



Información

# Farmacoterapèutica

de la Comunitat Valenciana

nº 10

Publicación de la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios



## Desmedicalizar a la población. Una necesidad urgente

1. Introducción: ¿de qué estamos hablando?
2. El proceso de la medicalización y sus actores
3. ¿Qué se medicaliza?
4. ¿A quién se medicaliza?
5. Consecuencias de la medicalización
6. Requisitos para no medicalizar: principios de la prescripción prudente
7. Habilidades para desmedicalizar
8. Desprescribir
9. Responsabilidad de la administración sanitaria en la desmedicalización
10. Responsabilidad individual médica en la utilización de medicamentos
11. Bibliografía

**Edita:** Generalitat . Conselleria de Sanitat  
© de la presente edición: Generalitat, 2012  
**ISSN:** 1989-5771  
**Título abreviado:** Inf. farmacoter. Comunitat Valencia.  
**Diseño y Maquetación:** Ografic  
**Depósito Legal:**  
**Imprime :**

**Consultas:** <http://www.san.gva.es/cas/prof/dgf/homedgf.html>  
**Comentarios y sugerencias:** [terapeuticafarm-owner@runas.cap.gva.es](mailto:terapeuticafarm-owner@runas.cap.gva.es)  
**Suscripciones:** <http://runas.cap.gva.es/mailman/listinfo/terapeuticafarm>

**Elabora:**  
Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios

**Con la supervisión del Comité de Redacción del Boletín de Farmacoterapéutica, constituido por:**

Alberola Cuñat, Vicent. Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios  
Alós Almiñana, Manuel. Hospital General de Castellón. Servicio de Farmacia Hospitalaria  
Aznar Saliente, Teresa. Hospital Sant Joan d' Alacant. Servicio de Farmacia Hospitalaria  
Broseta Solaz, Rocío. Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios. Oficina GAIA  
Canelles Gamir, José. M<sup>a</sup>. Departamento de Salud Valencia-La Fe. Servicio de Farmacia de Area de Salud  
Clérigues Benlloch, José Eduardo. Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios  
Díaz Mondejar, Rosa. Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios. CAVIME  
Díez Domingo, Javier. Centro Superior de Investigación y Salud Pública  
Domínguez Carabantes, Alberto. Hospital la Fe de Valencia. Servicio de Psiquiatría  
Escolano Puig, Manuel. Dirección General de Investigación y Salud Pública  
Fernández Villalba, Elia María. Servicio Farmacia Sociosanitaria de la Cañada  
Franco Donat, Mercedes. Dir. General de Farmacia y Prod. Sanitarios. Oficina de Formación y Uso Racional del Medicamento  
González Castellano, Patricia. Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios. Oficina Programas Farmacéuticos  
Grau Rubio, M<sup>a</sup> Antonia. Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios. CAVIME  
López Briz, Eduardo. Hospital la Fe de Valencia. Servicio de Farmacia Hospitalaria  
Marco Peiró, Sergio. Farmacéutico Atención Comunitaria  
Mármol López, M<sup>a</sup> Isabel. Departamento de Salud Valencia-La Fe. Dirección de Atención Primaria  
Palop Larrea, Vicente. Departamento de Salud de la Ribera. Subdirector Medico Asistencial Area de Salud  
Pascual de la Torre, Manuel. Dirección General de Ordenación y Asistencia Sanitaria. Oficina de Gestión de Abucasis  
Pastor Navarro, Carmen. Departamento de Salud Valencia-La Fe. Dirección de Atención Primaria  
Pedros Marí, Beatriz. Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios. Oficina Programas Farmacéuticos  
Poquet Jornet, Jaime E. Hospital de Denia. Servicio de Farmacia Hospitalaria  
Quirce Andrés, Fernando. Departamento de Salud de Alicante H.General. Centro Salud Alicante La Florida  
Ruiz Rojo, Elías. Dirección General de Salud Pública  
San Martín Ciges, M<sup>a</sup> Dolores. Departamento de Salud Requena. Servicio de Farmacia de Area de Salud  
Sánchez Navajas, Ana M<sup>a</sup>. Dirección Territorial de Alicante. Inspección de Farmacia  
Sánchez Pérez, Joaquín. Departamento de Salud de la Ribera. Servicio de Farmacia de Area de Salud  
Trillo Mata, José Luis. Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios  
Uso Talamantes, Ruth. Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios. Oficina de Farmacoeconomía  
Zapater Hernández, Pedro. Hospital General de Alicante. Servicio de Farmacología Clínica

# Desmedicalizar a la población. Una necesidad urgente

Folch Marin, B<sup>(1)</sup>; Garcia Llopis, P<sup>(2)</sup>; Murcia Soler, M<sup>(3)</sup>; Palop Larrea, V<sup>(4)</sup>

1. Especialista en Medicina de Familia. Centro de Salud de Sueca. Departamento de Salud de La Ribera.
2. Especialista en Farmacia Hospitalaria. Servicio de Farmacia. Hospital Universitario de La Ribera. Departamento de Salud de La Ribera.
3. Jefe de Suministros. Doctor en Farmacia. Hospital Universitario de La Ribera. Departamento de Salud de La Ribera.
4. Especialista en Medicina de Familia. Subdirector Médico Asistencial Dirección de Salud. Departamento de Salud de La Ribera.

Recibido el 13 de Junio de 2012. Aceptado el 8 de octubre de 2012.

Los autores implicados en la elaboración de este artículo han realizado una declaración explícita de los conflictos de intereses por escrito. No constan conflictos de intereses que puedan influir en su contenido.

## 1. Introducción: ¿de qué estamos hablando?

Al tiempo que la sociedad avanza, creencias y conceptos se redefinen impulsados por las nuevas tecnologías, modas y perspectivas. Este dinamismo afecta a los conceptos de salud y enfermedad, redefinidos a medida que nos hemos ido introduciendo en la sociedad del bienestar, de la productividad y del consumismo. A pesar de que en los países desarrollados se goza de un nivel de salud inigualable en la historia, en la medida en que se amplía el concepto de enfermedad y se medicalizan más procesos, disminuye la percepción de salud en la población. Esta paradoja se asienta en la creación de unas necesidades y expectativas que chocan con los propios límites de la medicina. Necesidades y expectativas que generan mayor demanda hacia el sistema sanitario por parte de la población y mayor intervencionismo por parte de los profesionales sanitarios que tratan de dar respuesta a esta demanda y que se ven impulsadas por los intereses economicistas de la industria farmacéutica. Así, se tiende a pensar que todo encuentro médico-paciente debe culminar con la prescripción de un fármaco o la solicitud de una prueba diagnóstica. Prueba de ello, es el imparable crecimiento anual del gasto farmacéutico, que supuso al Sistema Nacional de Salud (SNS) más de 957,9 millones de recetas y más de 14.000 millones de euros en 2010<sup>(1)</sup>.

España sigue encabezando la lista de países con mayor consumo de fármacos, cuya variabilidad entre áreas geográficas no se justifica por características poblacionales ni de prevalencia. Así, esta nueva concepción del medicamento como bien de consumo no ha significado un avance en la sociedad del bienestar, y más allá de ser la solución, los medicamentos se han convertido en causa de enfermedades y en un verda-

dero problema de salud pública. El estudio APEAS<sup>(2)</sup> muestra una baja frecuencia de efectos adversos en atención primaria tras revisar 96.000 historias clínicas; sin embargo, dada la actividad que genera este nivel asistencial, se traducen en una frecuencia absoluta de efectos adversos considerable que llega a afectar a 7 de cada 100 ciudadanos al año. Estos datos llaman más la atención, si se tiene en cuenta que la mitad de los efectos adversos están relacionados con la medicación y más de una cuarta parte con la comunicación médico-paciente, que un tercio de los casos precisan una atención sanitaria en un nivel superior de atención y cuidados y que el 70% del total de los efectos adversos son evitables. También serían evitables cerca del 30% de las hospitalizaciones por enfermedades no tratadas o tratadas inadecuadamente, por reacciones adversas, interacciones, sobredosis e incumplimiento<sup>(3)</sup>. Por lo tanto, no se trata únicamente de un problema de cantidad, ante la realidad de una sociedad polimedica que afecta al 70% de los ancianos frágiles<sup>(4)</sup>, sino también de un problema de calidad, ya que una de cada cinco prescripciones son inapropiadas<sup>(5)</sup>, siendo esta, una de las causas de efectos adversos prevenibles.

La ley de Murphy de la polimedicación predice que, de los diez medicamentos que se prescriben a un anciano, acabará por tomar los tres o cuatro que son perfectamente inútiles; indicador de que algo no se está haciendo bien. Saber cuándo, cuánto y cómo utilizar los medicamentos no es sólo un acto individual (tener un buen vademécum de bolsillo), sino que atañe a todos los actores que participan en la cadena de la asistencia sanitaria: exige mayor implicación de la administración sanitaria, transparencia de las actividades de la industria farmacéutica, compromiso ético por parte de los profesionales sanitarios, responsabilidad de los ciudadanos y defensa del sentido común ante la medicalización de la población.

Se entiende la medicalización como la conversión en procesos patológicos de situaciones que son y han sido siempre completamente normales y la pretensión de resolver mediante la medicina situaciones que no son médicas sino sociales, profesionales o de las relaciones interpersonales<sup>(6)</sup>. Este proceso de creación de enfermedades, o mejor dicho, de vendedores de enfermedades (*disease mongering*) como acuñó la periodista Lynn Payer, ya fue denunciado décadas antes por pensadores como Ivan Illich o William James y ha sido difundido ampliamente en los últimos años por autores como Ray Moynihan y otros muchos que permanecen en la sombra<sup>(7,8)</sup>. La medicalización incluye una serie de categorías de lo más inverosímil, de la celulitis al malhumor al volante, del embarazo al envejecimiento, del aburrimiento a la resaca<sup>(9)</sup>. A la par que se amplían los límites de la normalidad, nuevos procesos son susceptibles de intervenciones médicas de última generación, de dudosa eficacia y nula

eficiencia, más encaminadas a engrosar el mercado de la industria farmacéutica que a mejorar los resultados en salud de la población. El problema de creer que la medicina lo puede curar todo, del entusiasmo creciente por las pruebas diagnósticas<sup>(10)</sup> y de la prevención sin límites, es que se expone a una gran parte de la sociedad a unos riesgos innecesarios, mientras que la otra parte sufrirá la falta de recursos; y lo que es peor, bajo la ley de cuidados inversos<sup>(11)</sup>. Por bien intencionada que sea cualquier actuación médica, ninguna intervención es inocua, y corre el riesgo de provocar el “efecto de cascada clínica” cuyas consecuencias quizás no se habían tenido en cuenta.

Ante este panorama y la cuestionada sostenibilidad del sistema sanitario, urge velar por la seguridad del paciente y hacer un uso racional de los recursos. Adecuar las intervenciones a la evidencia disponible, prescribir con prudencia y ética y desprescribir, son algunos de los requisitos y habilidades imprescindibles para desmedicalizar a la población.

## 2. El proceso de la medicalización y sus actores

La medicalización se produce de forma gradual mediante una serie de pasos<sup>(12)</sup> (figura 1), en los que participan varios actores<sup>(12,13)</sup>. Aunque los profesionales sanitarios y la industria farmacéutica parecen ser los responsables, sin la colaboración de la sociedad, de los medios de comunicación y de la administración sanitaria la medicalización no alcanzaría la preocupante dimensión actual.

**2.1. La Administración Sanitaria.** Participa en el proceso de medicalización con la instauración de programas de salud inadecuados, sin evidencia demostrada pero de gran aceptación popular y en ocasiones promocionados por la industria farmacéutica con el afán de abrir nuevos mercados, como la financiación de servicios o tratamientos para “no enfermedades” y los programas preventivos<sup>(14)</sup>. Estas prestaciones generan una mayor dependencia del sistema sanitario y contribuyen a la medicalización y a la creación de no enfermedades. Por otra parte, las decisiones acerca de la aprobación de nuevos fármacos no son independientes de las presiones de la industria farmacéutica y, en ocasiones, las agencias reguladoras satisfacen sus intereses a cambio de financiación.

La administración sanitaria peca de una falta de control riguroso de la información que difunde la industria farmacéutica, del cumplimiento de la normativa sobre la declaración de conflicto de intereses, de la visita médica y, en ocasiones, participa en reuniones científicas o programas asistenciales que sirven para promocionar marcas e introducir nuevos fármacos en situaciones que no estaban medicalizadas.

**2.2. La Industria Farmacéutica.** Aunque la industria farmacéutica realiza una importante labor en el campo de la investigación y el desarrollo, también utiliza sus recursos para financiar obsequios, formación médica pre y postgrado, grupos de investigación, encuentros científicos, asociaciones de pacientes y publicidad dirigida a la población, con el objetivo de influir en las opiniones de los demás actores de la medicalización. En realidad, las grandes compañías farmacéuticas sólo invierten alrededor de un 15% de sus ventas en I+D, mientras que la inversión en marketing y administración supone aproximadamente un 35%<sup>(16)</sup>. A lo largo de la historia estas estrategias comerciales han ido más allá e incluso se han publicado datos falsos para la promoción de sus productos en un esfuerzo por ampliar mercados, como es el caso de los coxib<sup>(17)</sup>, de la rosiglitazona<sup>(18)</sup> y del valproato<sup>(19)</sup>.

El llamado Big Pharma, o gran negocio farmacéutico, es una de las industrias más poderosas del mundo. Su papel en la *disease mongering* o la creación de enfermedades es fundamental, ya que posee los medios necesarios para analizar las preocupaciones de la sociedad y de los profesionales, lanzar las campañas publicitarias para “concienciar a la población” del problema que suponen y así, una vez creado el nuevo diagnóstico, ofrecer la solución promocionando su propio fármaco

**2.3. Profesionales Sanitarios.** Los médicos, aunque sometidos a diferentes presiones, juegan un papel clave en la medicalización ya que son los que establecen diagnósticos y tratamientos.

En la atención especializada existe una tendencia a la innovación que lleva a una rápida incorporación de nuevos problemas, tratamientos, intervenciones, tecnología o técnicas analíticas. En este ámbito, las nuevas enfermedades se sobredimensionan y se abre la puerta a la creación de subespecialidades (unidades de consejo genético, de menopausia, de deterioro cognitivo) que provocan una cascada de intervenciones médicas que potencian la medicalización.

En la atención primaria, la presión asistencial y la frecuentación son unos de los principales motivos de la medicalización; el escaso tiempo disponible condiciona la prescripción de fármacos y dificulta conocer en profundidad las necesidades y las demandas del paciente. Este y otros inconvenientes favorecen prácticas poco eficientes como la prescripción de antibióticos en procesos infecciosos víricos de vías respiratorias superiores o el tratamiento farmacológico de problemas sociales. Tampoco contribuyen a una mejor atención la prescripción inducida y la práctica de una medicina defensiva.

Las características de ambos niveles de atención y la descoordinación entre ellos llevan al paciente a un

circuito caótico y en ocasiones redundante, tanto en pruebas como en tratamientos. Una misma patología será abordada de forma diferente según el especialista que la trate, ya que existen pocos documentos de consenso a los que se adscriban varias sociedades científicas. Esta variabilidad se hace más patente al comparar las actuaciones médicas entre zonas geográficas (Atlas de variaciones en la práctica clínica en el SNS. Disponible en: [www.atlasvpm.org/avpm](http://www.atlasvpm.org/avpm)). Pese a las quejas generalizadas de falta de tiempo para atender a los pacientes llama la atención las cientos de horas que se dedican a la atención de la visita médica promocional; la colaboración de la industria farmacéutica en la educación de los médicos les proporciona una información sesgada de la que no es fácil abstraerse, añadiendo un factor de confusión más.

Ya existen organizaciones que rechazan estas técnicas comerciales de los laboratorios, como las plataformas NoGracias y Farmacriticxs, que proponen una serie de medidas para una relación más ética y transparente entre médicos e industria farmacéutica<sup>(20)</sup>.

**2.4. Los Medios de Comunicación.** Los medios difunden información entre la población e influyen en la percepción de nuevas enfermedades y en la idealización de nuevos tratamientos; amplían los límites de enfermedad, sobreestiman prevalencia y gravedad, difunden listas de síntomas, atribuyen propiedades milagrosas a nuevos fármacos y minimizan sus efectos adversos. Estos hechos se potencian por la participación en la difusión de la información de personas de prestigio, profesionales de referencia, políticos y artistas. Aunque en España no está permitida, en otros países como Estados Unidos, también se realiza publicidad directa de los fármacos dirigida al consumidor, lo que incrementa la información acrítica disponible.

En nuestro país la publicidad sobre fármacos y enfermedades puede encontrarse de manera encubierta bajo la forma de publirreportajes, falsas campañas de promoción de la salud o productos supuestamente inofensivos a los que se atribuye una actividad curativa. Otra fuente de información de fácil acceso para el paciente es Internet, lugar donde se entrelazan datos ciertos y falaces y en el que tan sencillo es desinformarse. Es por ello que se está desarrollando el concepto de Salud 2.0, el cual invita al paciente a colaborar en foros, blogs y redes sociales de pacientes que contengan información fiable, por ejemplo, que suscriban el código ético HONcode, y preferentemente moderados por profesionales sanitarios.

En esta línea también existe un periodismo de investigación que alerta sobre algunas prácticas poco éticas de la industria farmacéutica y las estrategias para la invención de enfermedades (ver lecturas recomendadas).

**2.5. La Sociedad.** La sociedad actual ha disminuido

su nivel de tolerancia a la enfermedad y busca soluciones inmediatas en la medicina, en la que tiene puestas unas expectativas ilimitadas. Esta excesiva confianza en la medicina disminuye la capacidad de autocuidados y aumenta el consumo de servicios sanitarios. El mayor acceso de los pacientes a la “información” y el abandono gradual del modelo paternalista hacia una mayor capacidad de decisión individual son conceptos positivos, aunque la falta de rigor de la información proporcionada por los medios de comunicación y la influencia de las campañas de publicidad y *marketing* de la industria farmacéutica, pueden pervertir esta situación. El paciente exige la realización de pruebas y la prescripción de fármacos, ejerciendo una presión sobre el médico que no siempre puede ignorarse y que con frecuencia condiciona actuaciones irracionales. Las asociaciones de pacientes nacen con el espíritu de ofrecer apoyo a los afectados por una enfermedad y defender sus derechos, pero estas iniciativas también son corrompibles por los favoritismos sociales y económicos que les brindan la industria farmacéutica y la administración (ver lecturas recomendadas).

### 3. ¿Qué se medicaliza?

En el año 2002, la revista *British Medical Journal* realizó una encuesta entre sus lectores para identificar no enfermedades y los 20 resultados más populares fueron los siguientes: envejecimiento, trabajo, aburrimiento, bolsas en los ojos, ignorancia, calvicie, pecas, orejas grandes, canas o pelo gris, fealdad, parto, alergia del siglo XXI, *jet lag*, infelicidad, celulitis, resaca, ansiedad por el tamaño del pene, embarazo, cabreo al volante y soledad<sup>(9)</sup>. Aunque puede que la mayoría no consideren enfermedades a estos procesos, en la actualidad existen unidades, tratamientos o intervenciones quirúrgicas para los mismos. Algunos ejemplos interesantes de procesos fisiológicos medicalizados son la calvicie, el malestar social, la disfunción sexual femenina y la timidez. En el caso de la calvicie se observó una correlación directa entre la presentación de un fármaco para el tratamiento de la caída del cabello y el inicio de una campaña mediática financiada por los fabricantes en la que se alertaba de los problemas emocionales, e incluso laborales, ocasionados por esta “enfermedad”. La disfunción sexual femenina apareció con la ampliación de las indicaciones del sildenafil y, con ello, sus ventas; desde entonces, millones de personas han oído hablar de esta “enfermedad”, incluso conocen el tratamiento y lo demandan en sus consultas médicas.

Prácticamente cualquier proceso considerado como un problema o un inconveniente, es susceptible de ser medicalizado. Así, se convierten enfermedades auto-limitadas, procesos banales, síntomas y factores de riesgo, en dianas erróneas de la asistencia sanitaria. Por ejemplo, la instauración de tratamiento antidiabético, hipolipemiante, antiagregante o antihipertensivo

para la prevención primaria de eventos cardiovasculares, o el tratamiento de la osteopenia para evitar fracturas osteoporóticas<sup>(21)</sup>. Procesos que se solucionan con medidas higiénico-dietéticas como la diarrea banal o las infecciones víricas de las vías respiratorias superiores, habitualmente son tratados farmacológicamente. Estos hechos, la instauración de objetivos terapéuticos cada vez más estrictos y programas de cribado para múltiples patologías, introducen a un mayor número de “pacientes” en el sistema sanitario<sup>(10)</sup>. La medicalización de un proceso se convierte en un factor de riesgo para sufrir más medicalización, y aumenta la prescripción de tratamientos para paliar los efectos indeseados de otros fármacos o de terapias “protectoras” frente a estos efectos.

#### 4. ¿A quién se medicaliza?

Cualquier persona es susceptible de ser medicalizada, sin embargo algunos grupos de población corren más riesgos que otros de ser tratados inadecuadamente e innecesariamente, en especial: los niños, los ancianos y las mujeres.

**4.1. Los niños.** A pesar de que la gran mayoría de los niños de los países desarrollados goza de un elevado nivel de salud, en el primer año de vida el 100% de los niños ha recibido más de un medicamento (además de la administración de vitamina K, eritromicina oftálmica y la administración de vacuna de la hepatitis B) y la mayor parte de ellos un antibiótico. Más del 70% de los medicamentos que se prescriben en la infancia son inapropiados e innecesarios; el déficit de información adecuada sobre la eficacia y la seguridad en niños de gran parte de los medicamentos, el uso fuera de las indicaciones aprobadas y el tratamiento para procesos virales autolimitados son las principales causas<sup>(22)</sup>. Los mucolíticos son unos de los fármacos más utilizados en la infancia, a pesar de que no hay evidencia de su utilidad ni son recomendados en las guías de infecciones respiratorias. Más preocupante es la medicalización del fracaso escolar, con una prevalencia en aumento del llamado trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Los efectos de esta nueva enfermedad, que estigmatiza y magnifica el aparente comportamiento inatento, distraído o impulsivo de los niños en clase, y la prescripción de psicoestimulantes (metilfenidato, atomoxetina) tras su diagnóstico, asociada a efectos adversos graves<sup>(23)</sup>, obliga a replantearse su abordaje y tener en cuenta los desajustes sociales, pedagógicos y familiares, más que los médicos, que puedan estar actuando<sup>(24)</sup>.

**4.2. Los ancianos.** En el caso de las personas mayores, se añaden una serie de particularidades que las hacen especialmente vulnerables a la medicalización y con ella a los problemas relacionados con los medicamentos: mayor comorbilidad, mayor frecuencia de

efectos adversos por cambios en la farmacocinética y la farmacodinámica propios de la edad, errores en la toma de medicamentos con riesgo de duplicidades o sobredosificación por falta de entendimiento de las pautas o posologías poco adaptadas en el contexto de un deterioro cognitivo y polifarmacia<sup>(25)</sup>. Además, hay que tener en cuenta que las guías de práctica clínica están basadas en estudios realizados en población joven y con poca comorbilidad, y su aplicación en personas pluripatológicas de edad avanzada las convierte directamente en polimedicaadas<sup>(26)</sup>, con más riesgos que beneficios. Este es el caso de la medicalización de la hipercolesterolemia, cuyo afán de reducir las cifras de colesterol se ha relacionado con un aumento de mortalidad en personas mayores de 80 años, incluso en prevención secundaria<sup>(27)</sup>. Con una elevada prevalencia de polimedicaación en ancianos que alcanza cifras cercanas al 90% en personas institucionalizadas<sup>(26,28)</sup>, el riesgo de prescripciones inapropiadas se dispara. Según datos de una revisión reciente, una de cada cinco prescripciones son inapropiadas en ancianos<sup>(5)</sup>, mientras que la prevalencia estimada en una corte de ancianos inmovilizados en España asciende esta cifra hasta el 35%<sup>(29)</sup>. A su vez, los ancianos son candidatos a la medicalización de síntomas, de procesos propios del envejecimiento, de reacciones adversas que devienen en cascadas de prescripción y son víctimas de un mayor uso de fármacos con bajo valor terapéutico. Son claros ejemplos de medicalización con fármacos de valor intrínseco dudoso o inaceptable el uso de vasodilatadores periféricos como el Ginkgo biloba o de SY-SADOAs como la glucosamina y el condroitín sulfato, cuando las evidencias muestran que no existe retraso o mejoría del deterioro cognitivo con unos<sup>(30)</sup>, ni de la progresión de la artrosis con los otros<sup>(31)</sup>.

**4.3. Las mujeres.** Las verdaderas víctimas de la medicalización son las mujeres. Son quienes consumen más medicamentos innecesarios con una relación beneficio-riesgo claramente negativa: fármacos dirigidos al síndrome premenstrual, a la anticoncepción, a la disfunción sexual femenina, al embarazo, al parto, a la supresión de la lactancia, a la menopausia, a la osteoporosis, al insomnio e incluso al malestar social. Quedan aparte todas las características estéticas que no encajan en los cánones actuales de belleza o que se deriven del envejecimiento, características fuertemente medicalizadas y cuyo estigma provoca efectos más negativos que los propios problemas de salud<sup>(32)</sup>. Probablemente, la menopausia ha sido el proceso fisiológico más explotado por el mercado farmacéutico, en el que se han sucedido fármacos y efectos adversos en los últimos 40 años, aún presentes hoy en día. La promoción durante años del tratamiento hormonal sustitutivo como remedio para los sofocos, la osteoporosis, la prevención de enfermedades cardiovasculares y del Alzheimer se ha ido desmontando a medida que el riesgo de efectos adversos graves se ha hecho patente: cáncer de endometrio, cáncer de mama, infarto

agudo de miocardio, tromboembolismo venoso, ictus, enfermedades de la vesícula biliar e incontinencia urinaria<sup>(33)</sup>. Posteriormente, la búsqueda de “soluciones” se ha centrado en el tratamiento de la osteoporosis con la introducción de nuevas moléculas -bifosfonatos, raloxifeno, ranelato de estroncio, calcitonina-, con el pretexto de aumentar la densidad mineral ósea, sin que todavía se haya demostrado que exista una verdadera relevancia clínica en los resultados medidos ni una disminución significativa de morbilidad, que al final es lo que importa. Se desconoce la magnitud real de los problemas de salud y costes que han supuesto estos tratamientos, pero mientras se prescriben a multitud de mujeres de bajo riesgo<sup>(34)</sup> y nuevas alertas de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) relacionadas con su uso ponen en duda su seguridad, el balance se hace indiscutiblemente negativo [Nota Informativa 10/2009 de 25 de septiembre de 2009]. Recomendaciones para la prevención de la osteonecrosis del maxilar asociada al tratamiento con bisfosfonatos; [Nota Informativa 4/2012 de 21 de marzo de 2012]. Ranelato de estroncio (Osseor<sup>®</sup>, Proteos<sup>®</sup>): riesgo de tromboembolismo venoso y reacciones dermatológicas graves. Nuevas contraindicaciones de uso; [Nota Informativa 13/2012 de 24 de julio de 2012]. Calcitonina: uso restringido a tratamientos de corta duración). La lista medicalizadora de la menopausia no acaba aquí, sino que incluso llegó a psiquiatrizar con la comercialización de veralprida (Agregal<sup>®</sup>), un neuroléptico actualmente retirado por efectos adversos<sup>(35)</sup> que ha afectado a cerca de 5.000 mujeres en España. Con esta lista no acabada de procesos medicalizados en la mujer, no es de extrañar que el Dr. Lorenzo Arribas dijera muy acertadamente aquello de “¡mujeres sanas de milagro!”.

[http://www.sec.es/area\\_cientifica/ponencias\\_comunicaciones\\_congresos\\_sec/2008\\_09CongresoSEC/ponencias/videos/3Mesa-05.html](http://www.sec.es/area_cientifica/ponencias_comunicaciones_congresos_sec/2008_09CongresoSEC/ponencias/videos/3Mesa-05.html)

## 5. Consecuencias de la medicalización

Con la medicalización de la vida, a medida que los avances médicos y tecnológicos se generalizan para problemas que antes no eran tratados, la sociedad tiene peor percepción de salud. Una sensación subjetiva motivada por unas expectativas desproporcionadas y, en parte real, por la iatrogenia inherente a las intervenciones sanitarias, que genera mayor demanda. La población va disminuyendo la tolerancia a la enfermedad y a las vicisitudes, participa menos del autocuidado, de la promoción de la salud y de la búsqueda de recursos personales para la resolución de conflictos, haciéndose cada vez más dependiente de la asistencia sanitaria. Con ello aumenta el consumo de fármacos, la iatrogenia y la sensación de frustración al no verse correspondida esta cantidad creciente de tratamientos con las expectativas de eterna juventud puestas en ellos; y de nuevo, mayor demanda. Y es que una

de las principales consecuencias de la medicalización es que genera mayor medicalización, contribuyendo a perpetuar el problema. La polimedición y el sobrediagnóstico conllevan mayor inadecuación de las intervenciones (diagnósticas y terapéuticas), un aumento de interacciones farmacológicas, de reacciones adversas, de cascadas asistenciales y una disminución de la adherencia terapéutica<sup>(36)</sup>. Todo ello se relaciona directamente con un mayor deterioro funcional y cognitivo, morbilidad, institucionalización, hospitalización y muerte<sup>(37,38)</sup>.

Mientras tanto, los profesionales de la salud ven con resignación como el sistema sanitario se desborda, lo que provoca desorganización, disminución en la calidad de la asistencia, insatisfacción del paciente y frustración profesional. El exceso de medicalización, el uso de fármacos con bajo valor terapéutico y de tecnología de última generación costosa y en ocasiones innecesaria, demuestran la ineficiencia del sistema sanitario. En este marco, la Administración acusa un aumento desproporcionado del gasto sanitario que no se ha traducido en una mejora de los resultados en salud y que, a su vez, impide la inversión de recursos en otros sectores que podrían trabajar de manera eficiente para mejorar la salud de la población y la sostenibilidad del sistema<sup>(39)</sup>.

## 6. Requisitos para no medicalizar: principios de la prescripción prudente

Entre otras acciones, la clave para no medicalizar es seguir los principios de la “prescripción prudente” que se abordan en este apartado<sup>(40)</sup>. Se tiende a pensar que todo encuentro médico-paciente debe culminar con la prescripción de un fármaco o la solicitud de una prueba diagnóstica como moneda de cambio<sup>(41)</sup>. Esta creencia se sustenta tanto por las expectativas creadas, que fomentan mayor demanda por parte de los pacientes, como por la necesidad de los profesionales de dar respuesta a esas demandas y cerrar la entrevista clínica, en la que a veces resulta más fácil prescribir un medicamento que no hacerlo.

**6.1. Delimitar el campo de actuación de la sanidad.** No hay que estudiar o tratar lo que no requiere estudio o tratamiento o para lo que no existe estudio o tratamiento, evitando crear falsas expectativas en la población y cascadas de intervenciones que aumentan la demanda de mayor atención médica, que alimentan la frustración al no poder dar respuestas ni encontrarlas, que suponen un gasto de recursos innecesario y que ponen en peligro la salud de la población. Se debe frenar el auge de enfermedades inventadas y normalizar los cambios en los procesos fisiológicos de la vida, como en la vejez o en la menopausia, y aceptar los acontecimientos de la vida, como la tristeza, la muerte, la soledad o la incertidumbre. Hay que oponerse a la

ampliación de los límites de enfermedad y a la conversión de los factores de riesgo en enfermedad que únicamente generan más enfermos (reales o imaginarios), sanos preocupados o estigmatizados<sup>(42)</sup>, y que legitiman multitud de intervenciones innecesarias. Para llevar a cabo esta labor en contra de una sociedad cada vez más medicalizada, es necesaria unanimidad en el mensaje de todas las partes implicadas:

- Exigir a políticos y gestores que delimiten la cartera de servicios en base a necesidades reales y criterios científicos, no sobredimensionar la prevención a través de campañas sanitarias sin evidencia demostrada y reducir la burocratización sanitaria de la vida que suponen los informes de salud o los partes de falta de asistencia a la escuela.
- Evaluar la entrada de nuevos fármacos de forma adecuada y rigurosa y la pertinencia de otras intervenciones médicas, cuya evidencia no ha sido demostrada.
- Crear mecanismos eficientes de regulación y control de las actuaciones de la industria farmacéutica; exigir información veraz y transparente acerca de los nuevos fármacos y controlar la promoción que realizan de sus productos tanto a través de los medios de comunicación como a los propios prescriptores.

**6.2. Tener claro el objetivo de las intervenciones médicas.** No se debe olvidar a la hora de plantearse la prescripción de un medicamento o de realizar una prueba diagnóstica el objetivo de las intervenciones médicas, pues ninguna intervención es inocua. Tener en cuenta que la meta de nuestra intervención implica replantearse cada situación y preguntarse: ¿para qué hacer una densitometría ósea de control si los resultados de la prueba no van a cambiar la actitud terapéutica?, ¿para qué realizar “chequeos” si no van acompañados de resultados en cuanto a mejora de salud, del factor de riesgo o de la enfermedad? o ¿qué sentido tiene someter a una colonoscopia a un paciente frágil con mala calidad de vida y corta esperanza de vida?. Toda actuación médica genera una cascada de intervenciones clínicas, tanto más imparables cuanto más lejos se llega, haciéndose cada vez más difícil establecer el punto final.

- Más allá de los beneficios a corto plazo, hay que pensar en la relación entre beneficio y riesgos a largo plazo para cada paciente en concreto.
- Realizar un abordaje individualizado para evaluar los objetivos terapéuticos y el pronóstico.
- Se debe evitar el auge de la medicina defensiva, cada vez más intervencionista, y por consiguiente, iatrogénica. No se trata de rechazar los avances científicos y tecnológicos que tanto han aportado, sino de adecuar las intervenciones y avanzar más en el campo de la seguridad, en ocasiones un tanto olvidado.

- Hay que llevar a cabo planes de salud que supongan un verdadero impacto en la salud, a través de un análisis de las necesidades sanitarias reales de la población, estableciendo objetivos claros y prioridades.

**6.3. Reconocer los límites de la medicina, no crear falsas expectativas y redirigir la demanda.** Es necesario aceptar y difundir la realidad que acompaña a muchas enfermedades, para las que no hay tratamiento curativo actualmente, y abordarlas de manera diferente para que el paciente aprenda a manejarlas. Propiciar el desarrollo de Asociaciones de Pacientes y Familiares que fomenten la autonomía del paciente, la aceptación de la enfermedad y la resolución de problemas fuera del sistema sanitario.

**6.4. Disponer de formación e información independiente.** Las decisiones que se plasman en la consulta están condicionadas por los conocimientos disponibles. Por lo tanto, los médicos tienen una tarea de formación continua necesaria para trabajar en base a criterios científicos, las instituciones sanitarias deben fomentar y facilitar una formación de calidad para los profesionales y las sociedades científicas y agencias reguladoras deben exigir transparencia en los estudios clínicos publicados por la industria farmacéutica. Se debe buscar fuentes de información fiables e independientes, trabajar con independencia de la industria farmacéutica, disponer de estudios de calidad que permitan tomar decisiones –no en función de la significación estadística de los resultados, sino de su relevancia para la salud de las personas–, ser cautelosos a la hora de extrapolar los resultados, especialmente en población anciana, pluripatológica y polimedicada, en la que generalmente no son generalizables, y no dejarse seducir por novedosos mecanismos farmacológicos de medicamentos cuya eficacia, efectividad y seguridad a largo plazo no son conocidas.

**6.5. Buscar opciones no farmacológicas.** Buscar alternativas, opciones no farmacológicas, para intervenir en los problemas de salud más frecuentes y aprovechar las oportunidades para la prevención educando en salud. Promover cambios en los estilos de vida –la alimentación, la actividad física, la higiene, el consumo de tabaco y alcohol– es la base de la prevención y el tratamiento de elección de la mayor parte de los procesos más comunes: realizar lavados nasales para las afecciones respiratorias de vías altas en lugar de mucolíticos, tomar miel en lugar de antitusígenos, evitar comidas copiosas y elevar la cabecera de la cama antes que prescribir un antiácido...etc, pueden ser medidas eficaces para aliviar síntomas y reducir el consumo innecesario de fármacos.

**6.6. Potenciar la estrategia de “esperar y ver”.** La mente del profesional sanitario es proclive a la acción, y a veces resulta más fácil prescribir un medicamento, por mucho que dudemos de su eficacia, que no pres-



cribirlo, o indicar una prueba diagnóstica inútil “para estar seguros”. La estrategia de “esperar y ver” disminuye el uso innecesario de medicamentos, al mismo tiempo que sirve de test diagnóstico. Se estima que un adulto tiene un síntoma cada cuatro días, la mayor parte son síntomas aislados y autolimitados, y los que acaban siendo expresión de una enfermedad son igualmente inespecíficos al inicio. Por lo tanto, se debe acatar el principio de prudencia, trabajar la paciencia y la tolerancia a la incertidumbre, y no tratar síntomas con medicamentos, sino esperar y ver, y buscar la causa. Se debe evitar prescribir medicamentos ante síntomas sin un diagnóstico claro que podrían enmascarar el cuadro subyacente, o ante la sospecha de patologías autolimitadas.

En muchas ocasiones, los síntomas no están provocados por ninguna patología, sino que son consecuencia de un efecto adverso de un medicamento<sup>(2)</sup>. En estos casos no es raro que se pase por alto la relación de causalidad y si nos centramos en el síntoma, se corre el peligro de ser tratado con otro fármaco que a su vez puede producir un nuevo efecto secundario y tratarlo con un tercer fármaco (la llamada “prescripción en cascada”)<sup>(43)</sup>.

**6.7. Favorecer una mayor coordinación entre los distintos niveles asistenciales.** Es conocido que a mayor número de prescriptores mayor riesgo de poli-medicación y sobreactuación. Para ello es imprescindible frenar la fragmentación de los servicios sanitarios<sup>(44)</sup>:

- Promover una mayor coordinación entre los distintos niveles asistenciales.
- Defender la visión integral del paciente mediante una Atención Primaria de calidad.
- Impulsar una mayor coordinación entre el nivel asistencial y una Salud Pública dotada de mayores competencias, no sesgadas por intereses políticos, que permita diseñar programas de salud eficientes basados en las necesidades reales de la población.
- Fomentar una mayor coordinación entre los servicios sociales y el resto de agentes determinantes en salud.

**6.8. Informar, educar e involucrar a los pacientes en la autogestión de la salud.** Fue en 1986 en la carta de Ottawa, cuando se plasmó el concepto de promoción de la salud, en ella se decía: “La promoción favorece el desarrollo personal y social en la medida que aporte información sobre el cuidado, educación sanitaria para tomar decisiones informadas y se perfeccionen las aptitudes indispensables para la vida; de esta manera se aumentan las opciones disponibles para que la gente pueda ejercer un mayor control sobre su salud y el medio social y natural, y así opte por todo aquello que propicie la salud”<sup>(45)</sup>.

**6.9. Prevención cuaternaria.** Es requisito indispensable abogar por la seguridad del paciente a través de la prevención cuaternaria, de actividades que atenúen o eviten las consecuencias de las intervenciones innecesarias o excesivas del sistema sanitario<sup>(46,47)</sup>.

## 7. Habilidades para desmedicalizar

Las habilidades para desmedicalizar en la consulta se centran en desarrollar estrategias de entrevista clínica<sup>(48)</sup> que permitan establecer una relación terapéutica:

**7.1. Fomentar la alianza terapéutica** a través de la confianza, del compromiso y de objetivos compartidos, mediante un modelo centrado en el paciente que permita explorar creencias, expectativas, miedos, preferencias, factores que pueden estar influyendo en su malestar y el impacto biográfico de éste. Integrar la atención a la enfermedad y al paciente que se siente enfermo.

**7.2. Evitar la focalización sintomática,** buscar la causa.

**7.3. Escuchar al paciente a través de una escucha activa y empática.** No se trata de preguntar mucho para obtener más información, sino dejar margen a la narrativa espontánea y facilitar que el paciente se exprese mediante preguntas abiertas, mostrando interés y comprensión a su malestar. La escucha por sí misma ejerce una función terapéutica al promover la contención emocional<sup>(49)</sup>.

**7.4. Disminuir la reactividad** en la entrevista clínica, a través de un estilo emocional proactivo, sin dejarse llevar por las emociones negativas o demandas del paciente que despierten juicios de valor o seguridades prematuras, permite evitar la tentación de “tomar atajos” y resolver la demanda aparente con una prescripción sintomática.

**7.5. Plantearse, cuantas veces sea necesario, el “encuadre” o intencionalidad de la entrevista:** ¿qué le ocurre al paciente? ¿qué se pretende de mí? y ¿qué debería hacer yo?.

**7.6. Abrir el mapa de quejas y delimitar la demanda.** La diferencia entre una demanda y una queja es la expectativa de que el profesional pueda o no dar una solución<sup>(50)</sup>. Probablemente, en muchas ocasiones los médicos damos más tratamientos de los que realmente nos piden, cuando a veces el paciente sólo pretende compartir un malestar o buscar nuestra aprobación.

**7.7. Reconocer la normalidad y redirigir la demanda.** La información contrastada y veraz, junto con la recomendación de medidas de autocuidado y de hábitos de vida saludable son la mejor forma de hacerlo.

**7.8. Informar sobre la naturaleza del problema,** proponer un plan de acción terapéutica a través del diálogo, ajustando expectativas e involucrando al paciente en la toma de decisiones, fortalece una relación de confianza y evita una medicina defensiva.

**7.9. Reconocer y compartir la incertidumbre.** Ser prudente en la expresión de un diagnóstico o un tratamiento es darnos la libertad de rectificarlo más fácilmente en el futuro. Explicar la evolución previsible aumenta el control del paciente, da seguridad y disminuye ansiedad de la incertidumbre.

**7.10. Potenciar la autonomía.** Motivar al paciente para que mueva recursos personales para resolver conflictos y buscar soluciones fuera del sistema sanitario.

**7.11. Ajustar expectativas** siguiendo los principios de la ética de la ignorancia y la ética de la negativa: compartir con los pacientes los límites curativos y preventivos de la medicina y decir “no” de forma apropiada ante las peticiones injustificadas<sup>(51)</sup>.

## 8. Desprescribir

La buena práctica clínica requiere revisar periódicamente la medicación que toma cada paciente y evaluar la pertinencia de continuar un tratamiento, suspenderlo, ajustar la dosis o sustituirlo. Las guías de práctica clínica orientan para la toma de decisiones a la hora de prescribir, sin embargo, disponemos de escasa información cuando el balance beneficio-riesgo asociado a una intervención se invierte y prima la retirada de medicamentos. La pericia para desprescribir es uno de los principios de la prevención cuaternaria y la prescripción prudente necesaria para frenar las nefastas consecuencias de la medicalización.

Se estima que 1 de cada 5 medicamentos prescritos en personas de edad avanzada son inapropiados, siendo éstos la principal causa de efectos adversos prevenibles<sup>(5)</sup>. Se han descrito diferentes estrategias para medir la adecuación terapéutica, identificar y retirar los fármacos inapropiados, clásicamente catalogadas en dos tipos de sistemas: los explícitos, basados en criterios centrados en el fármaco, y los implícitos, basados en juicios clínicos<sup>(25,52)</sup>. Gavián-Moral las ha descrito como la estrategia tipo “poda” y la tipo “tala selectiva”<sup>(4)</sup>:

- La estrategia “tala selectiva” consiste en revisar todos los pacientes que toman un determinado fármaco considerado inapropiado y actuar en consecuencia. Basada en criterios preestablecidos, es una estrategia más fácil de poner en práctica y fiable, aunque la información es menos válida y relevante para el paciente. Esta es una de las estrategias del proyecto de revisión y mejora de la

farmacoterapia de crónicos y polimedcados de la Agencia Valenciana de Salud; como por ejemplo, las instrucciones de la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios en relación al programa Refar-AR IV Gestor MI de la adecuación de los tratamientos de teriparatida y hormona paratiroidea.

- La estrategia tipo “poda” analiza la indicación de cada fármaco en un paciente concreto teniendo en cuenta su comorbilidad, funcionalidad física, cognitiva y social, expectativa de vida y preferencias. Basada en juicio clínico, aporta información más válida pero menos fiable.

**8.1. Entre las estrategias explícitas** para ayudar a la detección de medicación inapropiada destacan los criterios Beers y los criterios STOPP/START.

- Los criterios Beers, descritos por primera vez en 1991 en Estados Unidos, incluían una lista de 30 fármacos a evitar en pacientes ancianos. A partir de las nuevas evidencias y la introducción de nuevos fármacos en el mercado, los criterios se han ido revisando y ampliando hasta los 53 criterios incluidos en la última actualización de 2012<sup>(53)</sup>.
- Más cercanos y sensibles, los criterios STOPP/START recogen 65 situaciones clínicas y tratamientos relacionados con los errores más comunes de tratamientos inadecuados que deben suspenderse (STOPP) y 22 errores de omisión de prescripciones indicadas que han demostrado mejorar los resultados clínicos (START)<sup>(25,54)</sup>.

**8.2. En cuanto a estrategias implícitas** para llevar a cabo la desprescripción, se remarca la importancia de revisar la medicación y de implicar al paciente en el proceso y se han utilizado distintos algoritmos que siguen una serie de pasos comunes<sup>(55-61)</sup>:

- Revisar todos los tratamientos que toma el paciente, teniendo en cuenta los fármacos prescritos por diferentes profesionales, la automedicación y aquellos prescritos pero que en realidad no está tomando.
- Replantear el plan terapéutico en base a los objetivos del tratamiento y el pronóstico y priorizar.
- Valorar suspender, reducir o sustituir los medicamentos innecesarios o inapropiados: fármacos sin eficacia demostrada, fármacos contraindicados o duplicados, los que expongan o sean causa de efectos adversos, los que tengan interacciones entre ellos o con la enfermedad del paciente, los que fueron pautados para una enfermedad ya curada o los que el paciente se resiste a tomar.
- Informar e involucrar al paciente y al familiar o al cuidador en la toma de decisiones, valorando sus creencias, expectativas y preferencias.
- Acordar el plan a seguir.
- Monitorizar respuesta, la adherencia al cambio de

pauta y detectar posibles efectos adversos de la desprescripción.

Siguiendo esta metodología, uno de los criterios implícitos más utilizados es el Medication Appropriateness Index (MAI), disponible en su versión española recientemente adaptada<sup>(62)</sup>. Esta herramienta consta de un cuestionario con 10 ítems valorados en una escala tipo likert de tres grados, con el que se mide la adecuación de cada uno de los medicamentos del paciente.

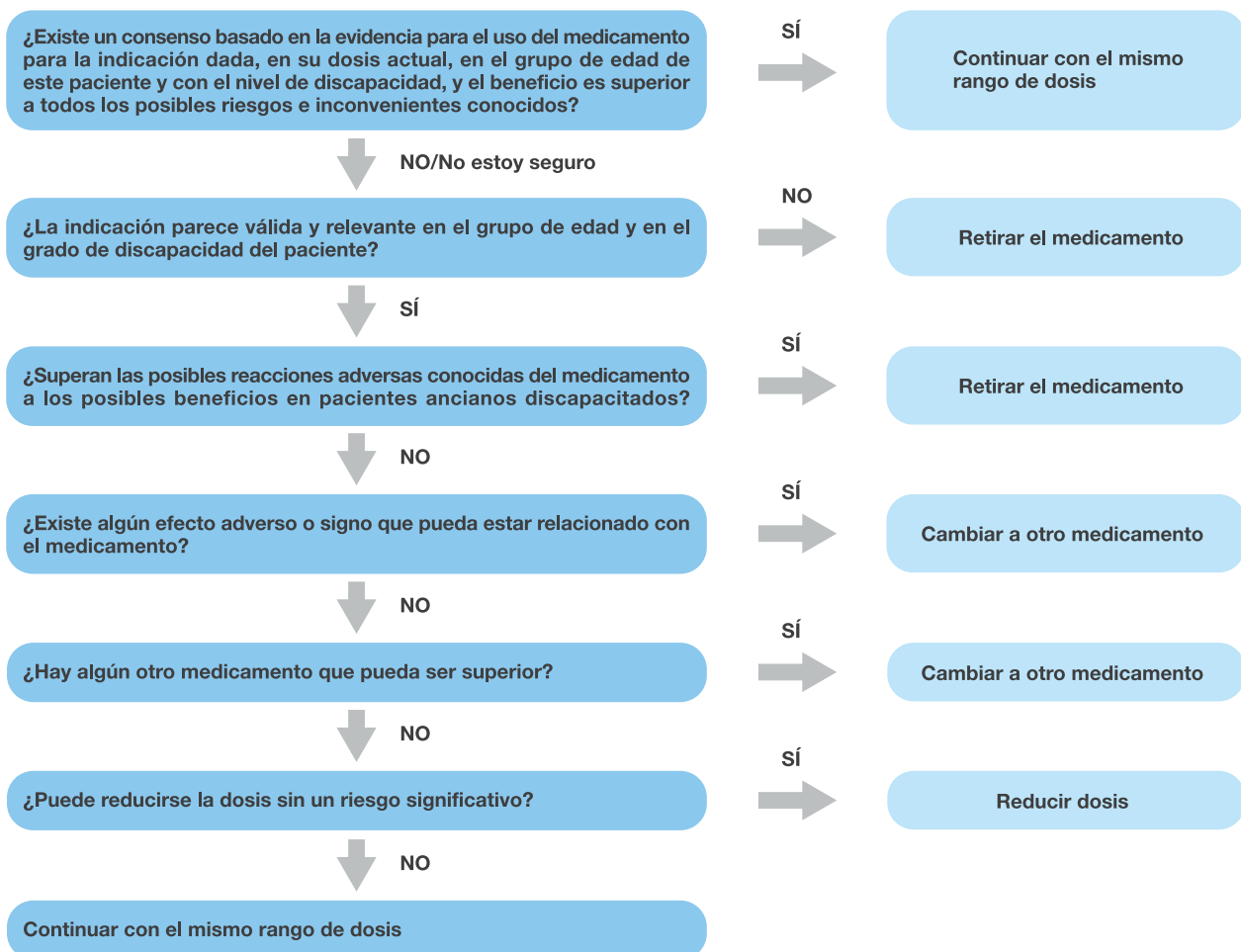
Con unos u otros métodos, las guías remarcan la importancia de revisar la medicación y de implicar al paciente, y a la hora de desprescribir se recomiendan unas pautas para hacerlo de forma segura, teniendo especial cautela en la supresión de ciertos fármacos (como betabloqueantes, benzodiazepinas, anticolinérgicos, antidepresivos y esteroides), que requieren retiradas paulatinas y un seguimiento cercano inicialmente para evitar posibles efectos secundarios<sup>(28)</sup>. También son interesantes, algunas guías publicadas para la desprescripción segura de fármacos en concreto<sup>(6)</sup>. La tabla 1 recoge los requisitos para desprescribir, y la tabla 2 las habilidades para desprescribir.

### 8.3. Viabilidad de la desprescripción y resultados.

Se ha demostrado la viabilidad y aplicabilidad de algoritmos para desprescribir medicamentos con éxito y de forma segura. Los estudios publicados se centran en pacientes ancianos, cuyas particularidades los hacen especialmente vulnerables a problemas relacionados con los medicamentos, y reflejan resultados positivos en cuanto a mejoría clínica y calidad de vida percibida por dichos pacientes y sus cuidadores, siendo rara la necesidad de reintroducir los medicamentos por reaparición de síntomas.

Así lo muestra, por ejemplo, un ensayo clínico realizado en Israel<sup>(66)</sup> con pacientes de instituciones geriátricas, en el que se consiguió retirar un total de 322 medicamentos, 2,8 de los 7 medicamentos de media por paciente, entre los que se incluían antihipertensivos, antidiabéticos, estatinas, nitratos, antihistamínicos, antidepresivos, digoxina, suplementos de potasio y hierro. Durante los 12 meses de seguimiento se observó una reducción significativa de mortalidad (21% frente a 45%) y de las derivaciones al hospital (11,8% frente a 30%) respecto al grupo control, mientras que únicamente fue necesario reintroducir el 10% de los

Figura 2. Algoritmo de desprescripción. Analice lo siguiente con el paciente o cuidador.



Modificado de: Garfinkel D, Zur-Gil S, Ben-Israel J. The war against polypharmacy: a new cost-effective geriatric-palliative approach for improving drug therapy in disabled elderly people. *Isr Med Assoc J*. 2007;9:430-4; Villafaina A, Gavilán E. Pacientes polimedicaos frágiles. Un reto para el sistema sanitario. *Inf Ter Sist Nac Salud* 2011;35:114-23.

medicamentos por reaparición de síntomas. Los mismos autores han publicado otro estudio con ancianos ambulatorios<sup>(65)</sup> en el que, tras una puesta en común con pacientes y cuidadores, se suspendieron cerca del 50% de los fármacos, es decir, una reducción de 4,9 medicamentos por paciente, de los cuales solo el 2% fueron reintroducidos.

También se han realizado estudios de desprescripción de grupos farmacológicos específicos<sup>(63)</sup>, y se ha demostrado una reducción de prescripciones inapropiadas aplicando criterios implícitos y explícitos, intervenciones multidisciplinares y utilizando sistemas informáticos de ayuda para la toma de decisiones para desprescribir<sup>(34)</sup>. A pesar de las limitaciones de la evidencia disponible<sup>(4,5,25,52)</sup> en cuanto a resultados clínicos que guíen la desprescripción y su impacto –estudios heterogéneos, medición de distintas intervenciones, muestras pequeñas–, todo apunta a que es factible y positivo. Por lo tanto, al tiempo que se van depurando y evaluando las mejores estrategias para desprescribir, hay que ir trabajando para desmontar las barreras que dificultan esta tarea en la práctica clínica<sup>(4)</sup> y que afloran cuando se explora cómo se sienten los profesionales médicos ante el proceso de desprescripción<sup>(64)</sup>.

## 9. Responsabilidad de la administración sanitaria en la desmedicalización

La tarea de desmedicalizar supone dar respuestas saludables desde el sistema sanitario (administración sanitaria) en el ámbito clínico, social y cultural. Para llevarla a cabo es necesario trabajar con límites basados en criterios éticos y científicos, lo cual implica una formación continua del médico, con independencia de la industria farmacéutica, disponer de estudios de calidad que permitan tomar decisiones que sean relevantes para la salud de las personas, hacer copartícipe a la población en su conjunto y a cada persona en particular en la toma de decisiones, frenar el auge de enfermedades inventadas o soluciones mágicas, y desarrollar una potente relación asistencial basada en la confianza y el respeto<sup>(65)</sup>. Todo ello es responsabilidad ineludible de la administración sanitaria para garantizar el mejor grado de salud de la población de la forma más eficiente:

**9.1. Como ya se hace en otros países, se debería impulsar decididamente la selección de medicamentos que deben ser financiados por el SNS.** El SNS debería seleccionar los medicamentos más idóneos con procedimientos públicos y transparentes teniendo en cuenta la mejor relación entre coste y efectividad. Este procedimiento tendría que ser efectivo tanto para los nuevos medicamentos como para los ya comercializados y debería suponer la retirada de la

financiación de todos los que no aportan beneficios para los pacientes. Este procedimiento daría credibilidad al sistema sanitario español, facilitaría el trabajo de los médicos en la prescripción saludable, reduciría los problemas con medicamentos que presentan una relación eficacia/riesgo negativa y obligaría a disminuir la medicalización de circunstancias personales que no tienen tratamiento farmacológico. Algunos medicamentos podrían ser financiados solo para situaciones o indicaciones especiales<sup>(66,67)</sup>.

**9.2. La selección para la financiación de medicamentos tiene que ir acompañada de profundos cambios estructurales y de la puesta en marcha de planes de uso racional del medicamento descentralizados** a nivel de áreas de salud dirigidos a desmedicalizar a los grupos de población de mayor riesgo y a realizar una prescripción más saludable y prudente. Para ello se deben desarrollar nuevas estrategias de información y formación dirigidas a los profesionales de la salud y a la población, realizar cambios importantes que permitan crear una cultura y actitud de uso adecuado del medicamento, desde la selección, prescripción, dispensación hasta el consumo y desarrollar una “cultura de evaluación de los resultados en salud” que sirva para hacer nuevas recomendaciones sobre la prescripción y potenciar la mejora continua<sup>(66-68)</sup>.

**9.3. Prohibir la actividad comercial en los centros del SNS y hacer un control riguroso de la visita médica.** Hay datos que corroboran que la media que dedican los médicos españoles al cabo del año en atender a la información sesgada de los representantes comerciales de la industria farmacéutica es de aproximadamente una semana. La administración sanitaria tiene que garantizar el cumplimiento de la Ley 29/2006, de Garantías y Uso Racional de Medicamentos y Productos Sanitarios, que prohíbe aceptar cualquier regalo o prebenda de cualquier índole para preservar la independencia de las decisiones médicas de intereses comerciales, considerándose su recepción infracción grave. La administración tendría que ser supervisor y denunciar los incumplimientos de los códigos de buenas prácticas de farmaindustria y evitar la realización de estudios de investigación promocionales<sup>(69,70)</sup>.

**9.4. Es importante crear organismos reguladores independientes y con capacidad resolutive y sancionadora** a los cuales se pueda denunciar el incumplimiento de los códigos de buenas prácticas promoción de medicamentos que limiten las estrategias agresivas de promoción de fármacos. La denuncia tendría que salvaguardar el anonimato del denunciante y ser accesible a todos los ciudadanos, profesionales sanitarios, asociaciones de enfermos y de profesionales<sup>(71)</sup>.

**9.5. Instaurar y aplicar normas para evitar los conflictos de intereses de los profesionales** que trabajan para el SNS y de las sociedades científicas<sup>(67,70)</sup>.

**9.6. Establecer sistemas de información sobre medicamentos y terapéutica propios del SNS** y que la formación se desarrolle sin interferencias comerciales. Además, sería deseable que la administración sanitaria creara una plataforma on-line, dirigida a profesionales y a población general, con información “independiente y de calidad” publicada sobre medicamentos que recoja los mejores boletines sobre seguridad y eficacia<sup>(67,68)</sup>.

**9.7. Potenciar la formación institucional en “farmacología clínica”** de los licenciados y especialistas médicos. Llama la atención que, aún habiéndose ampliado un año la formación MIR de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, no se haya introducido ningún módulo de formación en este campo<sup>(72)</sup>.

**9.8. Hacer un control real de la veracidad de toda la información sobre medicamentos** ya sea originaria de la industria farmacéutica como de los medios de comunicación, con carácter sancionador en los casos que afecte o pueda afectar de forma irregular a la toma de decisiones de los médicos o a la salud de la población<sup>(67,70)</sup>.

**9.9. La administración tiene que velar por mantener un uso adecuado de los recursos** y poner medidas correctoras cuando se usan de forma inadecuada. En este sentido cabría la posibilidad de abrir un importante debate sobre la contratación de los mejores profesionales por méritos y por valoración de resultados y prescindir de los peores. No hay que olvidar que un mal prescriptor es un mal médico<sup>(68,73)</sup>.

**9.10. Promover “sistemas de farmacovigilancia”** más activos y participativos con información de retorno de los centros a los médicos prescriptores y con mecanismos de información ágiles, actualizados y fiables. Es necesario introducir estrategias o programas de control de seguridad de los nuevos fármacos al menos durante los 5 primeros años de comercialización<sup>(68,74)</sup>.

**9.11. Es fundamental reforzar la función de filtro o gatekeeping de la atención primaria** dentro del sistema de salud. La función de puerta de entrada da racionalidad al flujo de pacientes y protege a la población de cuidados innecesarios, al tiempo que permite a los especialistas hospitalarios un nivel de pericia alto por atender a pacientes de más alta complejidad. El médico de atención primaria tendría que ser el responsable de toda la medicación del paciente y el especialista del hospital actuar de consultor en situaciones muy especiales. Además, hay que asegurar la longitudinalidad de los pacientes en atención primaria; la continuidad y estabilidad en el tiempo es una de las características que más satisfacción produce en los pacientes y facilita que el médico adquiera un rol de “agente del paciente”<sup>(47)</sup>.

**9.12. La administración sanitaria tiene la obligación de trabajar desmedicalizando a la población con el desarrollo e implantación programas de promoción de la salud**, fundamentalmente en cuatro líneas estratégicas: la promoción del ejercicio físico, la prevención de la obesidad, la deshabituación del tabaquismo y la deshabituación del alcoholismo. Estos programas se tienen que desarrollar con terapias grupales en los centros de salud promocionando estrategias de “paciente experto” que den autonomía a los propios pacientes en el manejo de su salud.

**9.13. Además, la administración sanitaria debería permitir o adecuar las recetas para la prescripción de hábitos de vida saludable** y no solo para medicamentos. Los pacientes le dan un valor científico y mágico a la receta, ya que solo puede realizarla el médico; por tanto, la prescripción en la receta oficial de hábitos de vida saludable supondría un valor añadido a estas medidas y probablemente ayudaría a desmedicalizar.

## 10. Responsabilidad individual médica en la utilización de medicamentos

Como dicen Pérez-Fernández y Gérvas, los médicos no son inocentes ni en la medicalización de la sociedad, ni en el *disease mongering*, ni en el consumismo sanitario. El juramento hipocrático obliga a tener por guía el *primun non nocere*, fundamento de la conducta diagnóstica y terapéutica que exige valorar la opción elegida frente a otras menos agresivas, incluida la más simple y difícil, a veces, de «esperar y ver»<sup>(43)</sup>. En ese sentido el profesional sanitario tiene la obligación profesional y ética de:

**10.1. Ser conscientes de que los medicamentos sirven para mejorar la salud pero que también pueden provocar daños** hasta tal punto que es uno de los principales problemas de salud de la sociedad española por detrás de las enfermedades cardiovasculares y el cáncer<sup>(1,47,68)</sup>.

**10.2. Frenar las cascadas de intervenciones clínicas** iniciadas por signos y síntomas irrelevantes, por medidas preventivas injustificadas o por decisiones erróneas generadas por guías y protocolos<sup>(43)</sup>.

**10.3. Realizar una selección adecuada de medicamentos para incluirlos en el vademécum personal**, teniendo en cuenta que el medicamento tenga una eficacia demostrada para modificar el curso de una enfermedad, controlarla o curarla, un margen de seguridad aceptable (relación beneficio/riesgo positiva), experiencia de uso (al menos 5 años en el mercado farmacéutico) y un coste aceptable<sup>(68,75)</sup>.

**10.4. Utilizar la prescripción razonada** como un proceso clínico extremadamente exigente, laborioso y de carácter analítico para conseguir la mejor opción terapéutica para un problema de salud en un paciente concreto. Dicha prescripción se basa en establecer un diagnóstico correcto; determinar la necesidad de un tratamiento farmacológico y, si procede, seleccionar el de elección; fijar su conveniencia, entendida como el conjunto de propiedades que facilitan o dificultan el cumplimiento del tratamiento; valorar el coste, y adecuar la selección del medicamento a las características del paciente<sup>(68,75)</sup>.

**10.5. Entender la prescripción como un proceso asistencial en el que hay que tener en cuenta los principios básicos de la bioética:**

- Autonomía. El paciente debe estar bien informado del objetivo del tratamiento y de la relación beneficio-riesgo que le capacite para decidir sobre un tratamiento.
- Beneficencia. Prescribir siempre con la intención de curar.
- No maleficencia. No prescribir aquellos medicamentos que presenten más riesgos que beneficios o que sean innecesarios.
- Justicia. Se deben mantener los mismos criterios de prescripción para todas las personas sin discriminar a nadie por razones de salud o económicas<sup>(68,70)</sup>.

Antonio Moya analiza la aplicación de los principios básicos de la ética en relación con la prescripción, el compromiso con el paciente y las relaciones con la administración sanitaria y la industria farmacéutica. Conviene recordar que es incompatible con la deontología médica solicitar o aceptar contraprestaciones a cambio de prescribir un medicamento o utilizar un producto sanitario<sup>(76)</sup>.

**10.6. Seguir las recomendaciones del “buen prescriptor” de Ermengol Sempere**<sup>(68,77)</sup>.

**10.7. Mejorar en habilidades de entrevista clínica** en la prescripción de medicamentos, y desarrollar estrategias semiautomáticas que permitan responder con certeza, fundamento y rapidez a la incertidumbre mediante una selección de “heurísticos” entre los que podemos citar: a) toda intervención sanitaria conlleva beneficios y daños, solo algunas ofrecen más beneficios que daños; b) prevenir es mejor que curar cuando la intervención preventiva hace menos daño que la intervención curativa; c) las cascadas diagnósticas y terapéuticas son inevitables, salvo en su origen; d) hace menos daño un no razonable que un sí complaciente; e) hay muchos problemas para los que no tenemos respuestas, y f) todo paciente tiene alguna conducta sana.

Cada médico debería contar con una selección de heurísticos según su carácter y formación, adaptados a los pacientes y la población que cuida<sup>(47,48,65)</sup>.

**10.8. Participar activamente en farmacovigilancia**, lo que supone una responsabilidad compartida entre los profesionales y la administración. Es imprescindible notificar las reacciones adversas a medicamentos de reciente comercialización, las no conocidas y las graves. El médico notificador tiene más en mente los temas de seguridad de medicamentos, establece mejor la relación beneficio/riesgo en la selección de medicamentos y sabe diagnosticar una reacción adversa cuando se presenta<sup>(74,77)</sup>.

**10.9. Utilizar la “prescripción prudente de medicamentos”** que reúne una serie de recomendaciones para hacer una prescripción más razonada (Tabla 3). A partir del artículo de Schiff GD<sup>(78)</sup> y col., un grupo de profesionales sanitarios españoles pusieron en marcha la iniciativa para una prescripción prudente en la red, con el objetivo de difundir y promover los principios de prescripción prudente y saludable de medicamentos<sup>(79)</sup>.

**10.10. Utilizar el método de desprescribir medicamentos**, sobre todo en pacientes polimedicados y en los grupos más vulnerables. Existen motivos éticos y evidencias científicas que avalan la necesidad de desprescribir fármacos en aquellas personas cuyo consumo de medicamentos puede provocarles más perjuicios que beneficios<sup>(4,52,55,56)</sup>.

Para ser un buen médico hay que ser un buen prescriptor y seguir las recomendaciones expuestas. El médico es el eslabón clave para que el paciente haga un uso más saludable y prudente de los medicamentos, y tiene herramientas para hacerlo. Pero, además debería tener un papel activo en la “prevención cuaternaria”, estrategia o conjunto de actividades que intentan evitar, reducir y paliar el daño provocado por la intervención médica evitando el consumismo médico y la medicalización excesiva<sup>(47,68)</sup>. De la misma forma todo profesional sanitario tendría que participar desenmascarando los mecanismos que han convertido la vida misma y el afán de sentirse bien en un negocio escandaloso de la industria farmacéutica y tremendamente peligroso para la salud de la sociedad<sup>(80)</sup>. Las sociedades científicas representan a sus profesionales y por lo tanto tendrían que ser ejemplares en sus actividades, mantener su autonomía de pensamiento y respetar al máximo las buenas prácticas clínicas.

## 11. Bibliografía

- Sanfélix-Gimeno G, Peiró S, Meneu R. La prescripción farmacéutica en atención primaria. Informe SESPAS 2012. *Gac Sanit.* 2012;26:41-5.
- Aranaz J.M. Estudio APEAS. Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.
- Aranaz J.M. Estudio nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización. ENEAS 2005. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006.
- Gavilán-Moral E, Villafaina-Barroso A, Jiménez-de Gracia L. Ancianos frágiles polimedificados: ¿es la desprescripción de medicamentos la salida?. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2012;47:162-7.
- Opondol D, Eslami S, Visscher S, de Rooij SE, Verherij R, Kolveaar JC et al. Inappropriateness of medication prescriptions to elderly patients in the Primary Care Setting: A systematic review. *PLoS ONE.* 2012; 7(8): e43617. doi:10.1371/journal.pone.0043617.
- Orueta R, Santos C, González E, Fagundo EM, Alejandro G, Carmona J y col.. Medicalización de la vida(I). *Rev Clín Med Fam.* 2011;4:150-61.
- Moynihan R. Too much medicine? *BMJ* 2002;324:859-60.
- Vara AM. Cómo medicalizar la vida diaria: la creación de enfermedades o "disease mongering". *Evid. actual. práct. ambul.* 2008;11:130-2.
- Smith R. In search of "non-disease". *BMJ.* 2002;234:883-5.
- Lumbreras B, Hernández Aguado I. El entusiasmo por las pruebas diagnósticas: efectos en la salud y formas de control. Informe SESPAS 2008. *Gac Sanit.* 2008;22:216-22.
- Hart JT. The Inverse Care Law. *Lancet.* 1971;1:405-12.
- Orueta Sánchez R, Santos Rodríguez C, González E, Fagundo EM, Alejandro G, Carmona J y col.. Medicalización de la vida (II). *Rev Clín Med Fam.* 2011;4:150-61.
- Márquez S, Meneu R. La medicalización de la vida y sus protagonistas. *Gestión Clínica y Sanitaria.* 2003;5:47-53.
- Morell Sixto ME, Martínez González C, Quintana Gómez JL. Disease mongering, el lucrativo negocio de la promoción de enfermedades. *Rev Pediatr Aten Primaria.* 2009;11:491-512.
- Márquez S. Los efectos negativos de las intervenciones preventivas basadas en el individuo. *Gac Sanit.* 2008;22:205-15.
- Angell M. La verdad acerca de la industria farmacéutica: cómo nos engañan y qué hacer al respecto. Bogotá:Editorial Norma;2006.
- Laporte JM. Las supuestas ventajas de celecoxib y rofecoxib: fraude científico. *Butlletí Groc* 2002;15:13-5.
- Sampedro J. Glaxo ocultó los riesgos de su fármaco estrella contra la diabetes. *El País.* Miércoles 14 de julio de 2010; Sociedad. Disponible en: [http://elpais.com/diario/2010/07/14/sociedad/1279058405\\_850215.html](http://elpais.com/diario/2010/07/14/sociedad/1279058405_850215.html) (fecha de consulta de las webs en agosto de 2012)
- García C. Abbott pagará en EE UU una multa de 1.600 millones de dólares por fraude. *El País.* Martes 8 de mayo de 2012; Sociedad:14. Disponible en: [http://sociedad.elpais.com/sociedad/2012/05/08/actualidad/1336429824\\_632471.html](http://sociedad.elpais.com/sociedad/2012/05/08/actualidad/1336429824_632471.html) (fecha de consulta de las webs en agosto de 2012)
- Propuestas NoGracias-Farmacéuticos. Medicamentos y Tecnologías Sanitarias en el Sistema Público de Salud: cuarenta medidas para mejorar la equidad. 2011. Disponible en: <http://www.nogracias.eu/wp-content/uploads/2011/11/DOCUMENTO-DE-PROPUESTAS.-NO-GRACIAS-2011-DEFINITIVO.doc> (fecha de consulta de las webs en agosto de 2012)
- Miguel García F, Montero Alonso MJ, Merino Senovilla A, Sanz Cantalapiedra R, Maderuelo Fernández JA. Las cifras mágicas en la prevención farmacológica de la enfermedad cardiovascular y de fracturas. Una valoración crítica. *Boletín de Información Terapéutica de Navarra.* 2009;17:49-63.
- Crespo Madrid N, Navarro Romero JP, Crespo Rupérez E, Navarro Carmona MJ. Fármacos de uso frecuente y controvertido en pediatría: antipiréticos y catarrales. *Boletín Farmacoterapéutico de Castilla-La Mancha.* 2010;11:1-8.
- Toxicidad de los fármacos para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Butlletí de Farmacovigilància de Catalunya.* 2010;8:5-7.
- García Peñas JJ, Domínguez Carral J. ¿Existe un sobrediagnóstico del trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH)? *Evid Pediatr.* 2012;8:51.
- Gallagher P, O'Mahony D. Inappropriate prescribing in older people. *Reviews in Clinical Gerontology.* 2008;18:65-76.
- Rochon PA. Drug prescribing for older adults. *Uptodate* 2012. Disponible en: <http://www.uptodate.com/contents/drug-prescribing-for-older-adults>. (fecha de consulta de las webs en agosto de 2012)
- Petersen LK, Christensen K, Kragstrup J. Lipid-lowering treatment to the end? A review of observational studies and RCTs on cholesterol and mortality in 80+ years olds. *Age Ageing.* 2010;39:674-80.
- Blasco Patiño F, Martínez López de Letona J, Villares P, Jiménez A. El paciente anciano polimedificado: efectos sobre su salud y sobre el sistema sanitario. *Inf Ter Sist Nac Salud* 2005;29:152-62.
- Gavilán Moral E, Morales Suárez-Varela MT, Hoyos Esteban JA, Pérez Suanes AM. Polimedicación y prescripción de fármacos inadecuados en pacientes ancianos inmobilizados que viven en la comunidad. *Aten Primaria.* 2006;38:476-82.
- Dekosky ST, Williamson JD, Fitzpatrick AL, Kronmal RA, Ives DG, Saxton JA, et al.. Ginkgo biloba for prevention of dementia. A randomized controlled trial. *JAMA.* 2008;300:2253-62.
- Wandel S, Jüni P, Tendal B, Nüesch E, Villiger PM, Welton NJ, et al. Effects of glucosamine, chondroitin, or placebo in patients with osteoarthritis of hip or knee: network meta-analysis. *BMJ* 2010;341:c4675.
- Muering P. The body politic: the relationship between stigma and obesity-associated disease. *BMC Public Health* 2008;8:128.
- Nelson HD, Walker M, Zakher B, Mitchell J. Menopausal Hormone Therapy for the Primary Prevention of Chronic Conditions: A Systematic Review to Update the U.S. Preventive Services Task Force Recommendations. *Ann Intern Med.* 2012;157:104-13.
- Sanfélix-Genovés J, Sanfélix-Gimeno G, Peiró S, Hurtado I, Fluixà C, Fuertes A, et al. Prevalence of osteoporotic fracture risk factors and antiosteoporotic treatments in the Velncia region, Spain. The baseline characteristics of the ESOSVAL cohort. *Osteoporos Int.* 2012; doi: 10.1007/s00198-012-2018-6.
- Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Nota Informativa 11/2005. Suspensión de comercialización de varaliprida (Agregal®). 23 de mayo de 2005.
- Villafaina Barroso A, Gavilán Moral E. Polimedicación e inadecuación farmacológica: ¿dos caras de la misma moneda? *Pharm Care Esp.* 2011;13:23-9.
- Jyrkkä J, Enlund H, Korhonen MJ, Sulkava R, Hartikainen S. Polypharmacy status as an indicator of mortality in an elderly population. *Drugs Aging* 2009;26:1039-48.
- Klarin I, Wimo A, Fastbom J. The association of inappropriate drug use with hospitalisation and mortality. *Drugs Aging.* 2005; 22: 69-82.
- Ortún V, Meneu R, Peiró S. Impacto de los servicios sanitarios sobre la salud. 2004. JEL Codes: I12, I31. Disponible en: <http://www.econ.upf.edu/~ortun/publicacions/752.pdf> (fecha de consulta de las webs en agosto de 2012)
- Bravo R, Calvo C, Fernández C, Gavilán E, Rosado A. Principios para una prescripción prudente: 24 principios para una prescripción más segura. [on line] Disponible en: <http://prescripcionprudente.wordpress.com/> (fecha de consulta de las webs en agosto de 2012)
- Merino A, Miguel F, Sanz R. Yo medicalizo, tú medicalizas, él... reflexiones y propuestas. *AMF* 2005;1:269-78.
- Gérvas J, Pérez Fernández M. Uso y abuso del poder médico para definir enfermedad y factor de riesgo, en relación con la prevención cuaternaria. *Gac Sanit.* 2006;20:66-71.
- Pérez-Fernández M, Gérvas J. El efecto cascada: implicaciones clínicas, epidemiológicas y éticas. *Med Clin (Barc).* 2002;118:65-7.

44. Segura A. Salud y sociedad. El papel de la medicina y la salud pública. Madrid; 2004. Disponible en: [http://www.uam.es/otros/asecoloh/otras%20publicaciones\\_archivos/salud\\_y\\_sociedad%20A%20segura.gif.pdf](http://www.uam.es/otros/asecoloh/otras%20publicaciones_archivos/salud_y_sociedad%20A%20segura.gif.pdf) (fecha de consulta de las webs en agosto de 2012)
45. Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud. Carta de Otawa para la promoción de la salud. Ottawa; 1986. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/HPP/OttawaCharterSp.pdf>. (fecha de consulta de las webs en agosto de 2012)
46. Gérvas J. Malicia sanitaria y prevención cuaternaria. *Gac Med Bilbao*. 2007;104:93-6.
47. Gérvas J, Gavián E, Jiménez L. Prevención cuaternaria: es posible (y deseable) una asistencia sanitaria menos dañina. *AMF*. 2012;8:312-327.
48. Borrell F. Entrevista Clínica. Manual de estrategias prácticas. Ed. Semfyc: Barcelona; 2004.
49. González P, de Benedetto MA, Ramírez I. El arte de curar: el médico como placebo. *Aten Primaria*. 2008;40:93-5.
50. Borrell i Carrió F, Hernández Clemente JC, Lázaro J. Demanda y queja en la entrevista clínica, conceptos clave para una práctica clínica segura. *Med Clin*. 2011;137:216-20.
51. Gérvas J, Pérez Fernández M. Cómo ejercer una medicina armónica: claves para una práctica clínica clemente, segura y sensata. *Docu-ENS* 2012. Módulo de Salud Pública y Administración Sanitaria. Actualizado a 8 de enero de 2012. Disponible en: <http://www.equipoceasca.org/uso-apropiado-de-recursos/como-ejercer-una-medicina-armonica-claves-para-una-practica-clinica-clemente-segura-y-sensata-2/>. (fecha de consulta de las webs en agosto de 2012)
52. Ostini R, Jackson C, Hegney D, Tett SE. How is medication prescribing ceased? A systematic review. *Med Care*. 2011;49:24-36.
53. American Geriatrics Society Updated Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. *JAGS* 2012;60:616-31.
54. Delgado Silveira E, et al. Prescripción inapropiada de medicamentos en los pacientes mayores: los criterios STOPP/START. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2009;44:273-9.
55. Garfinkel D, Mangin D. Feasibility study of a systematic approach for discontinuation of multiple medications in older adults: addressing polypharmacy. *Arch Intern Med*. 2010;170:1648-54.
56. Garfinkel D, Zur-Gil S, Ben-Israel J. The war against polypharmacy: a new cost-effective geriatric-palliative approach for improving drug therapy in disabled elderly people. *Isr Med Assoc J*. 2007;9:430-4.
57. Le Couteur D, Banks E, Gnjdic D, McLachlan A. Deprescribing. *Aust Prescr*. 2011;34:182-5.
58. Hardy JE, Hilmer SN. Deprescribing in the last year of life. *J Pharm Pract Res* 2011;41:146-51.
59. A practical guide to stopping medicines in older people. *Best Pract J*. 2010;27:10-23. Disponible en: [http://www.bpac.org.nz/magazine/2010/april/docs/bpj\\_27\\_stop\\_guide\\_pages\\_10-23\\_pf.pdf](http://www.bpac.org.nz/magazine/2010/april/docs/bpj_27_stop_guide_pages_10-23_pf.pdf) (fecha de consulta de las webs en agosto de 2012)
60. Clyne W, Blenkinsopp A, Seal R. A guide to medication review. 2008 National Prescribing Center. Disponible en: [http://www.npc.nhs.uk/review\\_medicines/intro/resources/agtmr\\_web1.pdf](http://www.npc.nhs.uk/review_medicines/intro/resources/agtmr_web1.pdf) (fecha de consulta de las webs en agosto de 2012)
61. Leikola S. Development and Application of Comprehensive Medication Review Procedure to Community-Dwelling Elderly. 2012. Disponible en: <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/30203/developm.pdf?sequence=1> (fecha de consulta de las webs en agosto de 2012)
62. Gavilán E, Villafaina A, Aránguez A, Sánchez GA, Suliman S, Junénez L. Índice de adecuación de los medicamentos. Versión española modificada. Ed: Laboratorio de Prácticas Innovadoras en Polimedición y Salud.
63. Iyer S, Naganathan V, McLachlan AJ, Le Couteur DG. Medication withdrawal trials in people aged 65 years and older: a systematic review. *Drugs Aging*. 2008;25:1021-31. doi: 10.2165/0002512-200825120-00004.
64. Schuling J, Gebben H, Veehof LJG, Haaijer-Ruskamp FM. Deprescribing medication in very elderly patients with multimorbidity: the view of Dutch GPs. A qualitative study. *BMC Family Practice* 2012. doi:10.1186/1471-2296-13-56.
65. Zapater Torras F, Vila Rigat R. Habilidades para no medicalizar. *FMC* 2008; 15: 672-7.
66. Amado Guirado E, Diego L, Ortún V. Mejorar la calidad asistencial no implica financiar públicamente cualquier medicamento. *Aten Primaria* 2012;44:187-9.
67. Laporte JR, Bosch M. Crisis y política de medicamentos. *Aten Primaria*. 2012. doi:10.1016/j.aprim.2012.03.006.
68. Palop Larrea V. Cinco años de tardes terapéuticas. *BIM de la Ribera*. 2010; nº41:166-7.
69. Boletín Oficial del Estado. Ley 29/2006 de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. BOE nºm 178 de 27/7/2006/o7/27/pdfs/A28122-28165.pdf ;
70. Ruano-Ravina A. Sociedades científicas y su relación económica con la industria. Situación en España. *Med Clin (Barc)*.2012;138:614-6.
71. Ruiz-Cantero MT, Cambronero-Saiz B. La metamorfosis de la salud: invención de enfermedades y estrategias de comunicación. *Gac Sanita*. 2011;25:179-81.
72. Editorial. Responsabilidad del médico de atención primaria en el uso racional de medicamentos. *Aten Primaria*. 1995;15:137-8
73. Meneu R, Ortún V. Transparencia y buen gobierno en sanidad. También para salir de la crisis. *Gac Sanit*. 2011;25:333-8
74. Sempere Verdú E, Palop Larrea V. Reacciones adversas y acontecimientos relacionados con los medicamentos. En: Guías de Actualización nº 11. Recomendaciones sobre el uso de los medicamentos. Grupo de Trabajo de Utilización de Fármacos de la semFYC. Barcelona 2012. semfyc ediciones.pag 57-67.
75. Yague Canet A, Vivas Maiques C, Sempere Verdú E, Bayon Rueda A. Realización de un vademécum personal. En: Guías de Actualización nº 11. Recomendaciones sobre el uso de los medicamentos. Grupo de Trabajo de Utilización de Fármacos de la semFYC. Barcelona 2012. semfyc ediciones.pag 23-30.
76. Moya Bernal A. Ética de la prescripción *Inf Ter Sist Nac Salud* 2011; 35: 57-63.
77. Sempere Verdú E, Bayón Rueda A, Palop Larrea V. La selección de medicamentos en el ámbito de la Atención Primaria. En: Guías de Actualización nº 11. Recomendaciones sobre el uso de los medicamentos. Grupo de Trabajo de Utilización de Fármacos de la semFYC. Barcelona 2012. semfyc ediciones. pag 9-22.
78. Schiff GD, Galanter WL, Duhing J, Lodolce AE, Koronkoswski MJ. Principles of conservative prescribing. *Arc Intern Med*. 2011;171:1433-40.
79. Prescripción saludable en tiempos de crisis. *Butll Groc*.2011;24:5-12;
80. Leonor Taboada. El contubernio de la medicalización, al desnudo. *MYS. Revista de Comunicación Interactiva*.2005;15:16-8. [http://mys.matriz.net/mys15/15\\_27.htm](http://mys.matriz.net/mys15/15_27.htm) (fecha de consulta de las webs en agosto de 2012)

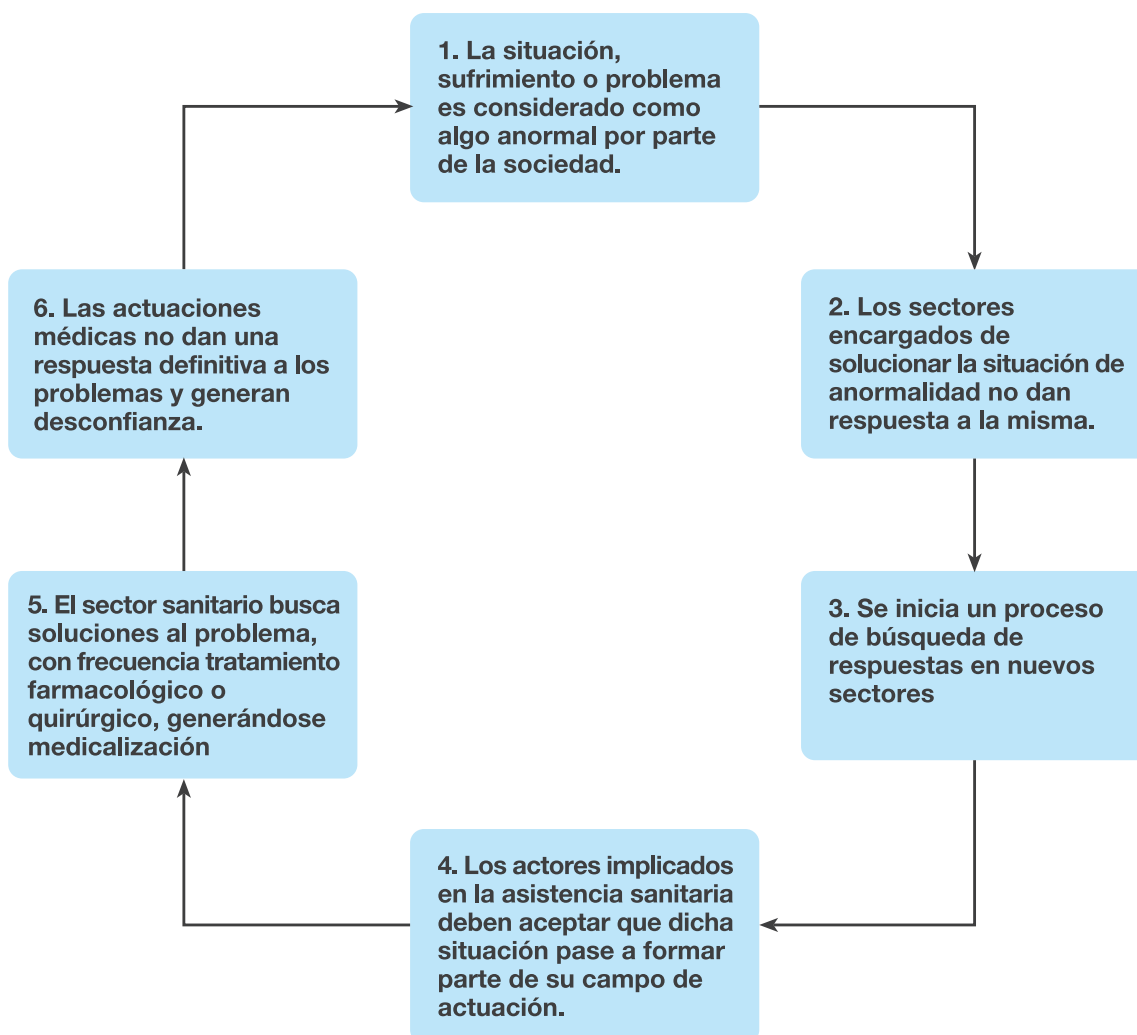


**Lecturas recomendadas**

- Illich I. Némesis médica: la expropiación de la salud. Barcelona: Barral Editores S.A.; 1976.
- Payer L. Disease Mongers: How Doctors, Drug Companies, and Insurers are Making You Feel Sick. New York: Wiley and Sons; 1992.
- Blech J. Los inventores de enfermedades: cómo nos convierten en pacientes. Barcelona: Destino; 2005.
- Marcia A. La verdad acerca de la industria farmacéutica: cómo nos engañan y qué hacer al respecto. Bogotá: Editorial Norma; 2006.
- Pignarre P. El gran secreto de la industria farmacéutica. Barcelona: Gedisa; 2005.
- Moynihan R, Cassels A. Medicamentos que nos enferman e industrias farmacéuticas que nos convierten en pacientes. Barcelona: Terapias Verdes/Navona; 2006.
- Girona L, Rovira J, Homedes N. Medicamentos. Entre la salud y el medicamento. Barcelona: Icaria editorial, s.a.; 2009.
- Sempere Verdú E, Vivas Maiques C. Uso racional de los medicamentos. Apuntes para el médico de familia, Grup del Medicament de la Societat Valenciana de Medicina Familiar i Comunitària. Valencia: Obrapropia, S.L.editorial. 2011.
- Guías de Actualización nº 11. Recomendaciones sobre el uso de los medicamentos. Grupo de Trabajo de Utilización de Fármacos de la semFYC. Barcelona. semfic ediciones; 2012

**Webs recomendadas:**

[farmacriticxs.blogspot.com.es](http://farmacriticxs.blogspot.com.es)  
[www.nogracias.eu](http://www.nogracias.eu)  
[www.healthonnet.org/HONcode](http://www.healthonnet.org/HONcode)  
<http://prescripcionprudente.wordpress.com/>  
<http://www.polimedicado.com>  
<http://autocuidado-de-la-salud.blogspot.com.es/>

**Figura 1. Etapas de la medicalización.**

Tomada de: Orueta Sánchez R, Santos Rodríguez C, González Hidalgo E y col. Medicalización de la vida (I). Rev Clín Med Fam. 2011;4:150-61.

**Tabla 1. Requisitos para desprescribir**

• Tener presente que más no siempre es mejor y que es más fácil iniciar un tratamiento que suspenderlo.
• Disponer de guías de práctica clínica menos rígidas e intervencionistas.
• Luchar contra la desidia y las inercias terapéuticas. Revisar, revisar y revisar.
• Entender todo encuentro clínico como una oportunidad para valorar la adecuación de las prescripciones.
• Tener un conocimiento adecuado acerca de los medicamentos, de los pacientes y de su contexto.
• Reconocer la necesidad de desprescribir cuando los medicamentos son más perjudiciales que beneficiosos, ante reacciones adversas, falta de indicación o ausencia de respuesta, ante cambios de objetivos terapéuticos o cuando la expectativa de vida es menor que el tiempo necesario para obtener los beneficios de un determinado fármaco.
• Fomentar la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales y partes implicadas en el proceso de prescripción-dispensación de medicamentos.
• Potenciar una relación médico-paciente terapéutica, de confianza, basada en la comunicación y en decisiones compartidas.
• Desmedicalizar la vida cotidiana.

**Tabla 2. Habilidades para desprescribir**

• No iniciar un medicamento.
• Preparar al paciente desde el mismo momento que se prescribe un fármaco, pues ningún fármaco es “para toda la vida”.
• Priorizar objetivos terapéuticos.
• Favorecer las decisiones compartidas y tener en cuenta las preferencias de los pacientes, familiares y cuidadores.
• Utilizar herramientas de ayuda para mejorar la prescripción y desprescribir siempre que sea posible: criterios STOPP/START, MAI.
• Adaptar el ritmo de desprescripción a las posibilidades reales.
• Comenzar el proceso de desprescripción con los fármacos inapropiados o que ya no se usan.
• Considerar como posible efecto adverso cualquier nuevo síntoma, especialmente en pacientes ancianos (caídas, incontinencia urinaria, cambios de comportamiento, desorientación...)
• Reducir las dosis progresivamente y suspender fármaco tras fármaco.
• Monitorizar la respuesta de la desprescripción.
• Desarrollar habilidades en entrevista clínica.

**Tabla 3. Principios de prescripción prudente**

<p>1. Pensar en alternativas al medicamento Ofrecer, de entrada, medidas no farmacológicas. Considerar el tratamiento de las causas subyacentes del problema. Buscar oportunidades para fomentar la prevención. Utilizar la prueba del tiempo antes de proponer un tratamiento (actuar sin prisa)</p>
<p>2. Practicar una prescripción más estratégica Utilizar pocos medicamentos y aprender a utilizarlos bien (vademécum personal). Evitar cambios de nuevos tratamientos sin una clara y convincente razón basada en pruebas. Ser escéptico sobre la individualización de los medicamentos. Siempre que sea posible, no iniciar más de un tratamiento a la vez.</p>
<p>3. Vigilar la aparición de efectos secundarios de medicamentos Mantener un elevado grado de sospecha sobre las posibles reacciones adversas. Educar a los pacientes sobre la posibilidad de aparición de reacciones adversas. Mantener la alerta sobre posibles efectos de la discontinuidad de los medicamentos.</p>
<p>4. Mantener la precaución y el escepticismo sobre los nuevos medicamentos Informarse sobre los nuevos medicamentos en fuentes de información fiables e independientes. No tener prisa por probar los nuevos medicamentos. Asegurarse de que el medicamento es eficaz para tratar la enfermedad del paciente y no una variable intermedia. Estar atento a la posible distorsión de las indicaciones. El que un medicamento este autorizado para una determinada indicación no implica que deba utilizarse como primera elección. No dejarse seducir por la sofisticación de la farmacología molecular (ingeniería recombinante, pegilación...) Estar atentos a la posible publicación selectiva de estudios.</p>
<p>5. Implicar a los pacientes para definir una agenda terapéutica compartida No sucumbir de forma irreflexiva a las demandas de los pacientes, especialmente si han sido sometidos a publicidad relacionada con el medicamento solicitado. Evitar tratar problemas refractarios sin tener en cuenta el posible incumplimiento terapéutico. Evitar volver a prescribir a un paciente un tratamiento que previamente resultó inefectivo y ocasionó algún efecto secundario. Suspender los tratamientos que no son efectivos o que han dejado de ser necesarios. Discutir con los pacientes la necesidad de hacer un uso prudente de los medicamentos.</p>
<p>6. Considerar el impacto a largo plazo de los tratamientos Pensar en la relación beneficio/riesgo del medicamento a largo plazo. Buscar oportunidades para mejorar los sistemas de prescripción y realizar las modificaciones necesarias para efectuar una prescripción más segura.</p>

Tomada de: Schiff GD, Galanter WL, Duhing J, Lodolce AE, Koronkoswski MJ, Lamber BL. Principles of conservative medicine. Less is more. *Arc Intern Med.* 2011;171:1433-40. (Adaptación al castellano en el blog [prescripciónprudente](#))

