

EL CONSUM DE MEDICAMENTS EN EL NOSTRE SISTEMA SANITARI

*M. Porta
J.R. Laporte
D. Capellà
R. Gisbert
M.L. Martin*

1. Introducció

Els estudis sobre l'ús de medicaments ("drug utilization") han estat definits com els centrats en "la comercialització, distribució i ús de medicaments en una societat, amb especial èmfasi en les conseqüències mèdiques, socials i econòmiques". (1)

Aquest és un enfoc sanitari de la Farmacologia clínica. L'estudi dels medicaments també es realitza en les fases prèvies a la comercialització (les anomenades fases I, II, i III de l'assaig clínic) i en la fase IV o de postcomercialització, en la qual l'objectiu és detectar (principalment a través d'estudis epidemiològics) efectes dels medicaments que, per inesperats o per poc freqüents, no és possible observar en les fases anteriors. (2) Segons el tipus d'efectes observats, el fàrmac serà modificat, retirat del mercat o utilitzat per a una altra indicació.

En els darrers quinze anys la recerca en Farmacologia Clínica ha demostrat repetidament que, sovint, els medicaments no són emprats amb profit de tot el seu potencial, tant en termes d'eficàcia com de seguretat. Els medicaments, per si sols, no són suficients per a proporcionar una assistència sanitària adequada, però juguen un paper important en la protecció, manteniment i recuperació de la salut de la població. La preocupació pel seu ús inadequat o subòptim sorgeix de la presa de consciència de dos fets: el seu cost econòmic i el risc que produeixin reaccions adverses.

Les àmplies deferències en els perfils de consum dels diferents països es deuen a diferències culturals, sanitàries, econòmiques i polítiques, que es reflecteixen també en diferents sistemes d'informació i de control. (3)

En una època en què sectors de la població i de professionals sanitaris tenen la impressió que generalment els medicaments fan més mal que bé, convé engegar estudis d'utilització de medicaments per tal d'establir relacions benefici/risc i benefici/cost; el càlcul objectiu d'aquestes relacions esdevé la base per a la presa racional de decisions en salut pública.

La manca d'uns criteris absolutament precisos sobre les pautes de tractament, és a dir, la impossibilitat d'una resposta total a la pregunta "en què consisteix una terapèutica farmacològica òptima?", afegeix complexitat a aquest controvertit camp sanitari.

2 Els estudis d'utilització de medicaments

Objectius. Els estudis d'utilització de medicaments són emprats per als següents objectius:

1. Detectar problemes i definir àrees prioritàries d'investigació sobre la seguretat i eficàcia absolutes i relatives dels fàrmacs (relacions benefici/risc i benefici/cost).
2. Assenyalar —després d'una interpretació correcta de situacions terapèutiques rellevants— l'ús inadequat de medicaments o de grups terapèutics.

3. Fer estimacions de l'exposició a medicaments de poblacions específiques.
4. Mesurar la incidència de reaccions adverses.
5. Mesurar els canvis en l'exposició a fàrmacs amb el temps, i particularment en relació a les mesures informatives i reguladores de les autoritats sanitàries.

Fonts d'informació. Existeixen bàsicament les següents fonts d'informació sobre ús de medicaments: (4)

- A. *Fonts oficials.* Dades sovint poc elaborades estadísticament, amb retard i amb déficits respecte a la prescripció individual dels metges, indicacions del tractament, característiques dels pacients i medicaments de venda sense recepta.
- B. *Fabricants i distribuïdors.* La indústria farmacèutica i els majoristes distribuïdors posseeixen bona informació —quantitativament i qualitativament—, però d'accés restringit, per raons de competitivitat comercial.
- C. *Informes de farmàcies.* Aporten dades de medicaments venuts amb i sense recepta de protegits per la Seguretat Social (treballadors i pensionistes, diferenciabls entre ells), i no protegits per la Seguretat Social.
- D. *Consumidors.* Són l'única via de conèixer el consum real pel pacient, tant dels fàrmacs receptats pel metge com dels "de mostrador". La informació obtinguda de l'usuari permet conèixer fins a quin punt els fàrmacs són adquirits però no consumits, o no són consumits segons les indicacions del metge prescriptor.
- E. *Històries clíniques de metges.* Forneixen informació que relaciona la prescripció amb l'edat, sexe, ocupació, estatus social i patologia dels pacients. Són realitzades a petita escala i poc representatives del conjunt de metges d'una comunitat.
- F. *Històries clíniques d'hospitals.* La seva limitació principal és el fet que els centres hospitalaris només són responsables d'una petita i específica part de la prescripció.
- G. *Mostratges de vendes.* Serveis realitzats per empreses especialitzades que venen els resultats a empreses del sector. Es fan a través de metges, pagats per a informar dels seus hàbits de prescripció, que són relativament poc representatius de tota la professió mèdica.

3. Aproximació quantitativa a l'estudi del consum de medicaments en el sistema sanitari espanyol

La despesa de medicaments per càpita a Espanya és la més alta d'Europa en relació a la renda per càpita (vegeu la Taula I).

El mercat espanyol representa aproximadament un 3% de tot el mercat mundial, amb una xifra de negocis d'uns 1500 milions de dòlars, i ha ocupat sempre un lloc entre els deu primers països consumidors, en xifres absolutes. (5)

És per tant important constatar que "la desviació del consum de medicaments, a Catalunya com a la resta de l'Estat Espanyol, fa inevitable que les despeses exagerades en medicaments redueixin la possibilitat de beneficiar i potenciar altres serveis de salut que són neament insuficients, en molts casos, per cobrir les necessitats essencials". (7)

A Espanya el consum de medicaments augmenta d'una manera continuada i ha arribat en l'actualitat a xifres molt notables. La Taula II mostra l'evolució de les vendes de productes farmacèutics en el mercat espanyol durant els darrers anys. Bé que l'augment del preu per unitat de consum pot haver influït en les xifres recollides, és evident que ha augmentat també la quantitat de medicaments dispensats, tal com mostra la Taula III.

La despesa de farmàcia suposa una proporció elevada del pressupost global de la Seguretat Social. Per raons que més endavant examinarem, aquesta proporció ha disminuït els darrers anys. Tanmateix, la Seguretat Social s'ha anat convertint en un monopoli de consum, i la seva participació en el mercat global de productes farmacèutics ha augmentat molt (vegeu la darrera columna de la Taula II). Aquest fenomen ha fet afirmar a molts

Taula I. Consum farmacèutic per càpita en relació a la renda per càpita en alguns països europeus (1977)

País	(1) Consum farmacèutic per càpita (\$, 1977) [~]	(2) Renda per càpita (\$, 1977) [*]	(1) com a % de (2)
Àustria	24.3	5564	0.44
Bèlgica	46.2	7394	0.62
Dinamarca	25.2	8295	0.30
Finlàndia	42.6	5652	0.75
França	46.0	6304	0.73
Grècia	25.3	2795	0.91
Irlanda	16.3	2420 ≠	0.67
Itàlia	28.1	2730 ≠	1.03
Espanya	30.6	2925	1.05
Regne Unit	16.9	3831	0.44
R.F.A.	48.7	7328	0.66

([~]) Dades d'Arranz (5).

(^{*}) Dades de *Statistical Yearbook* (1978) (6).

(≠) 1976.

Taula II. Percentatges de la prestació farmacèutica de la S.S. sobre el cost total de l'assistència sanitària de la S.S. i sobre el Mercat Total

Any	Assistència sanitària (en milions) (a)	Total prestació farmacèutica ([*]) (en milions, cost)(b)	% de (b) sobre (a)	% S.S. sobre M.T.
1967	20.780	10.083	49	41
1968	25.550	12.860	50	44
1969	32.654	17.366	53	51
1970	44.059	21.692	49	58
1971	56.738	28.056	49	63
1972	76.333	35.187	46	69
1973	105.088	46.670	44	69
1974	133.699	53.834	40	70
1975	175.108	63.614	36	74
1976	221.927	76.910	35	74
1977	312.202	88.395	28	80
1979	435.737	95.862	22	80
1980	480.075	100.816	21	80

(^{*}) Inclou aportació del treballador.

Font: 1969 a 1977, Arranz (5); 1979 i 1980, De Istúriz et al. (8), Gisbert (9) i Duran (10).

autors que el creixement de la indústria farmacèutica s'ha realitzat fonamentalment a càrrec de la Seguretat Social.

Hom pot observar que la prestació farmacèutica de la Seguretat Social continua essent molt important, tant en si mateixa (uns cent mil milions), com pel que representa en relació a la renda nacional (un 13%) i al mercat general (un 80%).

Malgrat aquest fet, la Seguretat Social no assumeix el paper que li pertoca de monopoli de consum. És obvi que la racionalització del consum de la Seguretat Social repercutiria extraordinàriament en el consum total.

Per tenir una idea del que aquestes xifres representen, cal indicar que la despesa de medicaments als Països Escandinaus oscil·la entre un 8% i 10% del pressupost total dedicat a assistència sanitària, i la mitjana de la Comunitat Econòmica Europea se situa al voltant del 12%, mentre que les xifres espanyoles són similars a les d'alguns països africans i d'Amèrica Llatina.

La farmàcia hospitalària representa entre un 3% i un 4% de la despesa global de farmàcia (vegeu la Taula IV). Està clar que qualsevol intervenció racionalitzadora feta a nivell hospitalari no sols millora la qualitat de l'assistència als malalts hospitalitzats sinó que a més té repercussions culturals indirectes cap a fora dels hospitals, sobretot si aquesta mena d'intervenció es realitza en els hospitals petits de nivell comarcal. Però malgrat que les experiències, són encara escasses, en el camp de la Farmacologia clínica hospitalària i de la Farmàcia hospitalària realitzades en el nostre país, llur repercussió ha estat més qualitativa que quantitativa, i es limitarà sempre a la institució hospitalària.

Tornant a la despesa global de medicaments a la Seguretat Social, cal assenyalar que la contenció, molt relativa, produïda en els costos farmacèutics no s'ha donat en els costos hospitalaris i de personal, els quals han influït molt en l'expansió dels costos de l'assistència sanitària general.

Alts càrrecs de l'Administració han reconegut que aquestes xifres són absolutament injustificables i han demanat que siguin "asumidas las responsabilidades de la demora (de mesures correctores) a partir del informe al Gobierno de Julio de 1969". Només si des de 1970 la proporció esmentada de despesa de medicaments per la Seguretat Social hagués estat del 20%, l'estalvi hauria estat de més de dos-cents mil milions de pessetes.

Deixem, doncs, per a un altre moment l'anàlisi en profunditat de les mesures que les autoritats sanitàries espanyoles han pres aquests darrers anys; creiem que, per elles mateixes, no han determinat cap progrés remarcable, i que les mesures instaurades no han suposat cap progrés social en el control del consum. Assenyallem ara només que, sense revisar la normativa dels medicaments d'una manera seriosa, sense retirar del mercat les especialitats ja obsoletes, sense millorar la normativa per a la realització d'assaigs clínics, sense millorar la dotació material i sobretot de personal del "Centro Técnico de Farmacología", sense controlar i eventualment censurar la publicitat sobre medicaments, l'Administració només ha pres una mesura d'efectivitat real, però discutible: l'augment progressiu, del 10% al 40%, de l'aportació directa de l'assegurat en el pagament de les medecines que li són prescrites en règim ambulatori.

Una mesura positiva, tanmateix, ha estat el control del "tarugo" (és a dir, les percepcions rebudes pel metge com a premi per receptar productes de determinats laboratoris farmacèutics). Però és important remarcar que no coneixem bé els factors determinants del consum. Aquest punt és tractat en una altra part del present treball.

4. Aproximació qualitativa a l'estudi de l'ús de medicaments en el sistema sanitari espanyol

Per la realització d'estudis sobre l'ús dels medicaments hom acostuma a dividir-los segons els anomenats grups terapèutics. Un medicament forma part d'un grup terapèutic o d'un altre segons les seves característiques químiques i farmacològiques, però sobretot segons la seva principal indicació terapèutica. La classificació per grups terapèutics no acos-

**Taula III. Evolució del nombre de receptes per assegurat
(mitjana mensual)**

ANYS	Nombre RECEPTES
1967	1,62
1968	1,79
1969	2,11
1970	2,18
1971	2,28
1972	2,37
1973	2,63
1974	2,59
1975	2,73
1976	2,79
1977	2,89

Dades d'Arranz (5).

**Taula IV. Proporció de la prestació farmacèutica sobre el cost de l'Assistència
Sanitària de la Seguretat Social**

ANY	(a) Assistència Sanitària	(b) % Farmàcia extra- hospitalària sobre (a)	% Farmàcia hospita- l·lària sobre (b)
1967	20.780	48.9	3.2
1968	25.550	49.8	2.9
1969	32.654	52.8	3.1
1970	44.059	48.4	3.3
1971	56.738	49.5	3.6
1972	76.333	46.0	3.9
1973	105.088	48.1	3.5
1974	133.699	43.9	3.7

Dades d'Arranz (5)

tuma a suposar cap problema quan l'especialitat farmacèutica considerada té un sol principi actiu, és a dir una sola indicació terapèutica. Malgrat alguns inconvenients, aquesta classificació serveix per tenir una idea aproximada del consum de medicaments en un país.

L'ús d'alguns grups terapèutics és entre nosaltres exageradament elevat. Una anàlisi detallada del consum per grups terapèutics ens mostra, durant el període 1970-74, el gran pes dels antibiòtics. Aquests ocupen el primer lloc tant en unitats consumides com en valor, amb molta diferència respecte als altres grups terapèutics. Hom observa també un sensible augment en el consum de fàrmacs amb activitat sobre el sistema cardiovascular i de psicòtrops, així com una disminució relativa del consum d'hormones i especialment de vitamines. En comparar el consum per grups terapèutics entre diferents països hom observa grans diferències. A tall d'exemple, mentre a Espanya els antibiòtics representen 27,3% del mercat, a Alemanya el tant per cent que aquest grup representa és de 4,1% (vegeu la Taula V).

Taula V. Consum de productes farmacèutics en els principals mercats. Any 1973. Tant per cent que cada grup terapèutic representa sobre el mercat total en valors

	U.S.A.	Japó	Alemanya	França	Itàlia	Espanya	R.U.	Brasil	Mèxic
Analgèsics	5,9	2,0	5,0	5,5	4,4	3,3	5,1	4,7	4,2
Antireumàtics	2,6	5,8	6,3	4,0	4,0	3,7	7,5	2,1	2,0
Antibiòtics	9,4	22,6	4,1	8,5	10,8	27,3	13,5	18,1	19,6
Psicòtrops	1,8	5,4	5,0	7,0	1,9	4,5	7,9	4,4	4,5
Terap. cardiovascular	9,3	9,8	18,2	14,6	8,1	5,2	11,0	5,2	4,2
Terap. ap. respiratori	1,7	1,7	6,7	7,2	6,2	4,1	6,4	5,4	5,8
Terap. dermatològica	2,6	3,8	5,9	4,6	4,7	4,3	1,5	2,8	2,7
Hormones	9,9	2,9	2,9	4,4	8,4	4,3	7,2	10,4	9,9
Vitamines	6,9	8,0	3,4	3,0	5,1	5,4	2,2	7,9	6,6

Font: James, B.G. The future of the multinational pharmaceutical industry to 1990 Associated Business Programmes London, London 1977. Citat per Gisbert (9).

Taula VI. Grups terapèutics més venuts a Espanya, 1968-1975

Any	Classificació dels grups terapèutics per vendes			
	1	2	3	4
1968	Antibiòtics	Ap. respiratori	Vitamines	Hormones
1969	Antibiòtics	Ap. respiratori	Vitamines	Antianèmics
1970	Antibiòtics	Ap. respiratori	Vitamines	Antianèmics
1971	Antibiòtics	Ap. respiratori	Vitamines	Antianèmics
1972	Antibiòtics	Ap. respiratori	Vitamines	Ap. cardiovascular
1973	Antibiòtics	Ap. respiratori	Ap. cardiovascular	Tònics i reconstituents
1974	Antibiòtics	Ap. respiratori	Ap. cardiovascular	Tònics i reconstituents
1975	Antibiòtics	Ap. respiratori	Ap. cardiovascular	Ter. dermatològica

En el període 1975-79 s'ha produït un augment del consum d'antibiòtics, vasodilatadors perifèrics i analgèsics, bé que el consum d'antibiòtics (en unitats consumides) es manté entre els tres primers grups terapèutics.

En la Taula VI indiquem els grups terapèutics més venuts per la Seguretat Social a Espanya el període 1968-1975. La informació comparativa entre grups terapèutics pot venir donada en unitats venudes o en despesa originada per cada grup en milers de pessetes. Així com aquesta darrera dóna una orientació del pes econòmic de cada grup, la primera dóna una informació de més valor sanitari. L'anàlisi del consum de medicaments, expressat en unitats venudes, permet identificar quins grups són més prescrits pel metge i quins són més objecte d'automedicació. La figura 1 representa la proporció en què cadascun dels vuit grups terapèutics més consumits contribueix al consum del mercat total i de la Seguretat Social. Hom pot veure com els analgèsics són molt més objecte d'automedicació (són un 13,2% del mercat total de medicaments) que de prescripció mèdica (són un 5,1% del consum de la Seguretat Social), mentre que en els antibiòtics i antitoxígens i expectorants es dóna un fenomen invers.

En la figura 2 representem l'evolució del consum de diversos grups terapèutics, expressat per unitats per càpita, el període 1975-1978. Tanmateix, el nombre d'unitats venudes d'un determinat grup de medicaments no dóna una informació molt exacta. Així, hi ha unitats (caixes, flascons, sobres, etc.) que contenen 2 píndoles i unitats que en contenen cinc-

MERCAT TOTAL		SEGURETAT SOCIAL
2,3%	LAXANTS	0,8%
3,3%	ANTIINFLAMATORIS	4,8%
4,6%	TERÀPIA GASTROINTESTINAL	4,5%
4,8%	TERÀPIA CARDIOVASCULAR	5,8%
5,6%	VITAMINES, TÒNICS & RECONSTITUENTS	6,9%
11,9%	ANTIBIÒTICS	16,9%
12,9%	ANTITUSÍGENS & EXPECTORANTS	13,9%
13,2%	ANALGÈSICS	5,1%

Figura 1.- Consum dels vuit grups terapèutics més consumits a la Seguretat Social i al mercat total.

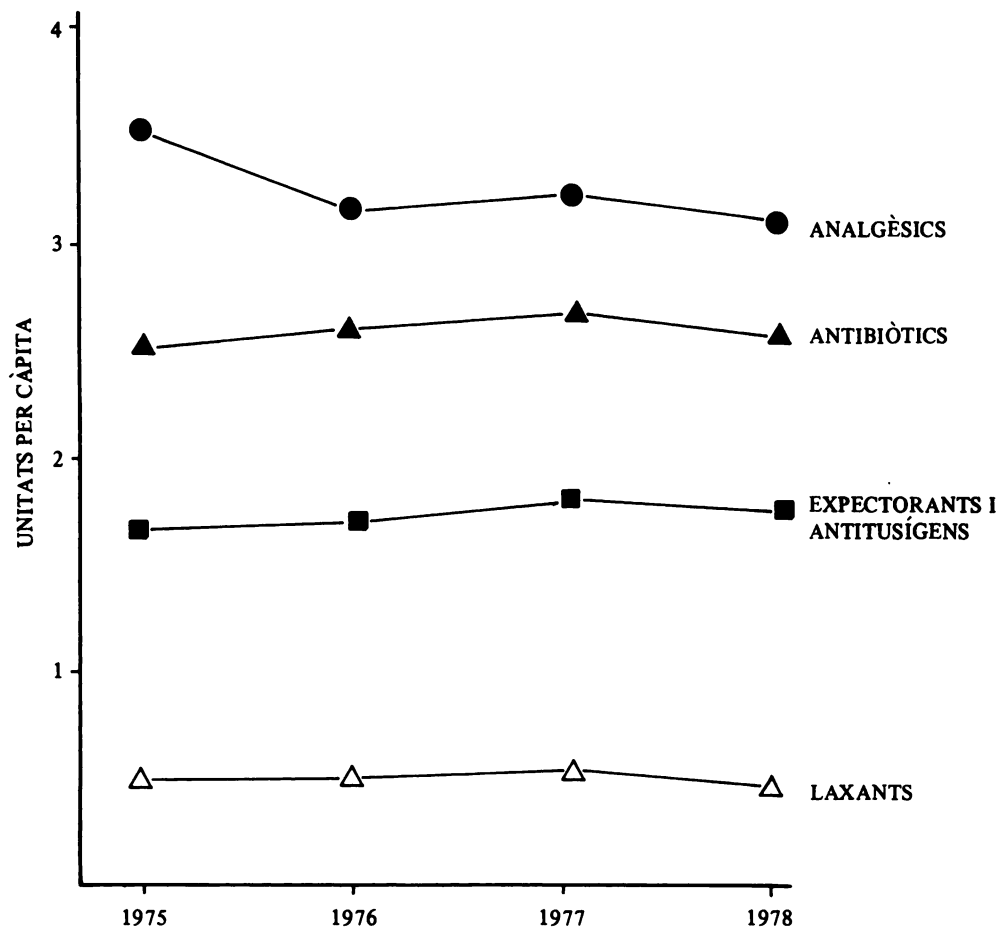


Figura 2.- Evolució del consum de quatre grups terapèutics, en unitats per càpita. 1975-1978.

centes. A més, el contingut del fàrmac de les píndoles pot variar d'un país a l'altre, o fins i tot d'un any a l'altre en el mateix país.

Per aquest motiu hom utilitza una unitat internacional arbitrària de mesura i comparació de consum, la dosi diària definida (DDD) de cada principi actiu. El nombre de DDD d'un producte consumit per 1.000 habitants i per 24 hores dona una idea del nombre de pacients tractats amb aquest producte en un moment determinat. En la figura 3 representem el consum d'analgèsics menors a Espanya l'any 1980, expressat en dosis diàries definides. Aquest tipus d'estudi, que aquí presentem de manera molt sintètica, pot ajudar a identificar prioritats d'intervenció sanitària, pot proporcionar denominadors de consum quan hom estudia la incidència de reaccions adverses produïdes per medicaments, i en definitiva construir una base sòlida per a una política de racionalització del consum de medicaments.

5 La necessitat de la selecció de medicaments

Les dades anteriors, necessàriament sintètiques, donen una idea de la importància potencial del medicament a l'hora d'elaborar una política sanitària. Però els medicaments no sols tenen una repercussió econòmica directa sobre la despesa sanitària del país: com és ben sa-

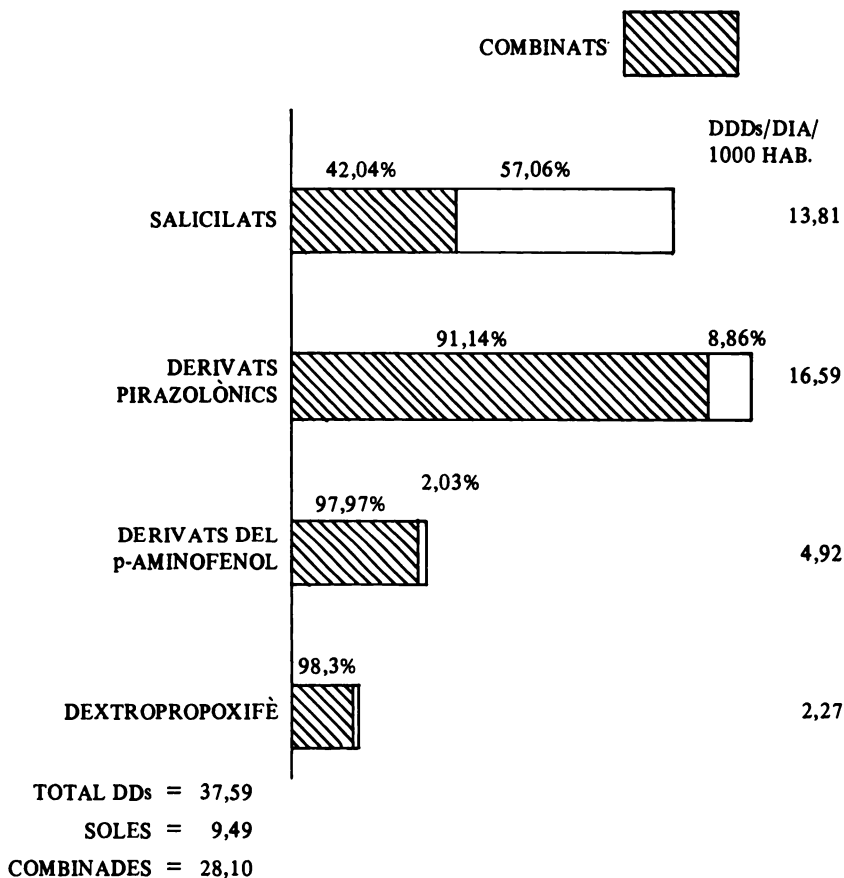


Figura 3.- Consum d'analgèsics menors a Espanya, 1980. (Expressat en DDDs/1000 habitants/dia). Els derivats de les pirazolones suposen el 44,13% del total del consum d'analgèsics.

but, es tracta de productes que, ben utilitzats, poden constituir veritables eines de salut; però, malauradament, poden no tenir cap eficàcia o fins i tot produir efectes lesius sobre el que els rep. Les repercussions sanitàries de l'ampli ús de medicaments que es fa al nostre país no han estat avaluades, ni pel que fa als possibles beneficis que es puguin derivar de llur ús, ni pel que fa a les reaccions adverses o efectes indesitjables que produeixen.

El nombre d'especialitats farmacèutiques registrades a Espanya és molt elevat. El "Catálogo General de Especialidades Farmacéuticas" editat pel "Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos", i que és l'únic document oficial existent a Espanya sobre medicaments comercialitzats, descriu 6822 especialitats en la seva edició de 1981. Tanmateix, segons el banc de dades "Espes" del CINIME (Centro de Información de Medicamentos, organisme que depèn de la Seguretat Social) hi ha a Espanya 8003 especialitats farmacèutiques, amb 17778 presentacions diferents. D'aquestes, 7879 (44,3%) contenen un sol principi actiu, la resta són combinacions. Al mercat farmacèutic espanyol hi ha 2477 principis actius. De fet, dades obtingudes de CINIME indiquen que el consum està molt polaritzat cap a determinades especialitats, i que d'algunes gairebé no se'n venen. Hom ha calculat que les 500 especialitats més venudes suposen aproximadament el 70% del valor del mercat farmacèutic total.

En la nostra opinió l'oferta de principis actius i d'especilitats és excessiva. Aquest fet resulta obvi si hom compara aquestes xifres amb el nombre de principis actius inclosos a la darrera edició de la *Llista de Medicaments Essencials de l'OMS*, (11) que és de 210-220, incloent vacunes, líquids d'infusió, vitamines, alguns productes diagnòstics i alguns antídots (dels 160 fàrmacs que queden quan hom resta els esmentats, uns 55 són antibiòtics i quimioteràpics antibacterians, 20 són cardiovasculars i només 6 són psicòtrops). És més: després de la publicació de la primera edició de la Llista de l'OMS, diversos grups i comitès a diferents països han elaborat llistes, índexs o formularis de medicaments, tot seguint les recomanacions de l'OMS en el sentit de confeccionar llistes, adaptades a la realitat de cada país. (11)

Doncs bé, quan l'objectiu de treball és escollir el medicament adequat per a un pacient determinat sobre la base de criteris terapèutics fiables, les decisions coincideixen. Així, hom ha pogut comprovar que, malgrat llurs diferents entorns culturals, polítics i sobretot sanitaris, el *British National Formulary* (1976), el *Formulario Nacional de Medicamentos* de Portugal (1978), el *Prontuario per la Practica Terapeutica Extraospedaliara* de la regió Lombarda (1978) i l'*Índex Farmacòlogic* de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i de Balears (1980) no es diferencien de manera significativa en el nombre de medicaments que inclouen. (12)

La necessitat de reduir la lliure circulació de fàrmacs en les nostres societats, mitjançant l'adopció de criteris de selecció adequats, no és sols una qüestió de qualitat del producte (que ha de ser garantida pels fabricants i per les autoritats sanitàries), sinó que a més és qüestió de qualitat de la *utilització dels medicaments* per part dels prescriptors i dels usuaris. Així, mai ningú no ha demostrat que un nombre infinit de fàrmacs doni lloc a més grans beneficis per a la salut pública que una oferta més reduïda. Al contrari, un nombre elevat de medicaments pot provocar confusió a tots nivells de la cadena terapèutica, i constituir un malbaratament de recursos humans i monetaris. L'experiència de selecció de medicaments per comitès d'experts als Països Escandinaus ha demostrat que hom pot cobrir les necessitats dels tractaments *de rutina* amb uns 200 fàrmacs. (13)

6 Possibles actuacions per corregir el mal ús dels medicaments, reduir-ne la despesa innecessària i encoratjar la comercialització dels productes que prestin una millor relació benefici-risc.

- 6.1. Cal millorar les normes de registre de medicaments en el nostre país. La normativa sobre aquest tema ha variat des de l'any 1962, però amb una lentitud exasperant. Així, per exemple, només l'any 1974 es fa pública i legal la necessitat de l'assaig clínic de medicaments per llur comercialització. La realització espanyola no dona cap normativa sobre la realització d'aquests assaigs. Cal que els organismes autònoms que tinguin transferides funcions d'assistència sanitària elaborin normes de realització d'assaigs clínics, que garanteixin el respecte als drets dels pacients o voluntaris sans que hi participen, i que alhora garanteixin la necessitat i l'oportunitat de la investigació.
- 6.2. Cal restringir la promoció publicitària dels medicaments, de manera que només hi puguin ésser esmentades les indicacions d'eficàcia comprovada en assaigs clínics.
- 6.3. Cal encoratjar l'adopció d'un sistema d'"*eficàcia relativa*" per al registre de nous productes. Aquest tipus de sistema no hauria de permetre el registre de congèners de productes ja comercialitzats, a no ser que els nous congèners tinguessin l'avantatge demostrat d'una superior eficàcia clínica, una menor incidència d'efectes indesitjables o un menor cost. Aquesta mesura encoratjaria la investigació de la indústria en dues direccions: la recerca de nous productes i la recerca de noves indicacions i normes d'ús per als vells productes.
- 6.4. Afavorir el desenvolupament d'especialistes en Farmacologia clínica (com a especialitat mèdica), a fi que l'avaluació dels efectes desitjables o indesitjables que produei-

xin els medicaments, l'avaluació de la publicitat de la indústria farmacèutica que ha de fer l'Administració i l'avaluació dels assaigs clínics sigui feta per personal amb la formació suficient.

- 6.5. Avaluar els efectes de la comercialització de nous medicaments mitjançant l'ús d'estudis epidemiològics, com l'anàlisi de les estadístiques vitals, els estudis prospectius de morbiditat i altres tècniques utilitzades correntment en altres països.
- 6.6. Realitzar estudis sobre ús de medicaments, que permetin establir àrees d'interès prioritari en la informació i en la investigació.
- 6.7. Engegar programes de formació i informació continuades sobre els medicaments, dirigits sobretot als professionals sanitaris. Experiències com la recent publicació entre nosaltres de l'Índex Farmacològic haurien d'estar emmarcades entre les tasques d'un centre d'informació sobre els medicaments, amb altres funcions: assegurar la continuïtat d'aquests programes; difondre materials informatius sobre aspectes nous o poc coneguts de l'ús de medicaments; elaborar materials per situacions específiques, com per exemple: assistència hospitalària, pediatria, psiquiatria, etc.; organitzar reunions i seminaris sobre aspectes concrets de l'ús de medicaments (per exemple contracepció, tractament de la hipertensió i altres malalties cardiovasculars, ús de psicofàrmacs etc.).
- 6.8. Posar en marxa programes de detecció de reaccions adverses en medicaments, en col·laboració amb altres centres, i concretament amb la xarxa de centres de Farmacovigilància de l'OMS.
- 6.9. Cal que la Seguretat Social assumeixi en conseqüència el seu paper de monopoli de consum de medicaments: exigint les dades de consum de medicaments de què disposa la indústria farmacèutica, negociant el preu dels medicaments, intervenint en l'elaboració dels materials informatius sobre medicaments elaborats per la indústria farmacèutica, establint mecanismes de control de la prescripció mèdica de la Seguretat Social, etc.

Com hom pot veure, aquestes mesures parteixen d'una observació: els medicaments eficaços no són dolents, el que passa és que estan mal utilitzats; i tendeixen a afavorir una pràctica: l'ús racional dels medicaments.