *Wall DW*. Etthics and the pharmaceutical industry: some ideas for general practitioners. *J R Coll Gen Pract* 1987;37(299):267-9.

102.- *Schonberg ST*. Relations between physicians and pharmaceutical companies: where to draw the line. *N Engl J Med* 1990;323(3):200-1

103.- *Lofholm PW*. Prescripción escrita. En: *Katzung BG Farmacología y clínica 4ª ed*. Manuel Moderno SA. Mexico DF.1991.

104.- *Lewis JG*. La buena prescripción. *Inf Ter Segur Soc* 1980;4(9):168-171.

105.- *Anónimo*. Prescrpción eficiente. *Inf Ter Sist Nac Salud* 1991;15:122-124.

- 106.- *Hemminki E.* Review of literatura of the factors affecting drug prescribing. *Soc Sci Med* 1975;9:11-115.
- 107.- *Ferguson RP.* Training the resident to meet the detail men. *Jama* 1989;261(7):992-993.
- 108.- *Shaughnessy AF.* Drug promotion in a family medicine training center (Letter). *JAMA* 1988;260(7):926.
- 109.- *Bonet JM, Roca M, Moreto A, Sans O, Picornell L.* Unidad docente de medicina familiar y comunitaria: mejora asistencial y reducción del gasto farmacéutico. *Atención Primaria* 1984;1:287- 289.
- 110.- *Gene J, Mas M, Rams F, Martín M, Torres R.* Análisis de la prescripción farmacológica de la unidad docente de Cornellá de Llobregat (Barcelona). *Atención Primaria* 1984;1:279-286.
- 111.- *Font M, Madrilejos R, Catalán A, Jimenez J, Argimón JM, Huguet M.* Mejorar la prescripción de fármacos en atención primaria: un estudio controlado y aleatorio sobre un método educativo. *Med Clin* 1991;96:201-205.
- 112.- *Avorn J, Soumerai S.* Improving drug-therapy decisions through educational outreach. *N Engl J Med* 1983;308:1457-63.

- 113.- *Frazier LM, Brown JT, Divine GW*. Can physician education lower the cost of prescription drug?. A prospective, controlled trial. *Ann Intern Med* 1991;115(2):116-21.
- 114.- *Becker MH, Stolley PD, Lasagna L, McEvilla J, Sloane M*. Differential education concerning therapeutics and resultant physician prescribing patterns. *J Med Educ* 1972;47:118-127.
- 115.- *Rawlins M*. Doctors and the drug makers. *Lancet* 1984;4:276- 278.
- 116.- *Wilson CW*. Influence of different sources of therapeutic information on prescribing by general practitioners. *Br Med J*. 1963;2:599-604.
- 117.- *Pekkanen J*. The impact of promotion on physicians' prescribing patterns. *J Drug Issues* 1976;6:13-20.
- 118.- *Peay MY, Peay ER*. The role of commercial sources in the adoption of a new drug. *Soc Sci Med* 1988;26(12):1183-9.
- 119.- *Krupka LR*. Prescription drug advertising: trends and implications. *Soc Sci Med* 1985;20(3):191-197.
- 120.- *Randall T*. Does advertising influence physicians?. *Jama* 1991;265(4):443.

- 121.- *Cohen EP*. Direct-to-the-public advertisement of prescription drugs. *N Engl J Med* 1988;318(6):373-376.
- 122.- *Prieto YI, Gomez JV, Diaz de Torres P, Crespo B*. Previsiones sobre consumo farmacéutico. *Inf Ter Sist Nac Salud* 1991;15:125-134.
- 123.- *Tisseyre BM, Soucneet JR*. *Economie du medicament*. Ed Masson Paris.1985.
- 124.- *López JC*. Análisis de la prestación farmacéutica mediante los perfiles de prescripción. *Inf Ter Sist Nac Salud* 1992;16:120-3
- 125.- *Huber SL*. Influencing drug use through prescribing restrictions. *AmJ Hosp Pharm* 1982;39(11):1898-1901.
- 126.- *Gervás JJ*. Análisis de los factores que inducen la prescripción. *Farmacia Clínica* 1989;6:588-594.
- 127.- *García F*. Uso racional de los medicamentos. *Med Clin* 1990;94:628-632.
- 128.- *Hampton JR*. The end of clinical freedom. *Br Med J* 1983;287:1337-1338.

129.- *Christensen DB, Busch PJ*. Drug prescribing: patterns, problems and proposals. *Soc Sci Med* 1981;15A:343-355.

130.- *Stimson GV*. Information contained in drug advertisements. *Br Med J* 1975;4:508-509.

131.- *López MA, Martínez de la Concha D, Bueno A, Rodríguez-Contreras R*. Prescripción farmacéutica en la atención primaria de salud. *Gaceta Sanitaria* 1988;7(2):190-193.

132.- *Schwartz RK, Landefeld CS, Avorn J*. Physician motivations for nonscientific drug prescribing. *Soc Sci Med* 1989;28(6):577-82

133.- *Pérez MM, Salcedo JA, Gervas JJ*. La evaluación del médico de cabecera a través del perfil farmacéutico. Iniciativa de la prescripción. V Reunión Sociedad Española Epidemiología. Madrid 1986.

134.- *Danti G, Castellani L*. La prescripción inducida en medicina general. Investigación orientada a la reflexión sobre los estudios de utilización de los fármacos. *Farmacia Clínica* 1991;8(3):236-252.

135.- *Rey ME, Villalbi JR*. Impacto potencial de la reforma de la Atención Primaria sobre la prescripción farmacéutica en

España: la experiencia de Ciutat Badia. Med Clin 1987;89:141-143.

136.- *Herreros MI*. El papel del medicamento en el ambito sanitario. El Médico 1992;443:32-38.

137.- *Sjoquist F, Boethius G*. Attitudes to development of drug therapy in Scandinavia. Br J Clin Pharmacol 1986;22:19S-26S.

138.- *Wilford BB*. Abuse of prescription drugs. West J Med 1990;152:609-612.

139.- *Wesson DR, Smith DE*. Prescription drug abuse. West J Med 1990;152:613-616.

140.- *Laporte JR, Capella D*. El consumo de medicamentos. Med Clín 1987;89:244-246.

141.- *Uso racional de los medicamentos*. Informe de la Conferencia de Expertos. Nairobi, 25-29 de noviembre de 1985 O.M.S. Ginebra 1986.

142.- *Pedro de Lels F*. Uso y hábitos irracionales en la prescripción de medicamentos. Medicina Clínica 1991;96:55.

- 143.- *Higginbotham N, Streiner DL*. The social science contribution to pharmacoepidemiology. *J Clin Epidemiol* 1991;44(2):73S-82S.
- 144.- *Castillo P*. Promoción y publicidad farmacéutica: quo vadis?. *Med. Clín* 1992;99:305-309.
- 145.- *Najera MP*. Trasmisión e impacto de los mensajes sanitarios. *Jano* 1991;41:31-43.
- 146.- *Pascual G, Salvañes J, Nebot J*. Información farmacéutica: el mensaje y su destino. Aproximación al tema. *Pharmaklinik* 1990;4(2):53-57.
- 147.- *Valtueña JA*. Divulgar, vulgarizar, informar y educar. *Jano* 1991;41:23-29.
- 148.- *Costa J, Figueroa A*. Drug advertising. *Lancet* 1989;18:618.
- 149.- *Mansfield PR*. Drug advertising. *The Lancet* 1989;20(1):1137- 1138.
- 150.- *Bell D*. Regulating drug advertisements. *The Lancet* 1989;16:678.

151.- *Jhonson GC, Gottesman.* The health fraud battle. Eduaction is the best defense. *Postgrand Med* 1989;85(8):289-90.

152.- *Anónimo.* Information for patients about medicines. *The Lancet* 1987;7:1077-1078.

153.- *Carre MC.* Mejorar la información sobre medicamentos. *Med Clín* 1987;89:707-708.

154.- *Kitching JB.* Patient information leaflets: the state of the art. *J R Soc Med* 1990;83(5):298-300.

155.- *Busson M, Dunn AP.* Patient knowledge about prescribed medicines. *Pharm J* 1986;236:624-6.

156.- *Gibbs S, Waters WE, George CF.* Prescription information leaflets: a national survey. *J R Soc Med* 1990;83(5):292-7.

157.- *Gibbs S, Waters WE, George CF.* The benefits of prescription information leaflets. *Br J Clin Pharmac* 1989;28:345-351.

158.- *Giovanazi A, Miselli M, Poggiolini D.* Drug information for patients. *Lancet* 1988;13:362.

159.- *Morrell RW, Park DC, Poon LW.* Effects of labeling techniques on memory and comprehension of prescription information in young and old adults. *J Gerontol* 1990;45(4):P166-72

160.- *Taylor HG.* Inadequate labeling of unit dose packages (letter). *Am J Hosp Pharm* 1987;44(3):514.

161.- *Vilalta R.* Formas no convencionales de información médica. *Jano* 1991;41:87-91.

162.- *Figueruelo A.* Aproximación a la prensa médica en España. *Jano* 1991;41:93-107.

163.- *Carvajal A, Gonzalez T, Manso E.* Información sobre fármacos en la prensa diaria. *Med Clín* 1988;90:607-610.

164.- *Madrilejos MR, Catalan RA, Font PM, Huguet RM.* Programa audiovisual de información sobre medicamentos dirigido a los usuarios de áreas básicas de salud. *Farmacia Clínica* 1991;8(7):594-600.

165.- *Chavunduka D, Dzimwasha M, Madondo F, Mafana E, Mbewee A, Nyazema NZ.* Información farmacéutica adaptada a la comunidad. *Foro Mundial de la Salud.* 1991;12(1):31-35.

166.- *Anderson HM, Scooggin JA, Cady PS.* Pilot study an investigation of the sources and satisfaction of medication information provided to the elderly. *J Clin Pharm Ther* 1991;16(2):139-44.

167.- *Anónimo.* Ayudar a que los pacientes hagan mejor uso de los medicaemntos. *Inf Ter Sist Nac Salud* 1991;15:92-95.

168.- *Howland JS, Baker MG, Poe T.* Does patient education cause side effects?. A controlled trial. *J Fam Pract* 1990;31(1):62-64.

169.- *Enlund H, Vainio K, Wallenius S, Poston JW.* Adverse drug effects and the need for drug information. *Med Care* 1991;29(6):558-64.

170.- *Pullar T, Birtwell AJ, Wiles PG, Hay A, Feely MP.* Use of a pharmacologic indicator to compare compliance with tablets prescribed to be taken once, twice, or three times daily. *Clin Pharmacol Ther* 1988;44:540-5.

171.- *Taggart AJ, Johnston GD, McDevitt DG.* Does the frequency of daily dosage influence compliance with digoxin therapy?. *Br J Clin Pharmac* 1981;1:31-34.

172.- *Reunión de la O.M.S. sobre información de medicamentos.*
Inf Ter Sist Nac Salud 1990;14(11):312-315.

173.- *Nordic Council on Medicine Guidelines for Clasification.*
Part III NLN. Publicación nº 16. Upsala.1985.

174.- *Segundo informe técnico del comité de expertos de la O.M.S. nº 722. Uso de medicamentos esenciales.* Inf Ter Seg Soc.1985;9(11).

175.- *Ellenhorn MJ, Barceloux DG. Medical Toxicology. Diagnosis and treatment of human poisoning.* Elsevier, Nueva York, 1988.

176.- *Stephens MDB. The detection of new adverse drug reactions.* 2ª ed., Stockton Press, Londres, 1988.

177.- *Dukes MNG. Meyler's side effects of drugs.* 11ª ed., Elsevier, Amsterdam, 1988.

178.- *Compendio de interacciones adversas a medicamentos.* The medical letter on drugs an therapeutic. J.R.Prous, Barcelona.1989.

179.- *Hevia A, Coronel C, López-Valpuesta FJ, Argüelles F, Cruz M.* Análisis de la dispensación de medicamentos pediátricos en

Sevilla. Rev Farmcol Clin Exp (en revisión editorial).1991.

180.- *Gilman AG, Rall WT, Nies AS, Taylos P: Goodman and Gilman's. The pharmacological basis of therapeutics (8ª ed.). Pergamon Press, New York. 1990.*

181.- *Florez J, Armijo JA, Mediavilla A. Farmacología Humana. Enusa, Pamplona. 1987.*

182.- *Castleden CM, Pickles H. Suspected adverse drug reactions in elderly patients reported to the Committee on safety of Medicines. Br J Clin Pharmacol. 1988;26:347-353.*

183.- *Castillo JR, Romero M, Serrano JS. La terapéutica farmacológica en geriatría. J R Prous, Barcelona.1988.*

184.- *Cuttler NR, Narang PK. Drug studies in ther elderly. Plenom Publishing Corp. Nueva Yirk. 1986.*

185.- *Davis M, Tredger JM, Willians R. Drug reactions and the liver. Pittman Medical. Londres.1981.*

186.- *Duran JA, Suárez E, Serrano JS, Miñano J. Prescripción de medicamentos en la gestación. Farmacoterapia.1984;7:429-434.*

187.- *Folb PI, Graham-Dukes MN.* Drug safety in pregnancy. Elsevier, Amsterdam.1990.

188.- *Powell SH, Stempien MJ, Vogenberg FR.* Hospital-based training for pharmaceutical manufactures' representatives. Am J Hosp Pharm. 1984;41:70-74.

