

# Evaluación de las características del comportamiento de la prescripción de medicamentos en la Institución Prestadora de Salud de la Universidad de Antioquia<sup>1</sup>

FLOR ÁNGELA TOBÓN M.

**S**E REALIZÓ UNA INVESTIGACIÓN EXPLORADORA, considerando algunas variables como posibles factores de riesgo para una prescripción no óptima de los medicamentos entre los prescriptores y usuarios de la Institución Prestadora de Salud de la Universidad de Antioquia para dar una visión global de la situación de este problema de salud pública y obtener datos parciales que sean objeto de futuras investigaciones cuantitativas-analíticas de actualización y reflexión sobre Farmacoepidemiología, con el propósito de motivar cambios de actitud en el uso de los fármacos cuando sean realmente necesarios. El objetivo fue describir las características de la calidad de la prescripción según las expectativas del paciente y el modelo de comportamiento del prescriptor. Los resultados señalaron que no hubo diferencias significativas entre las respuestas de los médicos y los odontólogos. Estos profesionales prescriben teniendo en cuenta las expectativas del paciente y en menor proporción su interés personal. Además, parece que le dan poca importancia a las reacciones adversas medicamentosas. La comunidad universitaria y los prescriptores conocen los riesgos y desventajas que puede traer el uso inapropiado

.....  
FLOR ÁNGELA TOBÓN M. Química Farmacéutica. Especialista en Atención Farmacéutica. MSc-Farmacología. Profesora asociada del área Farmacológica, Facultad de Química Farmacéutica, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.  
E-mail: [jvm@epm.net.co](mailto:jvm@epm.net.co)

de medicamentos. Sin embargo, los utilizan en varias ocasiones indiscriminadamente, sin una justificación riesgo/beneficio real.

## PALABRAS CLAVE

EVALUACIÓN

PRESCRIPCIÓN

MEDICAMENTOS

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

## INTRODUCCIÓN

Los **MEDICAMENTOS (MX)** por sus características técnico-científicas particulares tienen una función terapéutica, social, cultural y económica. Son elementos esenciales de salud que surgieron como respuesta a los problemas de ésta y que pueden comportarse como factores protectores o de riesgo, en el complejo salud-enfermedad, hasta convertirse en un problema de salud pública.

La prescripción de mx se constituye en un instrumento explorador de un problema (causa) perturbador del sistema de suministros del servicio de atención en salud, el cual se asocia con un efecto (respuesta) sobre el sistema de la Institución Prestadora de Salud (IPS). La prescripción óptima es un instrumento de mejoramiento y gestión de la calidad total —factor protector de la salud y que disminuye los costos— en el Servicio de Atención en Salud de la Universidad de Antioquia (U de A). El problema real postulado del comportamiento de la prescripción está profundamente influenciado por las condiciones socioculturales, tanto del prescriptor como del usuario y sus características multifac-

toriales internas y del entorno que inciden en el modo como son prescritos o usados. Ello contribuye a los riesgos farmacológico-clínicos inherentes a los mx, según las características de cada persona (1). La necesidad de explorar este campo es evidente cuando se observa la controversia sobre cuándo y cómo administrar o suspender un mx con base en la necesidad real del paciente. La mayoría de los profesionales sanitarios de nuestro medio manejan los fármacos con un criterio puntual y en ocasiones no específico.

### Los medicamentos como factor de riesgo

**EL ENFOQUE DE RIESGO EPIDEMIOLÓGICO** es variable por múltiples factores interrelacionados dinámicamente. Puede cambiar de un grupo a otro y de un individuo a otro, modificando la probabilidad de que aparezca o no la alteración. El riesgo tóxico puede producir emergencias médicas en forma accidental, intencional —sobredosis— o idiosincrásica. En el ámbito mundial son muchas las catástrofes terapéuticas ocasionadas por los mx, debido a falta de estudios rigurosos y controlados sobre su eficacia y seguridad en cada contexto. Entre las más relevantes están las originadas por las sulfamidas, las penicilinas, la talidomida y el dietilestilbestrol (1). Se utilizan con poco control, según la cultura son un elemento muy familiar de la práctica clínica y de la automedicación para tratar síntomas sin justificación real. Son objeto de presiones de la industria farmacéutica como herramienta terapéutica, mediante despliegues publicitarios no controlados, y por la comunidad sin tener en cuenta que la prescripción o el uso de un fármaco es algo más complejo que ingerir un mx (2). La mayoría de los profesionales de la salud tienen una formación deficiente acerca de los determinantes sociales y ambientales de las enfermedades y de las características individuales del paciente para articular ese conocimiento con la farmacocinética y la farmaco-

dinamia de los mxs el contexto de los servicios de atención en salud (3).

### Los medicamentos como factor protector

**PARA QUE LA PRESCRIPCIÓN Y EL USO CORRECTO DE LOS MX** cumplan su función terapéutica y social con el menor riesgo posible para el paciente se recomienda tener en cuenta aspectos científico-técnicos tales como: ellos son un bien que hace parte integral de los servicios de atención en salud y no un bien de consumo, por lo cual se requiere el apoyo de un comité farmacoterapéutico que determine: ¿Cuántos y cuáles mx esenciales genéricos son realmente necesarios, en qué dosis y con cuáles indicaciones? ¿Cuáles son la responsabilidad y el compromiso de la institución de salud y su actitud y aptitud frente al desarrollo de las políticas farmacéuticas según los delineamientos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS)? ¿Cómo se enseñan la Farmacología básica, la Farmacología clínica y la Farmacoterapia, y si se enseñan con unificación en el interior del país y entre países? (4). La globalización de estudios farmacoepidemiológicos y la verificación experimental aleatorizada y controlada de estudios con significación estadística sobre prescripción, teniendo en cuenta el Riesgo/Beneficio (R/B), el Riesgo/Costo (R/C), el Costo/Efectividad (C/E) y el Costo/Utilidad (C/U) en un contexto específico y la reglamentación de normas para el registro de mx, las cuales a su vez repercuten en los índices anteriores. La prescripción debe ser acordada con el paciente para que él se comprometa a seguir las indicaciones a la hora precisa, en la cantidad correcta y así evitar responsabilidades civiles o penales (5,6).

### Características de una prescripción incorrecta

**EN GENERAL, EL RESULTADO FINAL DE LA PRESCRIPCIÓN** es el reflejo de las actitudes y expectativas del

prescriptor en relación con la evolución de la enfermedad, la recuperación de la salud y el papel que los mx puedan tener en el tratamiento para satisfacer en forma oportuna las necesidades del paciente. En la mayoría de los casos, los fármacos se utilizan con base en la experiencia clínica o en la información del laboratorio farmacéutico. En Colombia, el conocimiento científico sobre la prescripción es deficiente y no se tiene suficiente conciencia sobre las siguientes reflexiones: ¿Qué conocimiento farmacoepidemiológico tienen los médicos sobre los principios activos de los mx que prescriben y los farmacéuticos al dispensarlos?, ¿Cuáles son las conductas de los pacientes al utilizar los mx? ¿Qué se prescribe, cómo y para qué? ¿Cuáles son los factores condicionantes que influyen la prescripción y el uso de los fármacos? ¿Qué variables tienen en cuenta los prescriptores al prescribir? ¿Son correctas en la mayoría de los casos las indicaciones que dan los prescriptores o los vendedores de las farmacias a los pacientes? ¿Cuáles son las actitudes de la comunidad ante la observación de la indicación? Faltan control y evaluación crítico-constructivos del comportamiento del prescriptor al recetar, por lo que a veces no se diferencia entre la eficacia de un mx o sea su uso en condiciones ideales, y la efectividad real del mismo (los efectos sobre una población definida) y en ocasiones se prescriben mx a pesar de las evidencias de estudios farmacoepidemiológicos, que no los muestran como elemento fundamental en el mejoramiento de la salud y la calidad de vida de la comunidad. Una prueba de esto es la utilización incorrecta e innecesaria de antibióticos en enfermedades virales o en cualquier tipo de fiebre sin manifestación de infección bacteriana, lo que da lugar a un incremento en la resistencia de las bacterias patógenas a dichos mx, con consecuencias graves para los pacientes (7). Según un estudio de Naranjo y Busto (8) en España se mostró que la prescripción de cloranfenicol por vía oral no tiene relación con la morbilidad por fiebre tifoidea, indicando que dicho

uso es arriesgado e incorrecto. Los tocolíticos (uteroinhibidores) como los estimulantes beta adrenérgicos (terbutalina, salbutamol, fenosterol) y los inhibidores de la síntesis y la liberación de las prostaglandinas (indometacina, aspirina), se usan frecuentemente en mujeres con contracciones prematuras sin evidencia de parto inminente, tanto en el ámbito hospitalario como ambulatoriamente, sin la certeza de que el tratamiento sea beneficioso, pero sí están relacionados con efectos farmacológicos no deseados que pueden comprometer la vitalidad fetal o la vida de la madre (9). La lincomicina debe reservarse para el tratamiento de infecciones específicas; en nuestro medio, a pesar de que fue eliminada del Formulario Nacional es común utilizarla para la profilaxis o el tratamiento de virosis o infecciones menores del tracto respiratorio alto. Pero no existen estudios clínicos controlados que demuestren esta irracionalidad. Se prescriben mx innovadores por el deseo de prestigio o de justificar la consulta, aunque no estén indicados clínicamente. Se usa la prescripción como mecanismo para terminar la consulta cuando se debe atender un gran número de pacientes. Los prescriptores tratan de cubrir con mx todos los posibles diagnósticos, cuando existe incertidumbre respecto al correcto. Hay tendencia a prescribir con base en la limitada experiencia personal sin tener en cuenta las evidencias científicas y los estudios farmacoepidemiológicos controlados con significancia estadística en nuestro medio (10).

El objetivo general de esta investigación fue analizar las características de la prescripción en la Institución Prestadora de Salud (IPS) adaptada de la U de A en 1998. Ésta y otras investigaciones que se puedan derivar de ella son de interés para el desarrollo del conocimiento de la Farmacoepidemiología y la Farmacología social, instrumentos propios de la Sociología y la Socioeconomía, para contribuir a formular estrategias que permitan un cambio positivo de actitud frente al no uso de fármacos

como primera opción, hasta donde sea posible, e incentivar alternativas terapéuticas menos tóxicas y la utilización sana de los mx para restaurar la salud.

## MATERIALES Y MÉTODOS

### Tipo de estudio

**EXPLORATORIO Y DESCRIPTIVO DE CORTE TRANSVERSAL.** La población de estudio la constituyeron 19.158 personas vinculadas en 1998 a la U de A divididas en prescriptores en su totalidad y usuarios. Los primeros fueron 21 médicos y 19 odontólogos.

El tamaño muestral de 3.299 usuarios de la IPS se seleccionó según la importancia de los resultados del tratamiento, las normas y la experiencia. Se emplearon las Tablas para estadísticos (11) con una confiabilidad del 95%, un error del 3% y una probabilidad  $p = 0.05$ . La muestra se distribuyó en forma proporcional en tres estratos porque se sospecha que puede haber grandes diferencias en algunas de las variables individuales de las personas en estudio. La afijación proporcional de la muestra total ( $n$ ) se calculó de acuerdo con la fórmula  $n_h = n N_h / N$ , donde ( $n_h$ ) es el tamaño de la muestra en el estrato ( $h$ ), ( $N_h$ ) es el tamaño del estrato  $h$  y ( $N$ ) es el tamaño poblacional de usuarios (véase tabla N° 1). La información recolectada sobre el conocimiento, las actitudes y las prácticas del uso de mx cumplió con las consideraciones éticas y legales; se obtuvo por entrevista personal en forma directa, aleatoria, anónima y voluntaria. Se protegió la confidencialidad de la información y se controlaron los sesgos de la misma mediante una inducción previa a los encuestadores para estandarizar los criterios de recolección de la información y una prueba piloto para perfeccionar el instructivo de las encuestas. Los datos obtenidos se procesaron en el programa Epi-Info.

**Tabla N° 1  
TAMAÑO MUESTRAL  
DE LOS USUARIOS POR ESTRATO**

ESTRATO (h)	(N <sub>h</sub> )	n <sub>h</sub>
Docentes	1.632	88
No docentes	1.500	81
Trabajadores oficiales	167	30
<b>Totales</b>	<b>N=3.299</b>	<b>N=199</b>

## RESULTADOS

EN EL MOMENTO DEL ESTUDIO LA IPS tenía vinculados al servicio de atención en salud 40 prescriptores, de los cuales 21 (52.5%) eran médicos (18 son de tiempo completo). Los odontólogos son 19 (47.5%) 12 de ellos de tiempo completo. La población potencial de consultantes es de 24.000 personas, aproximadamente. La relación prescriptor/usuario es de 1/600, lo que permite pensar que existe una deficiencia en la cobertura del servicio de atención en salud de la U de A, lo que concuerda con la insatisfacción que manifiestan algunos usuarios en ciertas ocasiones. Veinte de los 21 médicos y 16 de

los 19 odontólogos expresaron que tienen en cuenta las expectativas del paciente en la selección de un mx. En forma global 36 de los 40 (90.0%) las tienen en cuenta, uno no las tiene en cuenta (2.5%) y 3 (7.5%) a veces las tienen en cuenta.

El 81.0% de los médicos (17/21) y el 63.2% de los odontólogos (12/19) manifestaron que los laboratorios ejercen presión sobre ellos en la selección de los mx. Cinco odontólogos (26.3%) y un médico (4.8%) respondieron que raras veces los laboratorios ejercen presión sobre ellos.

El 42.9% de los médicos (9/21) expresaron que seleccionan un mx teniendo en cuenta la indicación terapéutica del mismo, mientras que el 47.6% (10/21) tienen en cuenta su propio interés. Los respectivos porcentajes para los odontólogos fueron 36.8% y 52.6%.

El 95.0% de los prescriptores (38/40) tienen en cuenta los aspectos bioquímico-fisiológicos para prescribir; uno tiene en cuenta la función social y el restante, el costo.

Las variables que influyen en los prescriptores para seleccionar un mx se muestran en la tabla N° 2.

**Tabla N° 2  
PORCENTAJE DE PRESCRIPTORES Y VARIABLES QUE TIENEN  
EN CUENTA PARA LA SELECCIÓN DE UN MEDICAMENTO**

VARIABLE EXPERIENCIA	EFICACIA	RAM*	PRESCRIPTOR PERSONAL	COSTO	NORMA PROFESIONAL
Médico	100	76.2	76.2	71.4	57.1
Odontólogo	100	47.4	52.6	57.9	31.6

\* RAM = reacción adversa medicamentosa

Los médicos consideraron que los factores más influyentes en la prescripción de un fármaco son el

costo (23.8%), el estado general del paciente (19.0%) y la eficacia (14.0%). Para los odontólogos, los factores

más importantes fueron la eficacia (31.6%) y el estado general (26.3%). Los médicos, en un 90.5%, manifestaron tener conocimientos técnico-científicos de los mx que prescriben, mientras que entre los odontólogos, este porcentaje fue del 73.7%.

La proporción de prescriptores y la importancia que le vieron a cada una de las estrategias recomendadas por las organizaciones de salud para mejorar la prescripción, se resumen en la tabla N° 3.

**Tabla N° 3**  
**CONOCIMIENTO SOBRE PAUTAS Y NORMAS PARA UNA PRESCRIPCIÓN ADECUADA**

PRESCRIPTOR	PAUTA	PRESCRIPCIÓN ADECUADA %	NORMAS DEL MANUAL FTP*	AMBAS %	NINGUNA %
Médico		38.1	14.3	42.9	4.8
Odontólogo		42.1	26.3	31.6	0.0

FTP = Farmacoterapéutico

Las principales fuentes de información que los prescriptores señalaron para su educación y

actualización continuada sobre mx se indican en la tabla N° 4.

**Tabla N° 4**  
**PRESCRIPTORES Y FUENTES DE INFORMACIÓN PARA ACTUALIZARSE**

PRESCRIPTOR	FUENTE	VISITADOR MD %	VADEMÉCUM %	REVISTAS %	OTRAS* %
Médico		28.6	14.3	4.8	52.3
Odontólogo		42.1	26.3	0.0	31.6

\* Cursos, simposios, boletines

El 87.5% de los médicos (18/21) y el 78.9% de los odontólogos (15/19) tienen ilustración sobre la importancia y necesidad de seguir las políticas farmacéuticas que sugieren la OMS y la OPS.

La tabla N° 5 registra la proporción de prescriptores que formulan los mx con nombres comerciales, genéricos o en ambas denominaciones; las razones para ello se presentan en la tabla N° 6.

**Tabla N° 5**  
**DENOMINACIÓN DEL MEDICAMENTO UTILIZADA POR LOS PRESCRIPTORES**

PRESCRIPTOR	TIPO	GENÉRICOS %	COMERCIAL %	AMBOS %
Médicos		66.7	9.5	23.8
Odontólogos		63.2	21.1	15.0

**Tabla N° 6**  
**PORCENTAJE DE PRESCRIPTORES Y SU RAZÓN PARA**  
**PRESCRIBIR SEGÚN EL TIPO DE DENOMINACIÓN DEL MX**

DENOMINACIÓN Razón	GENÉRICO			COMERCIAL				AMBAS		
	1	2	3	1	2	3	4	1	2	3
Prescriptor										
Médico	5	20	10	0	0	2.5	5	0	5	5
Odontólogo	12.5	15	2.5	2.5	2.5	0	2.5	5	0	5

**Genéricos:** 1: fácil adquisición. 2: la ley 100 lo exige. 3: lo exige la institución.

**Comercial:** 1: fácil identificación. 2: prestigio del laboratorio. 3: existen genéricos de mala calidad. 4: mejor biodisponibilidad.

**Ambas:** 1: les ha dado resultado clínico la combinación de un principio activo en genérico con uno en comercial. 2: la institución no exige la prescripción en genérico para los estudiantes. 3: les da igual recetar en una forma u otra.

Un 73% de los usuarios manifestó haber recibido información sobre cómo seguir y cumplir el tratamiento prescrito; un 7% la había recibido a veces; el 10% no la había recibido y el restante 10% no respondió la pregunta.

El 56% de los pacientes cumplen el tratamiento indicado; el 27% sólo lo cumplen a veces y el 17% nunca lo cumplen.

## DISCUSIÓN

LOS RESULTADOS DEL COMPORTAMIENTO de los prescriptores concuerdan con investigaciones sobre modelos de comportamiento en la prescripción tradicional, la cual puede variar según las características del médico: los principales factores para seleccionar una prescripción son la experiencia personal acumulada, la importancia de los resultados del tratamiento y las normas. Éstas riñen con las consideraciones científicas, por lo que este modelo tradicional debe ser mejorado en los siguientes aspectos actitudinales (13): la normatización, la

prescripción individualizada y las condiciones óptimas del servicio de atención en salud. La prescripción se da en un 60% en una consulta general, en la cual se pueden recetar uno o más mx sin la certeza de un diagnóstico (14). Los prescriptores y los usuarios deben tomar conciencia de la importancia de reducir los gastos de salud en lo relacionado con mx e insumos médico-quirúrgicos innecesarios (15). La prescripción, también se basa en el llamado valor de expectativa, el cual muestra una confiabilidad de predicción en la selección del mx correcto en el 70%-90% de los casos. La certeza de dicha predicción y el papel de los mx seleccionados deben ser analizados individualmente (16). Sin embargo, la consideración de los valores y las normas para tener seguridad en la selección de un fármaco no es clara, ya que algunos estudios han sido valiosos y otros no. Los prescriptores deben ser conscientes de analizar los pros y los contras a la hora de prescribir. La presión que ejerce el paciente sobre el prescriptor, por su cultura, conducente a que se le recete para cada síntoma, hace que comúnmente el prescriptor escoja el camino de menor resistencia. Los pacientes no

siempre tienen los elementos de juicio necesarios para evaluar científicamente un tratamiento o mx seleccionado por el prescriptor. Una posible explicación de los resultados anteriores es la predisposición del prescriptor a evitar la insatisfacción del paciente, lo que conduce a recetar fármacos sin considerar la relación riesgo-beneficio (R/B). Este comportamiento parece eximirlo de su responsabilidad legal de dar educación al paciente sobre su enfermedad, ya que los mx son apenas una opción y hay otras posibles, no farmacológicas, para alcanzar la salud (1,3). Este comportamiento no es el óptimo; aunque es importante la participación del usuario en la selección del mx para su tratamiento, lo es más tener en cuenta un diagnóstico preciso, la eficacia, seguridad, calidad y costo del mx seleccionado frente a un diagnóstico específico.

Nuestros resultados permiten inferir que las estrategias de mercadeo de los laboratorios farmacéuticos influyen en los prescriptores para que formulen sus productos; dichas estrategias son reconocidas por las organizaciones mundiales de la salud como medios publicitarios que destacan los beneficios del fármaco y minimizan sus reacciones y las interacciones adversas que pueden causar daños a la salud. A pesar de investigaciones que confirman los posibles riesgos de los mx, se los sigue prescribiendo sin sopesar dichos riesgos. Además, a través de la historia, en muchos casos los medicamentos no han logrado prolongar la vida ni mejorar la salud. Lo anterior amerita diseñar estrategias que mejoren la cultura del prescriptor en los fundamentos farmacoepidemiológicos esenciales y para que tenga en cuenta las pautas de una prescripción óptima según la OMS, la OPS y el ministerio de salud (MS) en el momento de seleccionar un mx. Según nuestros hallazgos, en el 40% de los prescriptores prima su propio interés en el momento de seleccionar un mx. Según estudios

reportados por Dening (17,18) el interés personal en el momento de seleccionar un mx no es un comportamiento óptimo ni objetivo, porque no tiene en cuenta las necesidades clínicas reales del paciente, lo que puede generar incertidumbre del tratamiento, afectando el mejoramiento de la situación clínica, y aumentar el costo del servicio de atención en salud.

El modelo de comportamiento de prescripción que predominó fue el bioquímico-fisiológico (95%). Es de anotar que los prescriptores de la IPS no tienen en cuenta el comportamiento político al prescribir. Esta información indica una tendencia a la buena prescripción; sin embargo, el 9.5% de los médicos no siguen este modelo de prescripción que sería el óptimo. El factor que más tienen en cuenta los prescriptores es el costo, criterio que puede obedecer a la situación económica crítica actual del país; no obstante, es importante tomar conciencia de que al prescribir un mx son relevantes, además del costo, la necesidad clínica del paciente, la seguridad, la eficacia y la calidad del mx, para lo cual es importante sopesar el C/E y el C/U en términos de dosis y frecuencia del mismo. Un porcentaje relativamente alto de los prescriptores de la IPS, 23.8% de los médicos y 52.6% de los odontólogos, no tienen en cuenta las RAM en la selección de los mx. La literatura reporta que éstos pueden ser iatrogénicos; por tanto, este comportamiento de los prescriptores podría aumentar los eventos adversos para el usuario.

En conjunto, el 82.5% de los prescriptores expresaron que tienen un conocimiento científico claro sobre los principios activos de los mx que formulan; el total de los prescriptores deberían tener un adecuado conocimiento técnico-científico al respecto para poder hacer una formulación correcta. Sólo el 4.8% de los médicos carecen de información sobre las pautas para una prescripción adecuada. El porcentaje de prescriptores que conocen las normas



del manual Farmacoterapéutico (FTP) es relativamente bajo. Estos datos evidencian que un porcentaje importante, alrededor del 18%, no tiene la ilustración suficiente sobre los delineamientos de salud nacionales e internacionales, por lo que sería conveniente iniciar intervenciones educativas y divulgar entre los prescriptores un conocimiento profundo, analítico y amplio sobre dichas políticas, las cuales recomiendan a las IPS contar con herramientas de trabajo diario como protocolos de tratamiento, de acuerdo con las enfermedades de mayor prevalencia, disponer del manual FTP y prescribir todos los mx esenciales en genérico, con el fin de optimizar y mejorar la prescripción. El servicio de atención en salud de la U de A sigue parcialmente dichas políticas. Cuenta con un Formulario terapéutico que sólo incluye los fármacos que usa la institución, pero lo confunden con el manual FTP que debe registrar una información científica precisa sobre los aspectos farmacocinéticos, farmacodinámicos y biofarmacéuticos de los mx más utilizados, según el perfil epidemiológico, con el apoyo del comité FTP. De igual manera, sugieren que el prescriptor debe educarse, actualizarse y tomar conciencia sobre el conocimiento profundo de los mx e insumos médicoquirúrgicos de fuentes que tengan el adecuado respaldo de credibilidad y confianza objetiva en beneficio del paciente. La información que debe considerarse como precisa, actualizada y oportuna es la obtenida con base en estudios farmacoepidemiológicos estadísticamente significativos. Por tanto, no es óptimo que un profesional de la salud considere como única información objetiva y confiable la proporcionada por la literatura comercial (vademécum y visitador médico); ésta puede estar sesgada por las conveniencias comerciales del laboratorio productor del fármaco.

Según las políticas de la OMS, la OPS y el MS, lo óptimo para prescribir es la denominación del

principio activo en genéricos, porque ello reduce el número de productos comerciales, evitando así la proliferación de mx con el mismo principio activo producidos por diferentes laboratorios farmacéuticos, los cuales en ocasiones pueden ser dudosos en cuanto a eficacia, seguridad y biodisponibilidad. La proliferación de mx con el mismo principio activo pero con distinto nombre comercial da lugar a diferencias significativas en el costo del fármaco dentro de un país y entre países. Llama la atención que 33% de los médicos y 37% de los odontólogos no cumplen con la norma establecida. Las razones por las cuales se prescriben los mx en genérico o en otra denominación, en orden descendente, son: la ley 100 lo exige, son fáciles de adquirir y la institución lo exige. Una posible explicación para seguir estas pautas no definidas por las organizaciones de salud, es que el prescriptor no se apropia de la importancia de prescribir en genérico y cree que estos fármacos son sinónimo de mala calidad. Para evitar esto se sugiere considerar los estudios de eficacia y seguridad de los genéricos para racionalizar costos y disminuir la proliferación de mx con el mismo principio activo, reduciendo la posibilidad de riesgo asociado con los fármacos.

En este estudio no hubo diferencias significativas entre las respuestas de los médicos y las de los odontólogos, lo que da lugar a pensar que el conocimiento general sobre mx de estos dos grupos de profesionales es similar. Se aclara que no se discriminó el volumen de prescripción y que la gama de grupos farmacológicos que prescribe el médico es mucho mayor que la manejada por el odontólogo, lo que amerita la validación de estos resultados en otro estudio. Se detectó cierta contradicción en lo que manifestaron los prescriptores al afirmar que los laboratorios farmacéuticos ejercen presión sobre ellos en la selección de un mx pero que al prescribir siguen el modelo de comportamiento bioquímico-biológico. El hecho de tener en cuenta aspectos

bioquímicos y biológicos del paciente excluye de alguna manera la presión del laboratorio. En cierto porcentaje de prescriptores se observó el uso inapropiado de mx, a pesar de conocer las implicaciones, los riesgos y las posibles desventajas de este comportamiento.

Los resultados evidencian que no se establece una comunicación eficiente, efectiva y satisfactoria entre el prescriptor y el paciente. Ello influye en que no se dé una adherencia efectiva del paciente al tratamiento. El prescriptor debe dar información adecuada y oportuna acerca de los mx prescritos cumpliendo con la responsabilidad jurídica de comunicar al paciente en la consulta las indicaciones terapéuticas e informarle sobre las posibles implicaciones y consecuencias biofarmacéuticas, farmacocinéticas y farmacodinámicas del medicamento. Luego solicitarle su consentimiento y comprensión para prescribirle. Además, el prescriptor debe estar actualizado para discutir con el usuario los detalles del costo del tratamiento, porque éste puede influenciar la elección del mismo por el paciente (19). Las diferencias reales o percibidas en la comunicación efectiva entre el prescriptor y el paciente están relacionadas con la educación respectiva, el conocimiento, la posición social, el sexo, las ideas derivadas de la diversidad cultural y las diferencias individuales acerca del poder, la autonomía, el respeto y el acatamiento. Los médicos como los pacientes asumen una actitud pasiva frente a una determinación farmacoterapéutica, con lo que generan pacientes insatisfechos e influyen en la calidad de la información requerida, bien comunicada y entendida en las diferentes consultas.

Un porcentaje importante de pacientes no cumplen el tratamiento, quizás porque desconocen o no le dan importancia a su responsabilidad y compromiso con su salud. Esto amerita emprender acciones de motivación y sensibilización sobre la necesidad del

autocuidado para mejorar el bienestar físico y mental, lo que contribuye al desarrollo integral (19).

Para alcanzar estos objetivos se requiere un programa educativo permanente a los prescriptores sobre pautas de cómo mejorar la prescripción y en el que el Químico Farmacéutico puede desempeñar un papel relevante de apoyo y acompañamiento.

## SUMMARY

### ASSESSMENT OF THE BEHAVIOR CHARACTERISTICS OF MEDICAMENT PRESCRIPTION AT THE HEALTH CARE INSTITUTION, UNIVERSITY OF ANTIOQUIA, MEDELLÍN-COLOMBIA

**AN EXPLORATORY RESEARCH WAS CARRIED OUT**, taking into account some variables as possible risk factors contributing to a non-optimum medicament prescription among prescriptors and users at the Health Care Institution of the University of Antioquia, Medellín, Colombia, in order to give a global vision of the situation of this public health problem and to obtain information that may be the subject of future quantitative-analytical research concerning Pharmacoepidemiology. The objective was to describe the characteristics of prescription according to patients' expectations and prescriptors' behavior. Our results indicate that there were no significant differences between the answers of physicians and dentists. Both groups prescribe by taking into account patients' expectations and to a lesser extent their personal interest; they seem to pay little attention to adverse medicine reactions. The university community and prescriptors know the risks and disadvantages involved in the inappropriate use of medicaments; however, they use them indiscriminately in some situations, without a real justification.

## BIBLIOGRAFÍA

1. ARNAU J, LAPORTE J. Promoción del uso racional de los medicamentos y preparación de guías farmacológicas. En: Laporte J, Tognoni G, eds. Principios de Epidemiología del Medicamento, 2ª ed. Barcelona: Editorial Masson-Salvat medicina; 1993: 49-66.
2. LAPORTE J, CAPELLA D. Mecanismos de producción y diagnóstico de los efectos indeseables producidos por medicamentos. En: Laporte J, Tognoni G, eds. Principios de Epidemiología del Medicamento, 2ª ed. Barcelona: Editorial Masson-Salvat medicina; 1993: 95-109.
3. CHETLEY A. Health Action International (HAI-EUROPA). Acción Internacional por la Salud. América Latina y El Caribe, editores. Medicamentos Problema, 2ª edición, Perú: Editorial Oficina de Coordinación de AIS LAC. Acción para la Salud, 1995.
4. MCHARNEY C. More than just a pill... The magazine of the World Health Organization 1994; 5: 8-9.
5. Organización Mundial de la Salud. Prescripción Apropiable: habilidades para toda la vida. Boletín de Medicamentos Esenciales 1995; 20: 1-2.
6. MARLEY J. Cost-effectiveness: the need to know. Australian Prescriber 1996; 19: 58-59.
7. GONZÁLEZ G, ACOSTA J, eds. Remedios Políticos para los Medicamentos, 1ª ed, Buenos Aires: Editorial Isalud; 1994.
8. SPILKER B, REVICKI DA. Taxonomy of quality of life. En: Spilker B. Quality of Life and Pharmacoeconomics in clinical trials. 2ª ed. Lippincott-Raven Publishers, Philadelphia 1996; 25-31.
9. WILLIAM J. Tocolíticos recetados excesiva/mente para dolores de parto prematuros. El Hospital 1998; 54: 60-61.
10. SPINAK E. Los análisis cuantitativos de la literatura científica y su validez para juzgar la producción latinoamericana. Bol Of San Panam 1996; 120: 139-147.
11. RAMÍREZ H, MEJÍA W, ROJAS E. Elementos de Inferencia Estadística, Muestreo, Distribuciones y Pruebas. En: Flórez J, Mazuera M, eds. Curso Modular de Epidemiología, 2ª ed. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia; Facultad Nacional de Salud Pública "Hector Abad Gómez"; 1994: 178-203.
12. KISH L. Muestreo de Encuestas. Estadística, 1ª ed. en español, México: Editorial Trillas; 1972: 23-178.
13. D'ALESIO R. Los medicamentos en los Sistemas Locales de Salud. OPS 1990; 519: 533-560.
14. National Council on Patient Information and Education. Medical Practice Communicator OMS 1997; 4: 1-8.
15. Organización Mundial de La Salud. "Hablando de Tratamientos Farmacológicos, ¿Quién debe decir qué a quién?" Segundo Simposio de Drogas y Terapéutica. Bull OMS 1995; 2: 5-8.
16. Conferencia Internacional sobre la mejora del uso de los medicamentos. Organización Mundial de La Salud. Boletín de Medicamentos Esenciales 1997; 23: 6-12.
17. DENING P. How physician choose drugs. Soc Sci Med 1988; 27: 1.381- 1.386.
18. DENING P. Impact of a drug bulletin on the knowledge, perception of drug utility, and prescribing behavior of physicians. DICP. Ann Pharmacother 1990; 24: 87-93.
19. GRAHAM J. What consumers want to know about medicines. Australian Prescriber 1995; 18: 10-12.

