

Editorial

Manual de medicamentos psiquiátricos del plan obligatorio de salud: dudas y preguntas

En ejercicio de las facultades legales conferidas por el artículo 172 de la Ley 100 de 1993, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) emitió el Acuerdo 228 del 2002, mediante la cual actualizó el *Manual de medicamentos* del plan obligatorio de salud (POS). El acuerdo describe que con los cambios en la estructura demográfica colombiana, “el perfil epidemiológico nacional, la tecnología apropiada disponible en el país y las condiciones financieras del sistema y teniendo en cuenta las recomendaciones del Comité Técnico Asesor de Medicamentos del CNSSS, en cumplimiento de sus funciones y previo estudio de las solicitudes de inclusión de medicamentos provenientes de asociaciones científicas, comités técnicos científicos y comités de farmacia y terapéutica de diferentes instituciones, así como de los programas del Ministerio de Salud, se hace necesario modificar el *Manual de medicamentos y terapéutica* del Sistema General de Seguridad Social en Salud adoptado mediante el Acuerdo 83 de 1997”.

En esta ocasión se ratificaron los medicamentos psiquiátricos del POS que teníamos desde 1993 y no se dio mayor cambio respecto al primer manual, excepto por la inclusión de la fluoxetina en suspensión. El listado es el siguiente:

Antimaniacos	
Litio carbonato	300 mg cápsula o tableta
Anticonvulsivos	
Carbamazepina	200 mg tableta
Carbamazepina	100 mg/5 mL suspensión oral
Clonazepam	0,5 mg tableta
Clonazepam	2,0 mg tableta
Clonazepam	2,5 mg/mL solución oral
Valproico, ácido	250 mg tableta o cápsula
Valproico sódico	250 mg/5 mL como ácido (5%) jarabe
Antidepresivos	
Amitriptilina clorhidrato	25 mg tableta
Fluoxetina	20 mg (como base) tableta o cápsula Uso exclusivo de especialista

<i>Fluoxetina</i>	<i>20 mg/5 mL (como base) solución oral</i> <i>Uso exclusivo de especialista</i>
Imipramina clorhidrato	10 mg gragea
Imipramina clorhidrato	25 mg gragea
<i>Tranilcipromina</i>	<i>25 mg tableta</i>
Trazodona clorhidrato	50 mg tableta
Trazodona clorhidrato	50 mg/5 mL solución inyectable
Neurólépticos, antipsicóticos o tranquilizantes mayores	
Clorpromazina clorhidrato	25 mg/mL solución inyectable
Clorpromazina clorhidrato	40 mg/mL (4%) jarabe
Clorpromazina	25 mg tableta
Clorpromazina	100 mg tableta
Clozapina	25 mg tableta Uso exclusivo de especialista
Clozapina	50 mg tableta Uso exclusivo de especialista
Clozapina	100 mg tableta Uso exclusivo de especialista
Haloperidol	5 mg tableta
Haloperidol	10 mg tableta
Haloperidol	5 mg/mL solución inyectable
Haloperidol	2 mg/mL (0,2%) solución oral
<i>Levomepromazina</i>	<i>25 mg tableta</i>
<i>Levomepromazina</i>	<i>100 mg tableta</i>
<i>Levomepromazina</i>	<i>25 mg/mL solución inyectable</i>
<i>Levomepromazina</i>	<i>4 mg/mL (0,4%) solución oral</i>
Pipotiazina palmitato	25 mg/mL solución inyectable
Tioridazina clorhidrato	25 mg gragea
Tioridazina clorhidrato	200 mg tableta liberación programada
Antiparkinsonianos	
<i>Amantadina sulfato o clorhidrato</i>	<i>100 mg cápsula</i>
Biperideno clorhidrato	2 mg tableta
Biperideno lactato	5 mg/mL solución inyectable
<i>Trihexifenidilo clorhidrato</i>	<i>2 mg tableta</i>
Sedantes, hipnóticos y ansiolíticos	
Alprazolam	0,25 mg tableta
Alprazolam	0,50 mg tableta
Diazepam	2 mg/mL (0,4%) jarabe
Diazepam	5 mg tableta o cápsula
Diazepam	10 mg tableta o cápsula
<i>Lorazepam</i>	<i>1 mg tableta</i>
<i>Lorazepam</i>	<i>2 mg tableta</i>
Midazolam	7,5 mg tableta

De una lectura detenida de esta lista de medicamentos se hacen notorias algunas dificultades:

1. Existen medicamentos que aún estando aprobados en este acuerdo no existen en el mercado como molécula o en alguna de sus presentaciones. Este es el caso de la clorpromazina y la tioridazina en todas sus presentaciones, de la trazodona y la levomepromazina inyectables, y de la tranilcipromina y la clozapina en una presentación.
2. No encontramos algunas presentaciones que habitualmente utilizamos en psiquiatría, como lo son el ácido valproico de 500 mg y la carbamazepina de 400 mg.
3. No tenemos algunos medicamentos para el manejo de algunas patologías muy prevalentes y que, de estar, posiblemente serían más costoefectivas que algunas de las disponibles. Este es el caso de algunos neurolépticos atípicos que han demostrado gran beneficio para el manejo intrahospitalario y ambulatorio de los pacientes.
4. No se encuentran algunos medicamentos que claramente han demostrado mayor eficacia para el manejo de cuadros depresivos, como antidepressivos duales, antidepressivos inhibidores de la recaptación de dopamina y algunos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS).

Estas dificultades pueden sugerir otras con las cuales nos vemos enfrentados continuamente los psiquiatras y de donde surge una serie de preguntas:

1. ¿Los medicamentos que se encuentran en la lista de medicamentos esenciales del POS son realmente los esenciales?
2. ¿Una lista realizada en 1993 y sin ningún cambio significativo desde entonces se encuentra actualizada y responde a las necesidades de las personas?
3. ¿Sobre qué base se plantean medicamentos citados como esenciales?, ¿qué pruebas existen para que sean catalogados así?
4. ¿Es la tranilcipromina un medicamento esencial, cuando en todas las guías internacionales sobre depresión no aparece en las primeras líneas de manejo?, ¿cómo es que medicamentos esenciales —la clorpromazina, por ejemplo—, no se encuentran en el mercado?, o ¿es que ya no lo es?
5. ¿Cómo podemos realizar guías basadas en la evidencia, que cada día nos exigen más las entidades promotoras de salud (EPS), cuando no contamos con algunos de los medicamentos que han sido ubicados

- como de primera o segunda línea (esto es lo que se llamaría “esenciales”) en un sinnúmero de guías internacionales sobre el tema?
6. ¿Tener una restricción en el vademécum del POS ha llevado a disminuir los costos de los medicamentos, o en su lugar a aumentarlos, al evitar una competencia intergrupos? Al respecto, estudios preliminares muestran un incremento de los costos de medicamentos esenciales psiquiátricos por encima del costo de la vida.
 7. ¿Qué estudios de costos existen en Colombia para apoyar uno u otro medicamento? ¿Cuánto podríamos ahorrar en hospitalizaciones al utilizar neurolépticos atípicos o antidepresivos de otro tipo en el manejo ambulatorio de nuestros pacientes?
 8. ¿A quién le conviene tener restringido el ingreso al vademécum del POS?, ¿a los laboratorios que producen los medicamentos que lograron el ingreso, a los que no lo han logrado y por lo tanto tienen menos competencia suscitada por el ingreso a la lista de medicamentos esenciales, o a ambas partes?
 9. ¿Dónde ha estado la intervención de nuestra Asociación sobre la lista de medicamentos esenciales del POS? ¿Cuántos proyectos o propuestas de incorporación o revaluación de los medicamentos presentes hemos hecho ante el CNSSS en los últimos 12 años?
 10. ¿Es importante tener este tema en la agenda permanente de la Asociación?

Estas son algunas de las preguntas y cuestionamientos que tenemos que hacernos todos nosotros como gremio.

Carlos Gómez-Restrepo
Director
Revista Colombiana de Psiquiatría
cgomez_restrepo@yahoo.com