

M. Pilar Arroyo Aniés^{a,*} y Rafael Gracia Ballarín^b

^a Medicina de Familia y Comunitaria, Centro de Salud Huarte, Navarra, España

^b Medicina de Familia y Comunitaria, Centro de Salud Amurrio, Álava, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: parroyoa@cfnavarra.es (M.P. Arroyo Aniés).

doi:10.1016/j.aprim.2011.09.012

Prescripción basada en el *marketing*

Marketing-based prescribing

Sr. Director:

En el año 2004 se financian en España los fármacos SYSADOA (*symptomatic slow action drugs for osteoarthritis*), que incluyen los principios activos glucosamina, condroitinsulfato y diacereína, a los que se atribuye un efecto analgésico y protector sobre el cartilago articular, este último probablemente asociado con un beneficio en el proceso subyacente de la osteoartritis (artrosis en nuestro medio).

Inmediatamente, tras su financiación, aumentó de forma importante su prescripción en la Comunidad de Madrid, liderada por glucosamina (fig. 1). Gran parte de la bibliografía disponible, aunque cuestionada, avaló su eficacia en osteoartritis durante varios años, tanto en el alivio del dolor como en la disminución del estrechamiento del espacio articular¹. Su prescripción fue creciendo en los años sucesivos, favorecida por el hecho de que son fármacos sin efectos adversos de interés (salvo diacereína, asociada con alta incidencia de diarrea) y que podrían ser de utilidad en pacientes que no toleran AINE. En el año 2007 se publicó un metaanálisis que cuestionaba la eficacia de condroitinsulfato² y, en 2010, se publicó otro reforzando lo anterior y haciéndolo extensivo a glucosamina y a la asociación de condroitinsulfato y glucosamina³.

Llama la atención que mientras la tendencia de prescripción de condroitinsulfato es creciente en todo momento, la de glucosamina se estabiliza a partir de 2007, no coincidiendo con la publicación de estas importantes evidencias ni de otras previas, pero sí con la comercialización de glucosamina como genérico en ese mismo año y el freno de su prescripción. La conclusión que se puede sacar parece obvia: no son las evidencias científicas, sino las estrate-

gias de *marketing* de la industria farmacéutica las que están marcando la evolución de la prescripción de estos fármacos.

El problema es que este hecho no es algo excepcional. La influencia del *marketing* de la industria farmacéutica en las prescripciones es incuestionable, a pesar de que los profesionales que emiten las recetas suelen minimizar o no reconocer su influencia⁴. Es la industria farmacéutica la que decide qué fármacos hay que promocionar y cuáles abandonar, según su rentabilidad. Aquí, las técnicas de *marketing* constituyen estrategias decisorias fundamentales^{5,6}.

En el caso de los SYSADOA, la situación es más llamativa porque son fármacos de eficacia cuestionada, que en países como Estados Unidos ni siquiera son considerados medicamentos, sino suplementos dietéticos. Y, si impacta su elevada prescripción, que en la Comunidad de Madrid sólo condroitinsulfato llega a superar a naproxeno y diclofenaco, no llama menos la atención que sean fármacos sujetos a financiación pública.

En estos momentos, en que se está debatiendo con intensidad la sostenibilidad del sistema sanitario público, es una aberración consentir que nos gastemos millones de euros anuales en financiar fármacos «inútiles» (solo en Madrid, en el año 2010, supusieron 8.726.311 de euros), lo que cuestiona el sistema selectivo de financiación contemplado en el artículo 89 de la Ley de Garantías y Uso Racional del Medicamento del año 2006. La exclusión de estos fármacos, que ya se ha realizado en países como Suecia, debería extenderse a España, potenciándose una financiación que realmente sea selectiva, facilitando la prescripción y ayudando a la maltrecha economía sin perder calidad terapéutica.

Parece evidente que, en el caso de los SYSADOA, su prescripción está más determinada por los condicionamientos del mercado que por los aspectos que deberían regirlo, como son fundamentalmente las evidencias de seguridad y eficacia. Quizás sea ahora un buen momento, con la crisis aposentada en el sistema sanitario, para que empiecen a cambiar las cosas. No perdamos la esperanza. Todos tenemos nuestra parte de responsabilidad y, al menos, debemos levantar nuestras voces para recabar un poco de coherencia.

Bibliografía

1. Richy F, Bruyere O, Ethgen O, Cucherat M, Henrotin Y, Reginster JY. Structural and symptomatic efficacy of glucosamine and chondroitin in knee osteoarthritis: a comprehensive meta-analysis. *Arch Intern Med.* 2003;163:1514-22.
2. Reichenbach S, Sterchi R, Scherer M, Trelle S, Bürgi E, Bürgi U, et al. Meta-analysis: chondroitin for osteoarthritis of the knee or hip. *Ann Intern Med.* 2007;146:580-90.

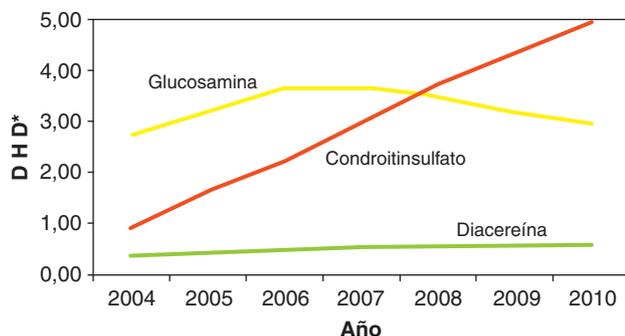


Figura 1 Evolución del consumo de SYSADOAs en la Comunidad de Madrid. Dosis habitante/día = DDD por 1.000 habitantes y día.

3. 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;341:4675.
4. Grup d'Ètica. Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitaria. La ètica en la relació con la indústria farmacéutica. Encuesta de opinión a médicos de familia en Cataluña. *Aten Primaria*. 2004;34:6-14.
5. McFadden DW, Calvario E, Graves C. The devil is in the details: the pharmaceutical industry's use of gifts to physicians as marketing strategy. *J Surg Res*. 2007;140:1-5.
6. Santa Cruz P. La industria farmacéutica y su influencia en la práctica clínica. *Rev GPU*. 2011;7:92-102.

Luz Fidalgo García*, Ana Gangoso Feroso
y José Manuel Izquierdo Palomares

*Dirección Asistencial Oeste, Comunidad de Madrid,
Madrid, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mfidalgo.gapm08@salud.madrid.org
(L. Fidalgo García).

doi:[10.1016/j.aprim.2011.09.011](https://doi.org/10.1016/j.aprim.2011.09.011)