

PRESENTACIÓN



El tema que ocupa el décimo Encuentro Quiral, «Medicamentos y yatrogenia» me produce una cierta intranquilidad. Mi experiencia y trayectoria personal ha estado muy unida a los medicamentos: los he dispensado en la farmacia, los he fabricado en el laboratorio y los he investigado, y nunca han dejado de producirme esa sensación. Cualquier detalle por insignificante que parezca es crucial: una modificación en la dosis, una corrección en la temperatura de secado o haber omitido un dato significativo pueden cambiar el resultado.

A pesar de esa intranquilidad que me causa hablar de medicamentos –que ni tan siquiera hoy, rodeado de expertos, dejo de notar–, hay que reconocer que el medicamento es el instrumento que ha posibilitado un incremento en la calidad de vida de la humanidad, otorgando bienestar y prolongando la supervivencia.

Es evidente que, en ese sentido, los conocimientos y buenas prácticas de los profesionales de la medicina han influido en los avances producidos, como también lo han hecho las Administraciones competentes al regular y autorizar la puesta en el mercado de los nuevos medicamentos mediante procedimientos legales avalados por ensayos y controles científicos cada vez más rigurosos.

Desearía poner énfasis en el hecho que el medicamento, especialmente en el último siglo con el espectacular avance de la ciencia, va acompañado de información más exhaustiva, nacida de una potente *investigación*, una mejor *farmacovigilancia* y unos *trabajos clínicos* que cuestionan, revisan y actualizan los conocimientos. Todo ello se ha traducido en observaciones, advertencias y contraindicaciones, en asocia-

ciones de sustancias cuya interrelación puede potenciar o anular los efectos de un determinado fármaco.

Los medicamentos son la solución a infinidad de enfermedades, pero tienen que usarse bien, siguiendo las pautas terapéuticas establecidas por los prescriptores médicos. Es habitual que cuando un medicamento es conocido por el enfermo (ya sea por que lo ha tomado él mismo en otras ocasiones, ya sea por que ha oído que va bien para tal o cual dolencia), éste le coja confianza y pase a la automedicación. La consecuencia más probable, a corto plazo, son los efectos no deseados, mientras que a largo plazo se están creando daños irreparables en el sistema inmune del organismo. En algunas ocasiones, el médico también puede prescribir sin observar el cuadro clínico con la debida atención. De ahí nace el binomio fármaco-yatrogenia, y de su equilibrio o desequilibrio depende la correcta administración.

La Fundación Privada Vila Casas ha convocado el debate en torno a este tema a partir de los resultados del *Informe Quiral 2000*, en el que este tópico tuvo 480 menciones en la prensa escrita. Hay que decir que el número total de noticias asociadas a yatrogenia y fármacos no estaba relacionado sólo con nuevas entidades terapéuticas, sino que se incluían también titulares referentes a los medicamentos en general, su gasto, precio, producción y venta, entre otros aspectos, tal como se expresa en la introducción «Yatrogenia, la otra cara de la medicina», elaborada por el Observatorio de la Comunicación Científica de la Universitat Pompeu Fabra.

Antoni Vila Casas

Presidente de la Fundación Privada Vila Casas

Sumario	2
Presentación	2
ANTONI VILA CASAS	
Fármacos y yatrogenia	3
YATROGENIA, LA OTRA CARA DE LA MEDICINA	
Ponentes	
<i>Fernando García Alonso</i>	5
<i>Joan-Ramón Laporte</i>	6
<i>Felipe Sánchez de la Cuesta</i>	7
<i>Antonio G. García</i>	8

<i>Miquel Vilardell</i>	9
<i>Paula Márquez</i>	10
Debate	11
Conclusiones	15

CUADERNOS QUIRAL

AÑO 3 • NÚMERO IX • PUBLICACIÓN CUATRIMESTRAL • DICIEMBRE 2001

Edita: Observatorio de la Comunicación Científica, UPF

Fundación Privada Vila Casas, Ausiàs March, 20 - 08010 Barcelona

Coordinación: Àngels Canals

Producción editorial: Rubes Editorial, S.L.

ISSN: 1578-6056 • Depósito legal: B-52 114-98

FÁRMACOS Y YATROGENIA

YATROGENIA, LA OTRA CARA DE LA MEDICINA

Según los datos procedentes del último *Informe Quiral*, 408 de los 9545 textos analizados en el año 2000 se centraban principalmente en información sobre fármacos. Esta cifra situaba al tóxico fármacos en el cuarto lugar en cuanto a número de textos periodísticos publicados, por detrás de los de vacas locas, listas de espera y enfermedades infecciosas. Resulta evidente ante estos datos que los fármacos son una excelente fuente de información para la prensa. Sin embargo, se trata de un tema muy amplio, en el que el foco de la atención y el tono de los textos varía ampliamente.

Así, encontramos un grupo de textos que ofrecen datos acerca de cómo los fármacos contribuyen a curar o a aliviar enfermedades, a mejorar la calidad de vida. En este grupo se incluyen también las noticias y textos de carácter más científico: por ejemplo, aquellos que explican cuáles son las novedades en el campo de la investigación y las ventajas de los nuevos productos en comparación con los tratamientos anteriores. Algunos ejemplos de este tipo de textos han sido los siguientes: «Ventajas de los antidepresivos de nueva generación», «La aspirina previene la embolia de pulmón y la tromboflebitis», «Farmacogenómica, curar a ciencia cierta», «Un fármaco eficaz contra la psoriasis», «Los modernos fármacos anticolesterol bajan el riesgo de demencias», «La excelencia de un medicamento aún poco utilizado», «El fármaco contra la leucemia mieloide crónica, cada vez más cerca», y así podríamos citar un buen número de ejemplos.

Un segundo grupo estaría constituido por noticias referentes a asuntos de política sanitaria o a aspectos fundamentalmente de empresa o económicos: «Glaxo y SmithKline se fusionan y crean el primer grupo farmacéutico», «El precio

de referencia de cada fármaco supera al de su genérico», etc.

Por último, un tercer grupo de textos se centran en los efectos adversos de los fármacos, tanto por un uso indebido de ellos, como por la aparición de efectos secundarios no previsibles. Entre éstos: «Sanidad retira varios fármacos contra la obesidad», «La OMS alerta contra la falta de eficacia de los antibióticos», «Los riesgos de los antipsicóticos», «Polemica sobre un ingrediente común en los antigripales», «Un estudio revela deficiencias en el sistema de alerta farmacológica».

Todo un abanico de informaciones y noticias que reflejan una realidad: los fármacos ayudan a mejorar la salud y la calidad de vida, pero no hay que olvidarse que pueden llevar

asociados también algunos efectos adversos. Y lo mismo que se aplica al caso de los medicamentos, se aplicaría también al resto de tecnologías o a la propia actividad médica.

Este aspecto negativo de la actividad médica, que debe reconocerse y que también tiene un lugar en los medios de comunicación, merece un tratamiento serio y riguroso. Y éste es precisamente el objetivo del Encuentro Quiral,

en el que hemos querido que los principales responsables de la información sobre salud en la prensa española, así como diversos representantes destacados del ámbito sanitario, con conocimiento profundo sobre el tema, se sienten en la misma mesa para reflexionar sobre el alcance real de la yatrogenia y qué medidas se aplican para paliarla.

«To err is human»

La *yatrogenia*, o patología ocasionada por los propios actos médicos, se ha convertido en la actualidad en una importante causa de morbilidad, e incluso de mortalidad en los



países desarrollados. No es nada nuevo; sin embargo, el propio sistema sanitario, comunidad médica incluida, tiende a restar importancia a esta poco vistosa faceta de la medicina. No obstante, basta imaginar la inmensa cantidad de actos médicos que se realizan en un solo día en un hospital, en una ciudad o en un país, para darse rápidamente cuenta de las infinitas posibilidades de que en alguno de ellos aparezca un efecto adverso. Un fallo en el diagnóstico, un error en la prescripción de un fármaco (no indicado o indicado a otras dosis), una deficiencia en el sistema de ventilación de un quirófano, un error de fabricación de algún utensilio o de algún preparado, un fallo en los sistemas de mantenimiento... O, quizás aún más frecuente, una sobreprescripción, una decisión precipitada, una tendencia a la automedicación abusiva o a la práctica de determinadas técnicas sin una base racional clara... Todas estas son posibles causas de yatrogenia.

El Informe «*To err is human*», realizado hace escasos dos años por el Instituto de Medicina de Estados Unidos, concluía que en ese país mueren anualmente más personas como consecuencia de errores médicos que por accidentes de tráfico, cáncer de mama o sida. Un dato que dejó perplejos a la mayor parte de profesionales de la sanidad y a algunos medios de comunicación que tuvieron acceso a los resultados del informe.

Ciertamente, hay quien afirma que la yatrogenia es, en realidad, una de las más terribles enfermedades emergentes y que es imprescindible que empiece a ser considerada de forma seria, aunque ello signifique hacer públicas informaciones y datos poco vistosos.

De hecho, algunos casos trascienden ya a la prensa. Y cuando esto sucede el tema suele ser recogido en grandes titulares, por su presunto carácter de excepcionalidad. Así, en el 2001, dos casos han sido profusamente cubiertos: la retirada del Lipobay y de los filtros para hemodiálisis de Baxter. Además de estos dos casos de gran impacto, la prensa ha estado salpicada de otras noticias relativas a los efectos adversos de la práctica médica. Recordaremos, por ejemplo, el caso de la sangre contaminada por HIV, las infecciones nosocomiales por *Aspergillus*, la transmisión del virus de la

hepatitis C a un alarmante número de pacientes atendidos por el mismo anestesista, la negligencia de un cirujano que esterilizó a una mujer por error, etc.

Es innegable que la información sobre el tema es abundante en los medios de comunicación. Sin embargo, ¿puede el ciudadano formarse una idea aproximada de los riesgos asociados a la medicina tomando como fuente de su información a los medios de comunicación? Difícilmente. Entre otras razones, porque la mayor parte de los efectos ya-trogénicos no tienen ninguna repercusión mediática y son algo tan «corriente» como que un paciente aumente la dosis recomendada para una indicación, con la esperanza de que le haga mayor efecto (caso clásico de muchos analgésicos de uso común). O que se prescriban antibióticos para enfermedades víricas. O que a un anciano con dos, tres o cuatro enfermedades crónicas se le receten otros tantos tratamientos, sin tener en cuenta posibles incompatibilidades. O que se decida practicar una amigdalectomía sin datos objetivos que avalen la decisión.

El miedo a provocar una alarma innecesaria hace que muchas veces los médicos y los responsables de los sistemas sanitarios intenten contener algunas informaciones de carácter negativo. Pero esta conducta a su vez conduce también a una situación difícil de manejar: ante la falta de información regular sobre sucesos adversos, la aparición de cualquier caso será siempre contemplada como algo excepcional y, como tal, noticiable. Existe así una tendencia a pensar que la medicina es infalible y cuando aparece un caso que demuestra que esta afirmación no es cierta se produce una gran confusión.

¿Cómo explicar que a pesar de sus indiscutibles beneficios, la medicina también se asocia a sucesos adversos? ¿Conviene informar sobre TODOS los riesgos que entraña la práctica médica a la sociedad? ¿Está ésta preparada para digerir la información sin caer en un inútil y poco deseable alarmismo? ¿Quizás estemos subestimando a la población y precisamente lo que conviene es informar e informar, para que la sociedad comprenda el problema y actúe más responsablemente en relación con los medicamentos y al resto de tecnologías y aplicaciones médicas?

PONENTES

FERNANDO GARCÍA ALONSO

Doctor en Medicina. Profesor de Farmacología clínica en la Universidad Autónoma de Madrid.

Actualmente es el director de la Agencia Española del Medicamento.



Durante el año 2002 es muy probable que se reintroduzca en el mercado la talidomida. Desde su retirada en todo el mundo a mediados de los años sesenta, había sido considerado como el máximo exponente de los medicamentos peligrosos, de aquellos que producen efectos yatrogénicos. Los graves defectos congénitos que en su día produjo la talidomida fueron, además, el desencadenante de que se estableciera un sistema de regulación de medicamentos. ¿En qué han cambiado las cosas, 40 años después, para que se considere seriamente la reintroducción de la talidomida?

Ha cambiado el modelo de relación médico-paciente, ha cambiado el modelo de sistema sanitario y, lógicamente, ha cambiado también el modelo de regulación de medicamentos. En este nuevo contexto debemos analizar el problema de la yatrogenia de los medicamentos. Hemos pasado, casi sin darnos cuenta, a una situación en la que la autonomía de los pacientes es el referente para la organización del sistema sanitario. El paciente ha tomado mayores responsabilidades, al mismo tiempo que el médico ejerce su profesión con luz y taquígrafos, expuesto a un potencial sinfín de reclamaciones. Los pacientes asociados entre sí forman grupos de presión social que, utilizando instancias judiciales o periodísticas, exigen mejor asistencia sanitaria. Ya no valen referencias al inmutable destino o a las limitaciones de nuestro conocimiento para justificar fallos en el diagnóstico o en el tratamiento, y mucho menos a los efectos yatrogénicos de los medicamentos. Al mismo tiempo se reclama una rápida autorización de nuevos medicamentos para tratar patologías para las que no existe un tratamiento adecuado.

En esta situación se asume el riesgo teratogénico de la talidomida basándose en la necesidad de medicamentos para enfermedades para las que no existe alternativa terapéutica, como la lepra y algunas enfermedades autoinmunes. Se exige a las autoridades reguladoras que aceleren los trámites de evaluación, para permitir lo antes posible el uso de talidomida o

cualquier otro tratamiento novedoso. El nuevo paradigma de la regulación de medicamentos consiste en autorizaciones tempranas, dentro de la llamada categoría de «circunstancias excepcionales», que exige una reevaluación anual de la autorización. Además, se adquieren compromisos para la realización de estudios que confirmen la seguridad de los nuevos medicamentos, cuyos resultados son revisados cada seis meses.

En este nuevo modelo, la yatrogenia de los medicamentos debe analizarse desde otra perspectiva. El médico, el paciente y todos los profesionales del ámbito de la salud deberían ser conscientes de que ponemos en sus manos herramientas de extraordinaria eficacia, pero que utilizadas de forma inadecuada pueden llevar a catástrofes yatrogénicas. La seguridad de los medicamentos no puede exigirse como un valor absoluto -ello es de una ingenuidad ridícula-, sino que debe considerarse a la luz de las características de cada paciente. La responsabilidad del médico aumenta dramáticamente en esta situación, pues un mismo medicamento que a un paciente con una patología determinada puede proporcionarle un gran beneficio, a otro con la misma enfermedad, puede producirle graves efectos yatrogénicos.

¡No tiene sentido echarle la culpa al medicamento, ni exigir que se retire! Vivimos en una sociedad donde hay que asumir responsabilidades, cada cual las suyas. Si el paciente exige ser informado y tener disponibles rápidamente todos los medicamentos, debe asumir las correspondientes responsabilidades y riesgos. El médico debe sopesar las características del paciente, concienzudamente, y valorar el potencial beneficio y los riesgos antes de prescribir el último medicamento que ha llegado al mercado. Las autoridades reguladoras deben extremar las cautelas para autorizar el medicamento justo, ni antes ni después, y ejercer una vigilancia activa una vez que el medicamento está en el mercado. Los periodistas deben evitar transmitir falsas expectativas terapéuticas, o exageradas descripciones de efectos adversos de los medicamentos

JOAN-RAMON LAPORTE

Catedrático de Farmacología Clínica de la Universidad Autónoma de Barcelona.

Jefe del Servicio de Farmacología Clínica del Hospital de la Vall d'Hebron, en Barcelona.

Es el director general de la Fundación Institut Català de Farmacologia.



Tengo la costumbre de revisar diaria y sistemáticamente dos periódicos publicados en Barcelona: *La Vanguardia* y *El País, edición Cataluña*. Recorto y archivo todas las noticias que en ellos encuentro sobre salud, que estén relacionadas con mi área de especialización, la farmacología clínica. Es posible que alguna de estas noticias me haya pasado por alto. A pesar de ello, me parece interesante compartir algunas impresiones resultantes de la revisión de las publicadas en los años 2000 y 2001.

De las noticias publicadas en este período en los dos periódicos citados y archivadas por mí, he identificado 111 que se referían específicamente a problemas de seguridad de medicamentos o de productos sanitarios. Destacan los siguientes aspectos:

- De las 111 noticias aparecidas en 24 meses, 38 se publicaron en agosto de 2001. Se referían mayoritariamente a la retirada de cerivastatina a causa del riesgo de rabdomiólisis, que fue el tema que atrajo un mayor número de noticias en el período examinado.
- La segunda cuestión fue la relativa a la mortalidad asociada a los filtros para hemodiálisis fabricados por Baxter. Fueron publicadas mayoritariamente en agosto y setiembre de 2001, y no sólo procedían de España, sino también de otros países.
- Al igual que con los casos anteriores, casi todas las noticias publicadas sobre seguridad de medicamentos eran de alcance global. Algunos ejemplos fueron la advertencia de la FDA sobre la seguridad de Relenza® en pacientes de edad avanzada y con otros factores de riesgo; la posibilidad de fracaso terapéutico en sida con el tratamiento antirretrovírico triple; que los antihistamínicos afectan más la conducción de vehículos que el alcohol; y la retirada de anorexígenos en la Unión Europea, entre otros muchos.
- Algunas noticias publicadas procedentes de experiencias específicamente españolas fueron, en una residencia de ancianos de Reus, el uso inapropiado de hipnosedantes pudo ser la causa del exceso de mortalidad observado en determinado período anterior al 2000 (y que había atraído mucha atención de la prensa escrita), o los resultados de un estudio (no publicado en una revista científica con revisión por pares) sobre ototoxicidad en un hospital de Bar-

celona; (...) y «Un hospital notifica 900 casos de afectados por las medicinas», que en realidad era una pequeña noticia sobre el Congreso anual de la Sociedad Española de Farmacología Clínica, del que se informaba sólo sobre el contenido de un póster en el que se describían las actividades de farmacovigilancia en un hospital de Sevilla.

- Llama la atención que, excepto en contadas ocasiones, estas noticias no tuvieron seguimiento en los días o semanas posteriores.

Un acontecimiento inesperado es más susceptible de ser noticia que uno esperado. No es noticia que alguien cure de una grave infección gracias a la penicilina, pero sí lo fue la primera vez que esto ocurrió. Los efectos indeseados, sobre todo los de tipo B, que son los más raros, son «acontecimientos inesperados», y por eso atraen especialmente la atención de la prensa. Pero para un lector una noticia es algo que merece análisis y seguimiento, porque de otro modo se convierte en una pieza de información ininteligible, descontextualizada. Muchas de estas noticias no son contextualizadas ni tienen seguimiento.

El análisis de lo publicado también da la impresión de que la mayor parte de lo que se publica sobre seguridad de medicamentos en la prensa general procede de agencias internacionales de noticias, sin que parezca que se haya hecho el más mínimo esfuerzo por comprobar las fuentes primarias de información ni por completar la información con opiniones de expertos locales relativas a la incidencia que tal o cual problema pueda tener en nuestro país.

Finalmente, llama la atención el lamentable papel de supuestos profesionales «expertos», que suelen aparecer en la prensa reproduciendo los mensajes de los fabricantes de medicamentos: los problemas de seguridad no son tales problemas, el médico es el que en último término le aconsejará apropiadamente, etc. Estas opiniones sesgadas y distorsionadoras de la realidad no son contrastadas por las redacciones de los periódicos, las cuales se contentan con la opinión de «gente conocida» sin esforzarse por buscar fuentes de información primarias.

FELIPE SÁNCHEZ DE LA CUESTA

Doctor en Medicina y Cirugía.
Catedrático de Farmacología y Terapéutica clínica de
la Facultad de Medicina de la Universidad de Granada.

Es presidente del Comité de
Evaluación de Medicamentos.



Decía Osler hace más de un siglo que «el deseo de tomar medicamentos es, quizás, el gran rasgo que distingue al hombre de los restantes animales». Si analizamos el consumo de fármacos en cualquier país desarrollado, parece razonable darle la razón. Es indudable que la revolución que la industria farmacéutica ha producido en los últimos 50 años en la vida de los seres humanos ha sido espectacular y que en el aumento de la esperanza de vida que estamos gozando, los medicamentos son los principales responsables; no obstante y quizá por los enormes beneficios que producen, a veces se nos olvida que la introducción en el organismo humano de sustancias extrañas que actúan en él pueden originar la aparición de efectos indeseables. Para mí, las cuatro fuentes productoras más importantes en la aparición de reacciones adversas a los medicamentos son: la excesiva publicidad de los medicamentos; la automedicación; la mitomanía farmacológica y los errores profesionales.

La industria farmacéutica, como cualquier otra, utiliza para vender sus productos las más sofisticadas *técnicas de marketing y publicidad*. Además de la publicidad directa, representada por el visitador médico o los folletos promocionales, existe otra forma de publicidad más indirecta y de resultados menos medibles a corto plazo: el control, más o menos explícito, por parte de la industria, de las publicaciones y revistas médicas. En España se permite que hasta un 16 % del precio de un medicamento ético, se justifique como gasto de promoción y publicidad del producto. Toma cada vez más auge en todo el mundo la publicidad dirigida a pacientes, no sólo para los medicamentos de venta libre, sino para «crear opinión» cuando algún prometedor y novedoso medicamento destinado a alguna enfermedad incurable, se «atasca en el registro», por sus efectos indeseables o su escasa eficacia.

Otro factor causal importante en la génesis de las reacciones adversas es la *automedicación*. Según una encuesta de CIS, de hace menos de un año, la mitad de la población había tomado algún fármaco en las últimas dos semanas, aunque menos del 20 % había visitado al médico. Este dato que

puede ser visto con alegría por el gestor de las listas de espera de los centros de salud, a mí como catedrático de Farmacología, me preocupa muy seriamente. En España aproximadamente uno de cada cinco envases de medicamentos éticos es adquirido directamente en las farmacias por los usuarios, sin receta médica.

El *Diccionario de la Real Academia Española de la Lengua* define el mito como «un relato o noticia que desfigura lo que realmente es una cosa, y le da apariencia de ser más valiosa o atractiva». Creo que la *mitomanía farmacológica* no puede ser más correctamente explicada. No digo que los medicamentos no sean buenos, sólo quiero puntualizar que como ocurre con casi todo en la vida, no hay valores absolutos, sino relativos. Quiero llamar aquí la atención sobre los potenciales peligros de los botiquines familiares, presentes en la casi totalidad de los hogares españoles, donde se agolpan no sólo medicamentos de venta libre en farmacia, sino restos de tratamientos prescritos por un médico para alguna patología de algún miembro de la familia, o incluso algún remedio recomendado por algún vecino o conocido.

No quiero terminar mi intervención sin mencionar el cuarto componente causal de la aparición de reacciones adversas: los *errores profesionales* (y no digo sólo errores médicos, porque pueden provenir también de quien dispensa y administra, aunque hasta ahora en los juzgados sólo suele aparecer el médico). En su génesis, hay tres factores que considero importantes: la falta de formación farmacológica continuada para el colectivo médico por parte de las instituciones oficiales, que han permitido que la industria farmacéutica sea la responsable del 95 % de la información farmacológica del médico; la creciente presión de los pacientes para conseguir que el médico les recete un determinado medicamento, del que han sido informados por los medios de comunicación, y si a todo ello unimos la enorme presión asistencial de los médicos en el sistema sanitario español, se puede entender, no justificar, que los errores en la prescripción constituyen una importante fuente de reacciones adversas a medicamentos.

ANTONIO G. GARCÍA

Desde 1987 es catedrático y director del Departamento de Farmacología, en la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid.

Jefe del Servicio de Farmacología Clínica del Hospital La Princesa, de Madrid.

Cada verano nos reunimos en el Palacio de la Magdalena un centenar de profesores y alumnos, para participar en la Escuela de Farmacología Teófilo Hernando, de la Universidad Internacional Menéndez y Pelayo. Esta Escuela, dedicada al estudio del medicamento desde las ópticas académica, industrial, social y administrativo-sanitaria, tiene amplio eco en periódicos, radio y televisión. Durante una semana de agosto pasado nos dedicamos a analizar un tema frontera: los medicamentos biotecnológicos. Todavía me dura la perplejidad cuando recuerdo el escaso interés que mostraron los periodistas por el atractivo tema tratado. En el curso había miembros de Farmaindustria, de la Administración sanitaria, de la industria farmacéutica, del CSIC y de la universidad. Aunque todos mostramos interés porque en las preguntas de las ruedas de prensa, o en las entrevistas se incluyeran los temas de biotecnología, los periodistas insistían machaconamente en la yatrogenia medicamentosa. Era más noticia en ese momento.

En 1992 publiqué un artículo en el semanario *Noticias Médicas* que titulé «Enseñanzas del caso Halcion». El Halcion es el nombre comercial del triazolam, un hipnótico benzodiacepínico de acción breve. Sobre la base de que las benzodiacepinas de acción breve merman la memoria anterógrada, se adjudicó al triazolam la etiqueta de que afluía nuestra agresividad contenida, sobre la base de una mayor eficacia amnésica. La BBC televisó una entrevista que el periodista Tom Mangold había hecho a un ex policía estadounidense, quien declaró que había disparado a su consorte bajo los efectos del triazolam. En mi artículo analizaba los estudios, retrospectivos y prospectivos, realizados para conocer los efectos amnésicos de las benzodiacepinas en general, y del triazolam en particular, y concluía que el triazolam poseía un perfil de reacciones adversas similar al de las demás benzodiacepinas hipnóticas.

Desde el momento en que un problema de estas características salta a los medios de comunicación social, cunde la alarma y los pacientes «imaginan» nuevas reacciones adversas al medicamento. La decisión de restringir el uso del producto (caso de Estados Unidos), de retirarlo (caso del Reino Unido)



o de poner advertencias cautelares ocasionó la caída de las ventas del triazolam desde un 35 % de cuota de mercado de los hipnóticos a cifras simbólicas. Un año después, la FDA (la agencia estadounidense del medicamento) concluyó que los efectos secundarios del triazolam no justificaban su retirada. Lo que empezó con un programa sensacionalista y alarmista, titulado «La pesadilla del Halcion» (paradójicamente emitido por una de las cadenas de televisión más prestigiosas del mundo), terminó con una escueta nota escondida en la página 32 del diario *El País* del 20 de mayo de 1992: «Las autoridades sanitarias estadounidenses determinaron ayer que el somnífero Halcion es seguro y eficaz». Pero el daño para el producto y la confusión vertida por ríos de tinta, eran ya irreparables.

El fármaco completamente seguro está por inventar. Una reacción alérgica, una inesperada respuesta idiosincrásica, una sorprendente interacción medicamentosa, un efecto adverso vinculado a otras enfermedades, la yatrogenia por sobredosificación, son situaciones inherentes al uso de los fármacos. Naturalmente que las reacciones adversas contundentes se detectan incluso en etapas precoces del desarrollo de un nuevo fármaco, bien durante los estudios de toxicidad celular o animal, en los ensayos clínicos con voluntarios sanos, o durante los estudios iniciales poscomercialización. Desde el desastre de la talidomida allá por los años sesenta, se han producido pocos accidentes de envergadura. Ello se debe a la existencia de redes internacionales de farmacovigilancia que detectan situaciones de alerta, y a la exigencia administrativa de realizar estudios toxicológicos concienzudos antes de autorizar la comercialización de un nuevo fármaco.

Aun así, la yatrogenia medicamentosa está a la orden del día. Las consultas médicas masificadas, la elevada presión asistencial hacen que el médico preste más atención al acto diagnóstico que al terapéutico. La educación médica continuada en farmacoterapia es la verdadera asignatura pendiente de los ministerios de Sanidad y Consumo, y de Educación y Cultura de España. Esa buena educación médica, en un campo tan cambiante como el del medicamento, sí que reduciría la yatrogenia por fármacos.

MIQUEL VILARDELL

Licenciado y doctorado en medicina y cirugía
por la Universidad de Barcelona.

Jefe de la Unidad de Investigación de Lupus,
adscrito al Servicio de Medicina Interna del
Hospital de la Vall d'Hebron, en Barcelona.

Actualmente dirige la revista *Medicina Clínica*.

La yatrogenia por fármacos, a la luz de los datos del último *Informe Quiral*, representa una excelente fuente de información para la prensa. Son varias las causas de este interés.

La yatrogenia, es decir, las alteraciones ocasionadas por los propios actos médicos, se ha convertido en la actualidad en una importante causa de morbilidad y mortalidad en los países desarrollados. A ello ha contribuido la propia evolución tecnológica y el mejor conocimiento de la etiopatogenia de las distintas enfermedades que comporta el aumento de moléculas utilizadas en la práctica médica, alguna de las cuales con una valoración riesgo-beneficio, que aun siendo positiva, se acompaña de riesgos no despreciables.

En segundo lugar, la comorbilidad que presentan las personas mayores, segmento de población en expansión, obliga a la polifarmacia, lo que aumenta el riesgo de interacciones farmacológicas no evaluadas previamente. También adquiere importancia la adherencia al tratamiento por parte del paciente, su fracaso constituye el incumplimiento terapéutico por parte del sujeto, tanto en forma de automedicación, como en la falta de coordinación en la dispensación y administración de los fármacos.

Asimismo influye el conocimiento por parte del profesional médico de las distintas moléculas que puede llevar a una mala praxis en la dosificación, interacción farmacológica, etc.

Debo citar que, en ocasiones, aun disponiendo de ensayos clínicos adecuados, una reacción adversa puede presentarse después de la comercialización del producto y detectarse a través de la red de farmacovigilancia. Es importante, pues, una buena educación sanitaria de la población, una formación en farmacología clínica dirigida a los profesionales sanitarios, así como una mejor coordinación entre médicos de atención primaria, especialistas y farmacéuticos.



La regulación en la publicación de ensayos clínicos en las revistas biomédicas, y una profesionalización en la realización de ensayos clínicos por parte de grupos clínicos evitaría mucha yatrogenia, a pesar de que la misma seguirá presentándose en ocasiones por el propio avance del conocimiento y por la interacción beneficio-riesgo de los nuevos fármacos utilizados.

Quiero puntualizar que la yatrogenia no se refiere sólo a la acción indeseada de los fármacos, sino que debemos ampliarla a la totalidad de la práctica médica, a los procedimientos diagnósticos y terapéuticos sean farmacológicos o no. La práctica clínica se acompaña de decisiones y resolución de problemas que comportan, en ocasiones, una gran variabilidad dependiendo del tipo de práctica clínica y de quién la realiza, lo que sugiere la necesidad de la existencia de guías de práctica clínica consensuadas, apoyadas en la evidencia científica; es lo que se denomina la *medicina basada en la evidencia*. La implementación de nuevas tecnologías debe haber sido evaluada previamente respecto al riesgo-beneficio que comporta su aplicación. De igual modo, la aplicación de un tratamiento debe sustentarse en los riesgos y beneficios, y en la existencia de una evidencia científica. Todo ello hará más llevadera la existencia inevitable de un cierto grado de yatrogenia médica.

PAULA MÁRQUEZ

Licenciada en Medicina y Cirugía.
Profesora de Farmacología en la Universidad
Complutense de Madrid.

Actualmente es directora del Equipo Europa-Canadá
de Farmacovigilancia de Pfizer.



La polémica sobre la seguridad de los medicamentos no es nueva. Ya en el siglo IV a.C., Hipócrates formuló un aforismo sobre la misma: «Medicamento es toda sustancia intermedia entre alimento y veneno». Teniendo esta premisa presente, es fácil situarse en el contexto de nuestro recién estrenado siglo XXI, en una sociedad tecnológicamente avanzada en la que ni el sufrimiento ni el dolor tienen cabida y, por supuesto, no se concibe el error médico ni terapéutico. Asimismo, esta sociedad siente fascinación por los medicamentos: consume ávidamente cualquier noticia, buena o mala, que sobre medicinas se publica en los medios de comunicación social.

Dichos medios ejercen un papel fundamental a la hora de transmitir adecuadamente mensajes a los posibles receptores de la información. Esta cultura está tan ávida de editar titulares llamativos sobre supuestos descubrimientos como de proclamar aparentes desastres. Sin embargo, no parece dispuesta a dedicar tiempo ni espacio suficiente a explicar con el detalle necesario un tema tan «aburrido» como la investigación y desarrollo de nuevos medicamentos.

La industria farmacéutica reconoce las tareas de farmacovigilancia como una responsabilidad ética y jurídica que desarrolla antes y después de la autorización de un medicamento, ya que su objetivo primordial es producir y comercializar fármacos seguros. Pero es evidente que no tiene el monopolio de la seguridad de los medicamentos. Ésta es una responsabilidad compartida por todos los que trabajan por la salud pública, y así los especialistas clínicos, pacientes, autoridades reguladoras, titulares de autorización de comercialización, activistas y políticos, contribuyen con intereses lícitos al desarrollo y promoción de la salud pública, que puede verse afectada por la administración de un fármaco.

No parece exagerado afirmar que no existen medicamentos peligrosos, sino pacientes en riesgo, lo que caracteriza la dimensión clínica de la farmacovigilancia. Lo cierto es que no existe una única evaluación del riesgo: los reguladores lo cal-

culan en función de la población; el médico/prescriptor fundamenta su cálculo sobre la base de los pacientes que trata, y los pacientes lo definen en función de su situación personal y sus propios valores.

Así pues, las autoridades reguladoras y las compañías farmacéuticas se ocupan de la evaluación y cuantificación de posibles riesgos. Los principios de objetividad, equidad y responsabilidad rigen la toma de decisiones consecutivas a esa evaluación, ¿pero quién se ocupa de la comunicación a la población?

Es fundamental comunicar de forma efectiva (precisa) y rápida la información que permita adoptar las medidas adecuadas: está en juego el derecho a la información y la necesidad de transparencia, pero a la vez, existe un problema muy importante a la hora de comunicar algún aspecto de la farmacovigilancia y es el desconocimiento de las necesidades y aspiraciones de los que participan en este proceso, lo que en muchas ocasiones genera desconfianza. Necesitamos verdaderos comunicadores profesionales con suficiente formación para transmitir la verdad; las alarmas sociales innecesarias perjudican gravemente a la salud pública.

Con objeto de reducir esos problemas, se preparó la Declaración ERICE, que desde 1997 recomienda los principios y conceptos que deben sustentar la buena comunicación para mejorar la seguridad de los fármacos:

- La información sobre la seguridad de los medicamentos esta al servicio de la salud pública: ética y efectiva, debe distinguir claramente los hechos de las hipótesis y conclusiones.
- Es imprescindible educar a la población sobre la utilización de los fármacos, incluyendo como deben interpretar la información de seguridad.

La mejor forma de proteger nuestro negocio es protegiendo al paciente.

Después de las exposiciones, los participantes en el encuentro tuvieron ocasión de intercambiar ideas, plantear cuestiones, sugerencias y reflexiones, durante las dos horas siguientes, de un nivel muy elevado, tanto por la diversidad en los puntos de vista como por la profundidad de las aportaciones. Un debate que, «aunque pudiera suscitar aspectos polémicos», según reconoció con gran claridad Antoni Vila Casas, «había surgido del propio *Informe Quiral* y, por tanto, la Fundación no quería rehuirlo», sino afrontarlo precisamente con la misma seriedad y pluralidad de opiniones que han caracterizado al resto de los Encuentros Quiral.

El encuentro se había planteado para debatir sobre la yatrogenia, haciendo hincapié en el papel que desempeñan los fármacos en la misma. Probablemente la publicación de un amplio estudio sobre el tema realizado en el Hospital Clínic de Barcelona y publicado en *Medicina Clínica* aquella misma semana contribuyó a que muchos de los comentarios de la reunión se centraran en este aspecto. Asimismo, y como también era de esperar, muchas de las intervenciones también hicieron referencia a algunos de los productos que habían tenido un papel destacado en los medios de comunicación en los últimos meses (Lipobay, Baxter, Zintabac, Viagra, etc.). No obstante, nuestra intención en este resumen no es dirigir la atención hacia casos concretos, sino intentar agrupar las ideas para poder llegar finalmente a unas conclusiones que esperamos puedan ser positivas en alguna medida pa-

ra afrontar en mejores condiciones e incluso reducir este importante problema que a todos nos preocupa.

«La industria farmacéutica ha tomado de su mano la formación e información médica y farmacológica.»

FELIPE SÁNCHEZ DE LA CUESTA

Quizá la mejor manera de resumir las intervenciones, más que por temas, sea por los tipos de sectores o de *actores* que fueron surgiendo en el debate. Ésta fue la óptica presentada precisamente por uno de los participantes, José Luis de la Serna, quien desde un primer momento aclaró que una cuestión tan grave como ésta no puede explicarse en función de una sola de las partes y que, por el contrario, es fundamental tener en cuenta el papel de cada uno de los grupos que intervienen en el proceso. Fundamentalmente: industria farmacéutica, médicos, farmacéuticos, autoridades sanitarias, medios de comunicación y usuarios. Así pues, a continuación se presentan algunas de las explicaciones e ideas –a menudo contrapuestas– que destacaron durante la sesión.

Médicos y farmacéuticos

Con respecto a este punto, el profesor Sánchez de la Cuesta atribuyó los errores profesionales («tanto del que prescribe como del que dispensa») a los siguientes factores: el tiempo, la pre-

sión asistencial, la presión del propio paciente (ahora con un perfil diferente, sobre todo debido al papel de los medios de comunicación y de Internet) y, por último, a la inexistencia de una formación continuada en farmacología o en especialidades clínicas tales como la cardiología o las enfermedades del sistema digestivo. Respecto a este último factor añadió que «esto ha hecho que la industria farmacéutica haya tomado de su mano la formación e investigación médica y farmacológica. Si bien puede ser censurable en algunos casos que la industria farmacéutica haya organizado congresos y reuniones con objeto de dar a conocer y divulgar aspectos concretos de medicamentos, no es menos censurable que las instituciones oficiales hayan estado absolutamente de espaldas a la formación e información continuada de los médicos. Es exactamente igual de criticable».

José Luis de la Serna coincidía con él: «Desde mi propia experiencia, he comprobado que el énfasis, que en la práctica de la medicina se hace hacia el ejercicio intelectual, del cómo diagnosticar al enfermo y saber cuál es su fisiopatología, se pierde instantáneamente en un hecho tan importante como el tratamiento. Esto se resuelve con una receta, muchas veces con una firma ininteligible, le das la vuelta y dices ‘una cada cuatro horas’, y allá el enfermo con su problema. Después de tantos siglos, parece como si todavía nadie hubiera reflexionado que eso es un acto trascendental que puede dar lugar a que el resultado terapéutico pueda ser muy pobre». «Los farmacéuticos, por su parte, tampoco contribu-



yen», añadió, «dispensan directamente el medicamento. Por más que me expliquen la historia de la 'atención farmacéutica', ni me la creo ni me la voy a creer jamás, salvo contados casos de voluntariosos dispuestos a hacerla.»

Industria farmacéutica

Una de las intervenciones más radicales fue la de Marta Ricart: «Yo soy muy, muy desconfiada hacia la industria». Y añadía: «Respecto a un dato que ha dado el profesor Sánchez de la Cuesta, en concreto sobre ese 30 % que se destina a promoción del total de lo que se obtiene de un producto, creo que realmente hay aquí una clara voluntad de negocio. En esta promoción, y como periodista, conozco cuál es el tipo de información que dirige hacia mí la industria, lo que no sé es cuál es la que dirige hacia el médico. Sinceramente, me parece imposible que haya tantos médicos que se equivoquen, que sean tan despistados, tan inútiles...»

Pilar Márquez contestaba a esta cuestión aludiendo a que «la informa-

ción que se manda a los médicos está siempre revisada por los departamentos científicos de la industria. Pero a veces no es toda aquella que quisieras dar sino la que tienen tiempo de recibir. El informador sanitario, que es quien tiene más cerca al médico, tiene muy poco tiempo normalmente para hablar con éste. Quizás aquí la labor de formación farmacológica podría estar más compartida con la Administración. De hecho, los centros de información sanitaria disponen de toda la información sobre los medicamentos».

De nuevo, otra periodista, en este caso Marta Ciércoles, volvió a cuestionar algunas de las prácticas de la in-

«¿Qué sentido tiene que estemos viendo el anuncio de un antidepresivo y que acudamos al médico a decirle que nos lo recete?»

MARTA CIÉRCOLES

dustria: «A veces pienso que soy un poco inocente. Sobre todo cuando el señor García Alonso ha explicado que se está hablando de un proyecto de Directiva que permita hacer publicidad de productos farmacéuticos de prescripción médica. ¿Y eso a qué obedece, es decir, están los ciudadanos pidiendo que les publiciten estos productos? Los productos farmacéuticos le han de llegar de la mano del médico. ¿Qué sentido tiene que estemos viendo el anuncio de un antidepresivo y que acudamos al médico a decirle que nos lo recete? Se ha dicho en esta mesa que el médico no tiene tiempo para establecer el tratamiento más idóneo, que el paciente por su parte cada vez exige más y piensa que el medicamento es una panacea para su salvación. ¿No es éste un elemento más para que el paciente vaya presionando, con un supuesto conocimiento que en realidad no tiene, porque le llega por vía publicitaria? Sinceramente, no entiendo esta imitación que seguimos en Europa del modelo estadounidense».

El punto de vista de Àngels Gallar-



do fue en cierta medida diferente al plantear que «el problema no es la publicidad que hoy se pueda aprobar aquí, pues en la actualidad un paciente español puede obtener con toda facilidad la información que aparece en webs americanos, imprimirla y sacudir con las páginas a su médico. Realmente es muy controvertida la situación». Pero, «por otra parte», añadió, «la sociedad europea está evolucionando. A pesar de los analfabetos funcionales, hay una parte importante de la población que puede beneficiarse de una información más amplia del medicamento e incluso de negociar con su médico qué tratamiento seguir. El paciente tiene también la responsabilidad de cumplir bien la terapia y, si conoce, mejor. Personalmente creo que el paciente mejor informado es el que mejor cumple los tratamientos, el que sabe responder mejor ante una situación adversa, etc. Flaco favor le haríamos a la medicina si pensáramos que es una magia o que es patrimonio exclusivo de los médicos».

Retomando la atención hacia la industria, Milagros Pérez Oliva expresó su preocupación por tres aspectos. En primer lugar, el editorial conjunto que habían publicado meses atrás una docena de revistas científicas y que ponía de manifiesto la transformación que había tenido lugar en los últimos años en la investigación académica y su progresiva pérdida de independencia respecto de la industria. Con relación a este punto, explicó que «los investigadores y las universidades, que hasta ahora eran reductos independientes, para poder evaluar con criterios estrictamente profesionales, están perdiendo el control del proceso investigador y, en estos momentos, en Estados Unidos sobre todo, la industria farmacéutica está haciendo uso de las empresas de investigación intermediarias que se ocupan de reclutar a enfermos y a médicos, y que trocean el proceso de investigación de tal manera que no hay una persona independiente que tenga el control ni siquiera sobre la persona que redacta el resultado de esa investi-

gación. No se establece contacto entre las personas que han participado en la investigación. Está claro que las posibilidades de manipulación de la información son impresionantes». La periodista continuó que «si a esto añadimos que ha habido varios estudios sobre cómo se habían hecho los análisis de algunos medicamentos y que, por ejemplo, en algunos casos menos del 5 % habían sido probados en personas de más de 65 años, cuando iban a ser fármacos recetados en el 99 % en personas de esa edad, en las que además entrarían en interacción con otros productos... aquí hay una preocupación. ¿Quién controla? ¿Cómo la sociedad se protege frente a estas tendencias de la industria?». Su último comentario se refirió a la aparición de efectos secundarios graves o de muertes en medicamentos cuyo uso se extiende tan rápidamente que llega a ser masivo en poco tiempo. «Podemos criticar mucho a la prensa, podemos hacerle un proceso, pero en el caso del Zintabac lo que tenemos son dos comunicaciones de la

Agencia Británica del Medicamento, una con 28 muertos y otra con 57. Y la Agencia Española del Medicamento dice que no hay nada concluyente todavía sobre el tema. Aquí el periodista, y el usuario, están solos.»

«El paciente tiene también la responsabilidad de cumplir bien la terapia y, si tiene conocimientos, mejor: creo que el paciente mejor informado es el que mejor cumple los tratamientos, el que sabe responder mejor ante una situación adversa.»

ÀNGELS GALLARDO

«La situación que has presentado», contestó Fernando García Alonso, «es un poco catastrofista. Has detectado problemas que existen pero que si los pones en perspectiva las cosas se entienden sin tanto temor. Con relación al ejemplo que has planteado, cuando se han comunicado 12 muertes con Zintabac, no hay que entender que son 12 fallecidos *a causa* del fármaco, sino que han muerto 12 personas que, entre otras cosas, tomaban dicho producto. Evidentemente, si fueran *a causa de*, el medicamento ya estaría retirado».

Sobre la retirada de medicamentos, Pilar Márquez quiso añadir que «siempre que se retira un medicamento hay muchas incertidumbres: se piden opi-

niones expertas, es cierto, pero también hay que enfrentarse a la presión de la opinión pública, sobre todo de los consumidores del medicamento, que son los más nerviosos cuando temen que hay un peligro detrás. Las agencias y la industria están sometidas a una gran presión para tomar una decisión en momentos de una incertidumbre máxima. Aunque las opiniones expertas están para asesorar a todos, el problema es que la compañía se juega su supervivencia e incluso su imagen. Y a veces, en aras de defender lo que es un conjunto general de una investigación, que no solamente radica en un producto, sino la pervivencia de una industria que también genera dinero y genera salud, no se espera a que la agencia lo decida, sino que directamente se retira el producto cuestionado. Es una situación hasta cierto punto podríamos tildar de ridícula, pero es una situación que existe».

Autoridades sanitarias

«Cuando Fernando García Alonso dice que la autoridad sanitaria es más rigurosa o que todo ha cambiando en los últimos 40 años, desde que se retiró la talidomida, claro, yo creo que todo ha cambiado, pero no ha cambiado de manera lineal», apuntaba Joan-Ramon Laporte, «es decir, primero hubo una tendencia a buscar más exigencias, a cuantificar los beneficios y los riesgos, pero desde finales de los años ochenta o principios de los noventa lo que hay es una regulación cada vez más liberal, en el sentido de menores restricciones y más permisiva con los que más aprie-

tan a los reguladores. Y los que más aprietan a los reguladores, por suerte o por desgracia, son la industria farmacéutica, ya que está mucho mejor organizada para hacerlo que las organizaciones de consumidores, de usuarios, la universidad, etc. No hay que olvidar que el regulador al fin y al cabo en Europa, y sobre todo en América Latina, suele ser una persona que básicamente lo que quiere es no tener problemas. Si alguien le pide la comercialización de un medicamento de manera muy insistente, acaba concediéndola, y si hay un escándalo en la prensa lo puede retirar».

**Fundación Vila Casas
20 de febrero de 2002**

Ponentes

Fernando García Alonso
Joan-Ramon Laporte
Felipe Sánchez de la Cuesta
Antonio García
Miquel Vilardell
Paula Márquez
Antoni Vila Casas

Participantes

Marta Ciercoles (*Avui*)
Débora Hap (*EFE*)
Carmen Fernández (*Diario Médico*)
José Luis de la Serna (*El Mundo*)
Milagros Pérez Oliva (*El País*)
Àngels Gallardo (*El Periódico*)
Marta Ricart (*La Vanguardia*)
Gemma Revuelta (Observatorio de la Comunicación Científica)
José Antonio Dotú (Fundación Medicina y Humanidades Médicas)
Ángeles Canals (Fundación Privada Vila Casas)

CONCLUSIONES

Las exposiciones de los ponentes y del debate posterior han permitido a la Fundación Privada Vila Casas reflexionar sobre el papel que el medicamento ejerce como objeto de salud. Un medicamento, a través de la prescripción médica o del consejo farmacéutico, constituye el final del acto terapéutico y, en muchas ocasiones, es el producto deseado por el enfermo, a pesar de que sean conocidos sus posibles efectos secundarios.

En este primer encuentro del año 2002 hemos querido analizar un fenómeno que ha saltado a los medios de comunicación con bastante frecuencia, la *yatrogenia*, o la producción de efectos nocivos debidos a una actuación médica. Normalmente, esos efectos se asocian al uso de fármacos, pero veamos por qué ocurre y cuáles son sus causas.

- El *incumplimiento de la prescripción médica* por parte del paciente es una de las principales causas del problema. Diversos motivos pueden llevar a ese incumplimiento: por ejemplo, la falta de información, provocada por el poco tiempo que el médico destina a atender al enfermo, es causa de visita a los servicios de urgencias hospitalarios. Asimismo, un *mal uso* de las sustancias puede llevar a intoxicaciones.
- El *autoconsumo* por parte del usuario se está convirtiendo en una de las causas más preocupantes, ya que, al problema en sí, se añade la dificultad que el sistema sanitario tiene para ejercer el debido control sobre el consumo de fármacos por parte de la población. Algunas iniciativas, como la labor informativa del farmacéutico como el profesional de la salud más cercano al usuario, o el empeño de la Administración y la industria farmacéutica por hacer comprensibles los prospectos que acompañan a los medicamentos, son interesantes. En definitiva, se trata de trabajar en la idea que la automedicación es un acto irresponsable y que los profesionales de la salud son los conocedores de las propiedades, interacciones y reacciones adversas de los fármacos.
- La *falta de información* del prescriptor sobre las novedades terapéuticas que se van produciendo en el mercado y su interrelación con otros medicamentos. En ese sentido, es básico invertir en I+D farmacéutico e impulsar la formación de los equipos de medicina familiar y comunitaria, cuya labor en los centros de atención primaria es fundamental para erradicar el problema.

Los problemas relacionados con la medicación producen al cabo del año un elevado porcentaje de incidencias en los servicios médicos y unos efectos secundarios que podrían ser evitados, sobre todo en países que tienen avanzados sistemas sanitarios.

Cuando algunos de estos casos -normalmente, los más graves- se reflejan en la prensa pueden provocar la alarma social, ya que son el detonante de una situación objetiva, que existe, pero que está poco analizada. Por ello, es fácil caer en la culpabilización de, por un lado, el medicamento y la industria, y, por otro, del médico y el sistema de evaluación de medicamentos.

Creemos que hay dos binomios, la relación *médico-paciente* y el análisis *riesgo-beneficio*, fundamentales, y su valor debería formar parte de los protocolos como piezas clave tanto de la prescripción médica, como de la evaluación de medicamentos y de la comunicación de casos.

Es primordial que la información sea objetiva, con el fin que el ciudadano conozca los temas relacionados con la salud, y muy especialmente de *su salud*. Hay que aprender a «autocuidarse», no a automedicarse. Y el papel que los medios de comunicación, en colaboración con los expertos, pueden desempeñar en este propósito es vital para evitar la alarma social y, sobre todo, para alcanzar niveles satisfactorios de educación sanitaria.

El conocimiento de la farmacoterapia es una asignatura pendiente en la formación continuada del médico que, de una u otra forma, debe ser asumida por la Administración del Estado. La industria farmacéutica ha ejercido esa labor y se le puede reconocer el importante papel que tiene en los avances terapéuticos, pero la responsabilidad ante la sociedad es de las administraciones públicas, puesto que no son compañías cuyo balance anual medirá el coste o el beneficio de un producto.

La Administración, a través de su Sistema Nacional de Salud, debe velar por la salud de sus ciudadanos. Aceptada esta premisa, un pacto de Estado puede sentar las bases para alcanzar un sistema sanitario sostenible, que tenga en cuenta y defienda los intereses de todas las partes implicadas: el propio sistema de salud, la industria farmacéutica, el colectivo sanitario y los consumidores, que somos todos.