

EL GASTO FARMACÉUTICO: UNA RESPONSABILIDAD COMPARTIDA

Una oportunidad para repensar la práctica clínica

Sumario

- **Introducción**
- **¿En qué gastamos el dinero...?**
- **¿... y cómo lo podríamos emplear mejor? Algunos ejemplos**
 - **Inhibidores de la bomba de protones**
 - **Estatinas**
 - **Antihipertensivos ARA II e IECA**
- **Ideas clave**

«El boletín INFAC es una publicación mensual que se distribuye gratuitamente a las y los profesionales sanitarios de la CAPV. El objetivo de este boletín es la promoción del uso racional del medicamento para obtener un mejor estado de salud de la población».

«La selección de fármacos no es un ejercicio de austeridad, sino de inteligencia clínica».
Juan Ramón Laporte

INTRODUCCIÓN

En los últimos meses y debido a la crisis económica el tema del gasto farmacéutico está más de actualidad que nunca. En España, medidas como el reciente Real Decreto-Ley 4/2010, de 26 de marzo, de racionalización del gasto farmacéutico con cargo al Sistema Nacional de Salud, las bajadas de precio de medicamentos o, incluso a menor escala, medidas como la sustitución automática de prescripciones de medicamentos de marca por su correspondiente prescripción por principio activo (DOE), están generando debate entre los profesionales sanitarios y en la sociedad. También desde este comité de redacción opinamos que es un momento oportuno para reflexionar sobre algunos aspectos relacionados con el gasto en medicamentos.

Con demasiada frecuencia el debate se centra fundamentalmente en «el recorte de los recursos», cuando la cuestión relevante es quizá la relación entre éstos y la salud. En definitiva, se trata de una cuestión de adecuación y de eficiencia.

El medicamento, como cualquier otra intervención sanitaria o clínica, puede aportar beneficios considerables a los pacientes, pero también conlleva riesgos, inconvenientes y costes. En ocasiones, los beneficios que aporta pueden ser escasos o incluso nulos. Decimos que una intervención es adecuada cuando existe un grado razonable de certeza de que el balance entre beneficios, riesgos, inconvenientes y costes es favorable, en una cuantía suficiente como para que se juzgue que merece la pena aplicarla, y sin que existan otras intervenciones alternativas cuyo balance sea aún mejor.

La utilización de medicamentos conlleva efectos relevantes sobre dos ámbitos fundamentales: sobre la salud evidentemente, y sobre los recursos. La utilización inadecuada deriva en distintos tipos de problemas que tienen su impacto sanitario y económico (ver Tabla 1).

Es conocido que el impacto económico de los medicamentos en España es de los más elevados entre los países de su entorno (1,8% del PIB y 21% del gasto sanitario total, en 2007)². Además, los crecimientos interanuales en el sector público superan con creces a los del IPC y del PIB: el gasto en medicamentos (recetas y gasto hospitalario) creció en Osakidetza el 103% en el periodo 2000-2010^{3,4}, mientras que el incremento en el IPC fue del 32,8% en el mismo periodo. El problema económico de la utilización de medicamentos se centra, por tanto, en su impacto en la sostenibilidad del sistema en su conjunto y en su coste

Tabla 1. **Problemas potenciales en la utilización de medicamentos y ejemplos. Adaptada de 1**

TIPO DE PROBLEMA	IMPACTO SANITARIO	IMPACTO ECONÓMICO
INFRAUTILIZACIÓN – Pacientes con cardiopatía isquémica que no reciben estatinas en prevención secundaria	Patología no tratada y sus consecuencias	Deterioro de una patología en un paciente no tratado y costes posteriores de la atención sanitaria
SOBREUTILIZACIÓN – IBP como protector universal – Estatinas en prevención primaria en pacientes de bajo riesgo cardiovascular	Relación beneficio-riesgo inadecuada Eventos adversos innecesarios Medicalización de la vida	Coste innecesario
SELECCIÓN O UTILIZACIÓN INADECUADA – Amoxicilina-clavulánico en faringoamigdalitis – COXIB en pacientes con enfermedad cardiovascular – Falta de adherencia al tratamiento	Menor eficacia o menor seguridad Menor efectividad	Relación coste-efectividad mejorable

de oportunidad, es decir, ¿a qué otras finalidades quizá más útiles podríamos destinar estos fondos?¹.

Podríamos entonar el festivo «Todos queremos más», que refleja el sentir popular, traducido en mayor gasto público en sanidad. ¿Más de qué?, nos preguntamos: ¿más servicios o más salud?⁵.

Intuitivamente la ciudadanía quiere más (servicios, gasto público, medicamentos,...) porque espera de ellos mayor salud y satisfacción de sus preferencias. Los profesionales también queremos más (gasto público, tecnología, contratación de personal,...), con la esperanza de que ello resuelva los problemas de las crecientes demandas de la sociedad.

Tal y como señalaba el informe Lalonde en 1974⁶, los principales determinantes de la salud son los relacionados con el estilo de vida y la biología humana (ver Tabla 2). Sin embargo, seguimos obstinados en comportarnos como si con recursos suficientes y tecnología adecuada se pudiese vencer a cualquier enfermedad, y en invertir los recursos justo en la proporción inversa al impacto que tienen los factores determinantes de la salud.

Tabla 2. **Los determinantes de la salud. Adaptada de 6**

DETERMINANTE DE LA SALUD	MORTALIDAD SEGÚN MODELO EPIDEMIOLÓGICO (%)	GASTOS PARA EL SECTOR SALUD (%)*
Sistema de asistencia sanitaria	11%	90,6%
Estilo de vida	43%	1,2%
Medio ambiente	19%	1,5%
Biología humana	27%	6,9%

* Los porcentajes no suman 100 por el ajuste de cifras

Los profesionales sanitarios asignamos, aproximadamente, el 70% de los recursos sanitarios, pero ello no constituye una de nuestras principales preocupaciones⁷. La eficiencia parece ser un concepto poco interiorizado y, en muchas ocasiones, no somos conscientes de que con nuestras actuaciones diarias estamos gestionando millones y millones de euros. Por citar algún ejemplo, con los datos del 2009 a nivel de la CAPV, la utilización de antihipertensivos IECA en lugar de ARA II permitiría un ahorro anual de 27,7 millones de euros.

En Osakidetza, el gasto farmacéutico fue de 805 millones de euros en 2009, distribuido de la siguiente forma: 65% del gasto en recetas generadas en atención primaria, 10% en atención especializada y el 24% en gasto farmacéutico hospitalario^{3,4}. Sin embargo, al analizar estos datos, hay que tener en cuenta que las recetas de continuación del tratamiento iniciado en atención especializada son realizadas casi siempre por el médico de atención primaria, es lo que llamamos «prescripción inducida». De hecho, los estudios realizados en nuestro medio^{8,9} indican que el 62,5 % del gasto por receta de atención primaria es inducido desde otros niveles de atención, principalmente atención especializada.

Indudablemente, existen multitud de factores externos que influyen en el uso y consumo de medicamentos, pero la implicación de los profesionales, tanto de atención primaria como especializada, que deciden diariamente a quién y cómo tratar, es clave para su uso eficiente¹. Como decíamos en 2007¹⁰, no hay duda de que todos queremos lo mejor para nuestros pacientes, pero «lo mejor», y lo más ético, incluye hacer un esfuerzo para que el paciente (y la sociedad en su conjunto) no pague innecesariamente más por un servicio/medicamento que no le aporta ninguna ventaja adicional sobre otras alternativas más baratas. Y estamos convencidos de que una sociedad bien informada estaría completamente de acuerdo.

¿EN QUÉ GASTAMOS EL DINERO...?

Con el fin de posibilitar una reflexión sobre la forma en que utilizamos los medicamentos y su repercusión económica, así como la búsqueda de alternativas para un mejor aprovechamiento de los recursos, presentamos los datos más relevantes del consumo de medicamentos en la CAPV en el año 2009. En las tablas 3 y 4 se recogen los 20 principios activos de mayor gasto y consumo en envases, correspondientes al consumo a través de receta (datos de facturación)³.

En los últimos años, las estrategias de racionalización del gasto se han centrado, entre otras cosas, en la promoción de la utilización de genéricos y en el fomento de la prescripción por principio activo (DOE). De hecho, la prescripción por principio activo promueve directamente la dispensación de genéricos, siempre que existan¹¹. El uso de genéricos promueve el ahorro. Por ejemplo, en el año 2000 el tratamiento de un mes con las marcas originales de omeprazol y de simvastatina costaba respectivamente 55,52 y 34,01 euros, mientras que en el año 2010 ambos cuestan 3,12 euros.

En 2009 la prescripción de genéricos en atención primaria fue del 20% y del 12% en atención especializada³. Sin duda, el progresivo aumento en el uso de genéricos ha hecho posible la contención del crecimiento del precio medio por envase en atención primaria. No obstante, su consu-

mo sigue siendo bajo comparado con el de otros países de nuestro entorno, y el margen de ahorro es aún importante. La cultura de prescripción de genéricos no está suficientemente arraigada en nuestro medio, y el gasto aumenta básicamente debido al desplazamiento de la prescripción hacia principios activos de reciente comercialización que no disponen de genérico.

Curiosamente, nuestro sistema de Salud es de los que más gasta en medicamentos mal llamados «innovadores», un término más comercial que médico, ya que estos «nuevos medicamentos» no son muchas veces más que variantes de otros ya existentes, sin ventajas demostradas sobre éstos, pero de precio mucho más elevado y generalmente asociados a mayor incertidumbre sobre sus posibles efectos adversos.

Tabla 3. Principios activos de mayor gasto (euros). CAPV, 2009

PRINCIPIO ACTIVO	IMPORTE (€)	% ACUMULADO
ATORVASTATINA	30.528.393	4,72%
SALMETEROL+ FLUTICASONA	21.067.121	7,98%
CLOPIDOGREL	15.063.233	10,31%
FORMOTEROL + BUDESONIDA	12.611.640	12,26%
OLANZAPINA	11.834.292	14,09%
BROMURO DE TIOTROPIO	10.906.917	15,77%
RISPERIDONA	8.652.538	17,11%
VALSARTÁN Y DIURÉTICOS	7.755.281	18,31%
OMEPRAZOL	7.706.354	19,50%
ÁCIDO RISEDRÓNICO	7.489.921	20,66%
VALSARTÁN	7.205.267	21,77%
ESCITALOPRAM	6.916.198	22,84%
FENTANILO	6.625.704	23,87%
PANTOPRAZOL	6.599.466	24,89%
INSULINA GLARGINA	6.103.648	25,83%
PREGABALINA	6.082.423	26,77%
ESOMEPRAZOL	6.077.099	27,71%
EZETIMIBE	5.863.722	28,62%
VENLAFAXINA	5.836.847	29,52%
FLUVASTATINA	5.620.678	30,39%

Tabla 4. Principios activos de mayor consumo en envases. CAPV, 2009

PRINCIPIO ACTIVO	ENVASES	% ACUMULADO
OMEPRAZOL	1.921.985	4,50%
PARACETAMOL	1.609.498	8,27%
ÁCIDO ACETILSALICÍLICO	1.009.462	10,63%
IBUPROFENO	989.048	12,95%
LORAZEPAM	942.874	15,16%
ATORVASTATINA	788.799	17,01%
SIMVASTATINA	787.692	18,85%
METFORMINA	721.516	20,54%
DICLOFENACO	647.993	22,06%
METAMIZOL	616.756	23,50%
ENALAPRIL	583.696	24,87%
LORMETAZEPAM	574.330	26,22%
ACETILCISTEÍNA	448.198	27,27%
ACENOCUMAROL	433.703	28,29%
AMOXICILINA	413.394	29,26%
AMOXICILINA+ CLAVULÁNICO	382.910	30,16%
AMLODIPINO	351.325	30,98%
ALPRAZOLAM	330.398	31,75%
FUROSEMIDA	328.159	32,52%
ENALAPRIL Y DIURÉTICOS	315.651	33,26%

¿...Y CÓMO LO PODRÍAMOS EMPLEAR MEJOR? ALGUNOS EJEMPLOS

A continuación ofrecemos reflexiones sobre determinados grupos farmacológicos con la pretensión de centrar la atención sobre aspectos puntuales relevantes y en los que exista clara oportunidad de mejorar la eficiencia.

Inhibidores de la bomba de protones (IBP)

El uso de los IBP ha trascendido del ámbito estrictamente clínico, y se ha banalizado hasta convertirlo en el tan popular «protector», que en nuestra Comunidad es consumido diariamente por 94 personas de cada 1.000³, mientras que en Noruega lo consumen sólo 30 de cada 1.000, o 27 de cada 1.000 en Italia. Además, su consumo en la CAPV se ha triplicado desde 2002 a 2009. Todo ello nos hace pensar hasta qué punto el consumo de IBP se justifica desde el punto de vista clínico¹².

Aunque son fármacos relativamente seguros, su uso no está exento de riesgos, por lo que su consumo de forma innecesaria puede plantear problemas de seguridad y de ineficiencia.

Estatinas

¿A quién tratar?

La primera cuestión relevante es qué pacientes necesitan realmente una estatina, es decir, en qué situaciones los beneficios superan a los riesgos, inconvenientes y costes.

En pacientes con cardiopatía isquémica, las estatinas disminuyen la mortalidad de origen coronario así como los eventos cardiovasculares, por lo que se recomienda el tratamiento con estatinas, independientemente de las cifras de colesterol¹³. En el año 2007, en la CAPV alrededor del 67,5% de los pacientes con cardiopatía isquémica recibían diariamente una estatina, cifra que ha aumentado progresivamente hasta alcanzar el 80,30% en el año 2010.

En prevención primaria, el beneficio de las estatinas es mucho menor y el balance beneficio/riesgo es más desfavorable cuanto menor es el riesgo coronario basal del paciente (13). Por ello, sólo se recomienda su uso en personas con un riesgo coronario alto, tras la intervención sobre otros factores de riesgo cardiovascular (obesidad, HTA, tabaquismo). Se recomienda evitar valoraciones aisladas del perfil lipídico: el tratamiento debe realizarse teniendo en cuenta el conjunto de los factores de riesgo, y no únicamente las cifras de colesterol o de c-LDL (con la excepción de la hipercolesterolemia familiar)¹³.

En la CAPV, en el primer cuatrimestre de 2010, de los pacientes que inician el tratamiento con una estatina en prevención primaria, sólo el 9,8% tenía el riesgo cardiovascu-

Además de la sobreutilización, la selección de IBP tiene repercusiones económicas importantes. No hay diferencias relevantes entre los distintos IBP en cuanto a eficacia y seguridad¹². Actualmente, el omeprazol es el IBP que presenta la mejor relación coste-beneficio. Con un tratamiento de esomeprazol se pueden pagar 8 tratamientos de omeprazol. Si bien es cierto que el omeprazol es el IBP más prescrito (74% de las DDD*), el 26% restante supone el 72% del gasto en IBP³. En el hipotético caso de que el resto de IBP se sustituyera por omeprazol, el ahorro potencial en la CAPV sería de 17,6 millones de los 28 millones de euros gastados en IBP durante el año 2009.

lar calculado. Ello hace pensar que el tratamiento todavía se sigue decidiendo en función de las cifras de lípidos en lugar de basarse en el riesgo cardiovascular.

¿Qué estatina utilizar?

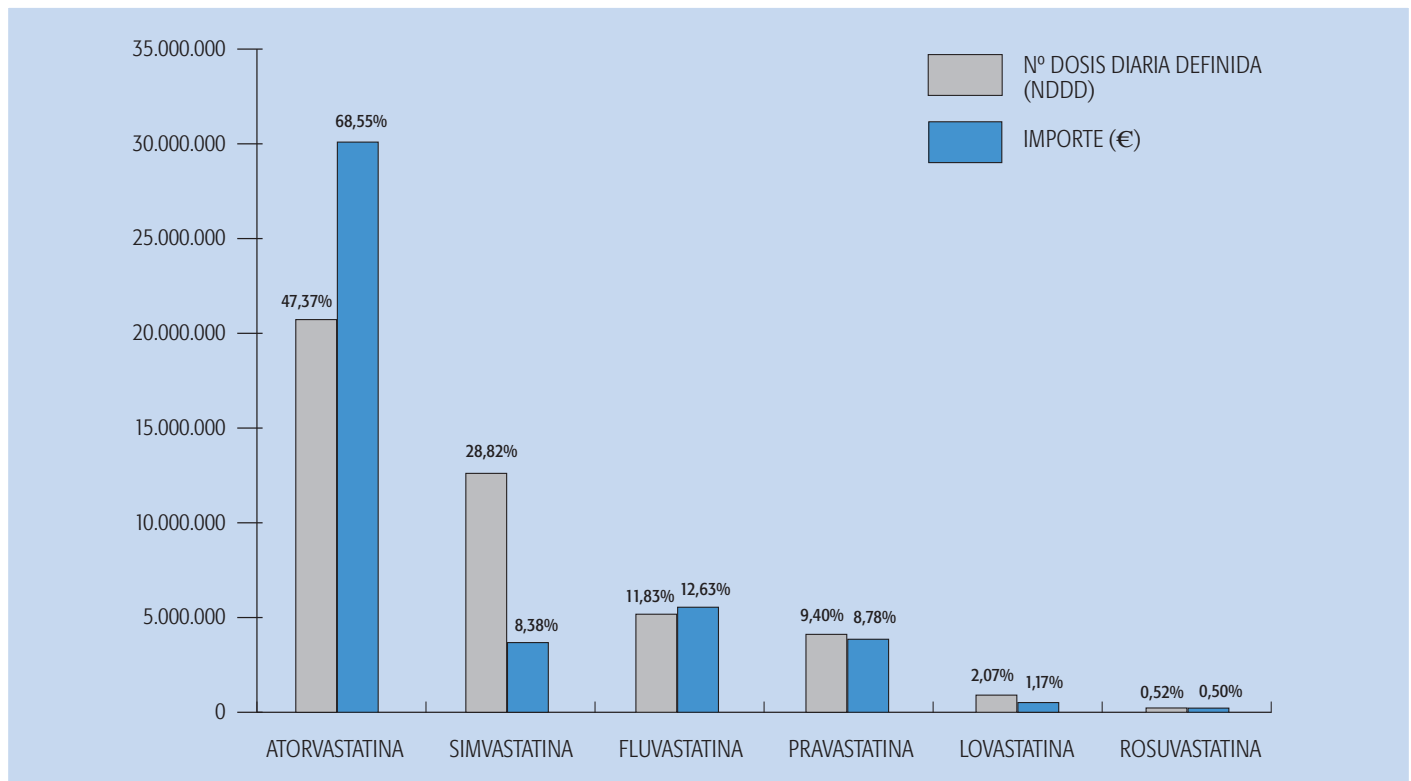
Otra cuestión de gran relevancia económica es la elección de la estatina^{13,14}. La guía del NICE¹⁴ recomienda utilizar la estatina con menor coste de adquisición y, por tanto, utilizar simvastatina como estatina de elección y pravastatina en caso de interacción con antifúngicos azólicos, macrólidos, amiodarona, verapamilo o ciclosporina.

La figura 1 muestra el consumo de estatinas en número de DDD y en importe en la CAPV en el año 2009³. En el hipotético caso de que la prescripción de estatinas hubiera sido exclusivamente simvastatina, se habrían ahorrado 31 millones de euros de los 43 gastados en estatinas en la CAPV en el 2009.

Otro dato a destacar es lo que ello supone para el bolsillo de los pacientes no pensionistas, que pagan el 40% del coste del medicamento. Dependiendo del principio activo que reciba, de la dosis y de si la prescripción se realiza como DOE - genérico o como marca, el coste anual para el paciente puede oscilar entre: 26,8 euros (prescripción por DOE - genérico de simvastatina 40 mg), 117 euros (prescripción por DOE - genérico de atorvastatina 20 mg) o 238 euros (prescripción de una marca comercial de atorvastatina 20 mg).

* La dosis diaria definida (DDD) de un principio activo se define como la dosis total diaria utilizada en su indicación principal en adultos (p.e. 20 mg de omeprazol). Es una unidad de medida que se establece a nivel internacional, para que los datos de utilización de medicamentos sean más comparables y no dependan de las presentaciones disponibles.

Figura 1. Consumo de estatinas en DDD y en importe. CAPV, 2009



Para cada estatina se refleja el porcentaje que supone respecto al consumo total de estatinas tanto en número de DDD como en importe

Antihipertensivos ARA II e IECA

El uso de ARA II, solos o asociados a otros fármacos (generalmente diuréticos) ha ido en aumento en los últimos años, y en el 2009 en la CAPV supuso el 27,5% de la prescripción de antihipertensivos en envases³.

El uso relativo de los ARA II respecto al de los IECA parece excesivo, ya que se prescriben más ARA II que IECA a expensas, sobre todo, de las asociaciones (ver Tabla 5).

Estos datos son difíciles de explicar atendiendo exclusivamente a criterios científicos. Los ARA II presentan la misma eficacia que los IECA en la hipertensión¹⁵, en la prevención de la nefropatía diabética y en la insuficiencia cardíaca^{16,17}. Considerando la relación beneficio/coste, los ARA II deberían ser utilizados sólo como alternativa a los IECA cuando éstos no son tolerados por la aparición de tos, lo cual según la literatura ocurre en un 5-20% de los pacientes¹⁸.

Si el uso de los ARA II se limitara al 20% de los pacientes que, como máximo, presentan tos con IECA, el ahorro en la CAPV en 2009 habría sido de 27,7 millones de euros. El gasto anual en antihipertensivos IECA y ARA II es de 10 y 40 millones de euros, respectivamente.

Respecto al bolsillo de los pacientes que no son pensionistas, los IECA y ARA II, como el resto de antihipertensivos

monofármacos, tienen aportación reducida, pero no así las asociaciones a dosis fijas de fármacos antihipertensivos que tienen una aportación del 40%. Ello supone que con una asociación de ARA II+diurético, estos pacientes tienen que desembolsar anualmente un promedio de 157 euros, cantidad que se reduce a 49 euros con una asociación de IECA+diurético.

Tabla 5. Consumo de antihipertensivos IECA y ARA II en DDD e importe. CAPV, 2009

FARMACOS ANTIHIPERTENSIVOS	Nº DDD	Importe (€)	Precio medio DDD (€)*
IECA solos	45.880.639	5.129.093	0,11
IECA asociaciones a dosis fijas	14.623.802	4.927.094	0,34
ARA II solos	40.546.742	23.463.369	0,58
ARA II asociaciones a dosis fijas	21.164.752	22.826.044	1,08

* El coste tratamiento diario con un ARA II en monoterapia es aproximadamente 5 veces mayor que el de un IECA en monoterapia y 3 veces superior en el caso de las asociaciones con diuréticos

Ideas clave

- El buen uso de los medicamentos comienza por su correcta indicación. Los fármacos utilizados en situaciones en las que no están indicados suponen un gasto innecesario, pueden ser fuente de iatrogenia, fomentan la medicalización, y todo ello sin aportar ningún beneficio. Es importante revisar la medicación de los pacientes crónicos polimedicados.
- La elección de medicamentos con mejor perfil beneficio-riesgo-coste resulta imprescindible para maximizar eficacia, evitar posibles efectos adversos y utilizar los recursos de forma eficiente.
- Manejar un pequeño número de fármacos con datos sólidos sobre eficacia y seguridad y eficientes puede contribuir a evitar errores de medicación y despilfarro de recursos.
- La prescripción por principio activo de fármacos que han demostrado en la práctica clínica un buen perfil beneficio-riesgo-coste fomenta el ahorro.

BIBLIOGRAFÍA

1. Segú JL. *Gestión de los medicamentos en los sistemas de salud. La perspectiva de la microgestión. Cuadernos de gestión de la utilización de medicamentos*, 2. Barcelona:Masson; 2004.
2. EAE Business School. *El Gasto Farmacéutico en España. Documento 06/2010*. Disponible en: http://www.actasanitaria.com/filesset/doc_57628_FICHERO_NOTICIA_68889.pdf [Accedido el 04/10/2010].
3. *Servicio de Prestaciones Farmacéuticas. Dirección de Farmacia. Eusko Jaurlaritz-Gobierno Vasco*.
4. *Sistema Económico Financiero de Osakidetza Aldabide*.
5. Ibern P, Planas I. *Todos queremos más, pero ¿de qué? Gestión Clínica y Sanitaria*. 2005;7(4):127-130.
6. Lalonde M. *A new perspective on the Health of Canadians*. Ottawa. 1974.
7. *Un momento oportuno para abordar el coste oportunidad. Editorial. El comprimido*. 2010;18:1.
8. Ruiz de Velasco E, Unzueta L, Fernández J, Santisteban M, Lekue I. *Prescripción inducida en atención primaria de la Comarca Bilbao. Aten Primaria*. 2002;29(7):414-420.
9. Pérez S, Millas J, López MC, Arzuaga MJ, Aldanondo A, San Vicente R. *Análisis de la prescripción inducida en una comarca de atención primaria. Rev Calid Asist*. 2010;25(6):321-26.
10. *A propósito de los genéricos ¿Por qué nos molesta hablar del coste de los medicamentos? INFAC*. 2007;15(8):40.
11. *Los genéricos y la contribución a la sostenibilidad del gasto farmacéutico. El ojo de Markov*. 2009;19.
12. *Inhibidores de la bomba de protones: ¿se puede vivir sin ellos? INFAC*. 2010;18(3):11-16.
13. San Vicente Blanco R., Pérez Irazusta I., Ibarra Amarica J., Berroondo Zabalegui I., Uribe Oyarbide.F., Urraca Garcia de Madinabeitia J., Samper Otxotorena.R., Aizpurua Imaz I., Almagro Mugica F., Andrés Novales J., Ugarte Libano R. *Guía de Práctica Clínica sobre el manejo de los lípidos como factor de riesgo cardiovascular*. Osakidetza. Vitoria-Gasteiz. 2008.
14. Rotaeché del Campo R, Aguirrezabala Jaca J, Balagué Gea L, Gorroñogoitia Iturbe A, Idarreta Mendiola I, Mariñelarena Mañeru E, Mozo Avellanad C, Ruiz de Velasco Artaza E, Torcal Laguna J. *Guía de Práctica Clínica sobre Hipertensión Arterial (actualización 2007)*. Osakidetza. GPC. Vitoria-Gasteiz. 2008.
15. *NICE clinical guideline 67. Lipid modification: cardiovascular risk assessment and the modification of blood lipids for the primary and secondary prevention of cardiovascular disease. Issue date: May 2008 (reissued March 2010). National Institute for Health and Clinical Excellence. London. 2008 (reissued 2010)*.
16. *¿Invertimos nuestros recursos con criterio? Reflexiones sobre el gasto en medicamentos en atención primaria en el SNS-O y perfil prescriptor de la atención especializada. Boletín de Información Farmacoterapéutica de Navarra*. 2006;14(5):41-51.
17. *ARA II: más estudios ¿cambian las evidencias? INFAC*. 2006;14(1):1-5.
18. Kaplan NM. *Major side effects of angiotensin converting enzyme inhibitors and angiotensin receptor blockers II*. In: *UpToDate® Online 18.2*. Disponible en: www.uptodate.com. Rose, BD (Ed), *UpToDate ONLINE 2010*. [Accedido el 04/10/2010].

Fecha de la revisión bibliográfica: Octubre 2010

Se recuerda la importancia de notificar los efectos adversos a la Unidad de Farmacovigilancia
Teléfono 94 400 7070 · Fax 94 400 7103 · correo-e: farmacovigilancia@osakidetza.net

Galdera, iradokizun edo parte-hartze lanak nori zuzendu / Para consultas, sugerencias y aportaciones dirigirse a: zure komarkako farmazialaria / el farmacéutico de su comarca o CEVIME / MIEZ - tel. 945 01 92 66 - E-mail: cevime-san@ej-gv.es

Idazkuntza Batzordea / Consejo de Redacción: José Ramón Agirrezabala, Iñigo Aizpurua, Miren Albizuri, Iciar Alfonso, María Armendáriz, Sergio Barrondo, Arrate Bengoa, Arritxu Etxeberria, Julia Fernández, Susana Fernández, Itxasne Gabilondo, Leire Gil, Ana Isabel Giménez, Juan José Iglesias, Josune Iribar, Jesús Iturralde, Nekane Jaio, Itxasne Lekue, M^a José López, Javier Martínez, Amaia Mendizabal, Carmela Mozo, Elena Olloquiegi, Elena Ruiz de Velasco, Rita Sainz de Rozas, Elena Valverde.



EUSKO JAURLARITZA
GOBIERNO VASCO

OSASUN ETA KONTSUMO SAILA
DEPARTAMENTO DE SANIDAD
Y CONSUMO

Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia
Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco

Imprime: Gráficas Varona

ISSN: 1575054-X · D.L. BI-587-99