

INFARM

Plan de Acción sobre el Uso Racional de los Medicamentos



INFORMACIÓN FARMACOTERAPÉUTICA DE LA REGIÓN DE MURCIA

Vol. 1

Nº 1/2008



PRINCIPIOS ACTIVOS

Conoce lo que tomas



El principio activo, llamemos a los medicamentos por su nombre

El manejo de los fármacos por su nombre es de gran importancia para el uso apropiado de los medicamentos (1). Algo tan sencillo como esto, implica en realidad un cambio sustancial en la concepción de los tratamientos, mejora el conocimiento de los fármacos, aumenta la seguridad en el uso de los medicamentos y a la vez aseguramos la máxima eficiencia en la prestación farmacéutica.

Este cambio afecta en mayor o menor medida a todos los agentes que intervienen en la llamada cadena del medicamento (profesionales sanitarios, pacientes, oficinas de farmacia, industria farmacéutica, administración sanitaria...), con intereses que no siempre son coincidentes, pero que debe acometerse porque la mejora en la calidad de los tratamientos que reciben los pacientes ha de ser un principio básico de todo sistema sanitario.

En España la pionera en fomentar la prescripción por principio activo (PPA) fue Andalucía en 2001, a la que le siguieron en años sucesivos diversas comunidades, habiéndose extendido en la actualidad en prácticamente todo el país. Pero no es un fenómeno aislado en España, es recomendado por la OMS (2) y a nivel europeo diversas organizaciones promocionan este tipo de prescripción como el Colectivo Europa y Medicamento (3), que han dado un gran impulso al principio activo como la mejor forma de manejar los medicamentos y, dada la movilidad actual de las poblaciones, permite que los tratamientos sean reconocidos en cualquier parte del mundo.

El Servicio Murciano de Salud ha apostado decididamente por este tipo de prescripción, que ha de ser la base sobre la que se despliegue el Plan de Acción sobre el Uso Racional de los Medicamentos 2008-2010 y ha diseñado una campaña de promoción general dirigida a instituciones, profesionales sanitarios de todos los niveles asistenciales, farmacéuticos comunitarios, pacientes y población general.

La prescripción por principio activo en España

La Ley de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios, en su artículo 85 dice "Las Administraciones sanitarias fomentarán la prescripción de los medicamentos identificados por su principio activo en la receta médica" (4).

Pero antes de la entrada en vigor de esta Ley, la anterior Ley del Medicamento ya contemplaba este tipo de prescripción (artículo 89) y diversas CCAA la implantaron, desarrollando acuerdos de precios máximos de dispensación con los respectivos Colegios Oficiales de Farmacéuticos y dentro del ámbito del sistema de precios de referencia (ver Tabla 1).

En Andalucía, desde septiembre de 2001 cuando las recetas PPA representaban un escaso 0,35% del total, se ha pasado a superar el 73% en julio de 2007, según un comunicado de la Junta de Andalucía.

INICIO	CCAA	%PPA (fecha)
2001	Andalucía	73% (julio 2007)
2003	Extremadura	9,66% (octubre 2007)
2003	Aragón	
2003	Cantabria	29,45% (octubre 2007)
2004	Castilla la Mancha	8,36% (2006)
2006	Canarias	
2006	Castilla León	24,19% (octubre 2007)

Tabla 1. Comunidades que iniciaron la PPA en España.

También es destacable la implantación en otras CCAA como Castilla León y Cantabria, con valores cercanos al 30% en octubre de 2007.

En la Región de Murcia, la PPA se inició en julio de 2007 mediante comunicado a todos los médicos del SMS y elaboración de un nomenclátor de presentaciones de principios activos incluido en OMI para facilitar este tipo de prescripción. En diciembre de 2007 el porcentaje de envases PPA fue del 3,51% en el SMS, cifra normal dado que no se promovió este tipo de prescripción y es lo que sucedió en otras comunidades cuando iniciaron su uso.

Campaña de promoción del principio activo en Murcia

La campaña inicial para promocionar la PPA se va a realizar entre los meses de abril y mayo de 2008.

Objetivos

- Promover la prescripción y el uso de la Denominación Oficial Española (DOE) o Denominación Común Internacional (DCI) por pacientes, profesionales y ciudadanos.
- Dar la máxima difusión a esta iniciativa para reconocer las DOE/DCI y evitar errores de medicación.
- Simplificar la actividad del médico.
- Conseguir un uso correcto de los medicamentos evitando su uso forzado por promociones comerciales.

¿A quién va dirigida?

- **A todos los profesionales del SMS:** aunque la mayoría de recetas se realizan en Atención Primaria (AP), se considera que la promoción, mediante sesiones

informativas, debe hacerse extensiva a médicos de todos los ámbitos asistenciales, en particular de Atención Especializada, pues, aunque se prescribe un número limitado de recetas (el 2,5% del total en 2007) éstas representan sólo una parte de los tratamientos originados en los hospitales, tratamientos que tienen una gran repercusión en AP donde se realiza el seguimiento de estos pacientes. Según diversos estudios (5-8), la prevalencia de la prescripción inducida en atención primaria (AP), oscila entre el 24-55% y en pacientes con enfermedades crónicas puede llegar al 40-77%. El origen hospitalario se ha cifrado en un 34-53% de esta prescripción inducida

- **A farmacéuticos comunitarios:** deben jugar un papel clave en lo referente a informar a los pacientes cuando tengan un tratamiento prescrito por principio activo. Por una parte, el concierto entre el SMS y el Colegio Oficial de Farmacéuticos de la Región de Murcia para el seguimiento de la prestación farmacéutica recoge que cuando a un paciente crónico se le recete por principio activo el farmacéutico procurará dispensarle el medicamento de la misma marca que estaba tomando (9). Además, se ha pedido a los farmacéuticos a través de su colegio oficial, que presten atención farmacéutica a estos pacientes, concretamente que le den la información necesaria y que identifiquen el principio activo en el envase del medicamento, mediante rotulación o etiquetado.

- **A usuarios y población general:** mediante carteles publicitarios, polidíptico informativo y anuncios en prensa y radio. El paciente no debe guiarse por marcas comerciales, por su seguridad debe conocer lo que está tomando e ir familiarizándose paulatinamente con la nomenclatura DOE.

Prescripción por principio activo: aspectos prácticos

¿En qué consiste?

Se dispone de dos alternativas para indicar un tratamiento farmacológico. En primer lugar por su marca comercial, que puede ser mediante un nombre de fantasía (por ejemplo Ceparidin® 50 mg 20 caps) o genérico (Tramadol Normon® 50 mg 20 caps EFG). La otra opción es prescribir por principio activo, optar por indicar el medicamento por su DOE o DCI: *tramadol 50 mg 20 caps*.

La DCI es el nombre real del fármaco: principio activo que cura, atenúa o previene un trastorno de salud. La nomenclatura DCI fue creada por la OMS en 1.953 con el objetivo de dotar de un nombre específico a cada sustancia farmacológica, de forma que pudiera ser reconocida y pronunciada en todo el mundo. La idea primordial era la creación de un lenguaje global común que superase la confusión que se genera por la utilización de los múltiples nombres comerciales (10). La DOE la establece la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios y consiste en una adaptación lingüística de la DCI (4).

¿Qué medicamento se le dispensa al paciente?

El farmacéutico ha de dispensar uno de los medicamentos de menor precio y si entre ellos hay un Equivalente Farmacéutico Genérico (EFG) está obligado a dar el EFG (4,11).

¿Qué se factura al SMS?

Se factura siempre el medicamento de menor precio.

¿Qué diferencias hay entre una prescripción genérica y por principio activo?

Como se ha indicado más arriba, un EFG es una marca comercial, se compone del principio activo más el nombre del laboratorio fabricante y las siglas EFG. Es un acercamiento a la PPA pero no permite generalizar este tipo de prescripción ya que solamente se podrán prescribir EFG de aquellos medicamentos que tengan una presentación genérica comercializada.

¿A qué medicamentos no es aplicable la prescripción por principio activo?

Este tipo de prescripción es aplicable a la gran mayoría de medicamentos, excepto a aquellos que por sus especiales características no puedan considerarse equivalentes a pesar de contener el mismo principio activo.

La Orden SCO/2874/2007 de 28 de septiembre (12) establece los medicamentos que no pueden sustituirse en el acto de la dispensación en la oficina de farmacia por razón de sus características de biodisponibilidad y estrecho rango terapéutico, con arreglo al artículo 86.4 de la Ley 29/2006, de 26 de julio, de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios. Estos medicamentos no deben prescribirse por principio activo.

· Medicamentos biológicos:

Insulinas, hemoderivados, vacunas, medicamentos biotecnológicos.

· Medicamentos de estrecho margen terapéutico:

Acenocumarol, carbamazepina, ciclosporina, digoxina, fenitoina, levotiroxina, litio, metildigoxina, teofilina, warfarina.

· Medicamentos de especial control Médico o de especial seguimiento:

Ácido acetohidroxiámico, cabergolina, clozapina, derivados de la vitamina A (isotretinoína, acitretina) vía sistémica, pergolida, sertindol, talidomida, vigabatrina.

· Medicamentos por vía inhalatoria para el aparato respiratorio.

En principio tampoco sería recomendable para aquellos medicamentos compuestos por más de dos principios activos.

La mejor forma de manejar los medicamentos

Denominar a los medicamentos por su nombre, por su principio activo, es considerada como la mejor forma de manejar los medicamentos, es recomendada por la OMS (2) y diversas organizaciones internacionales (3), así como por sociedades científicas y autoridades sanitarias.

En primer lugar porque lleva implícito un **mayor conocimiento de los fármacos**, es manejarlos por su nombre tal y como se enseña en las Facultades y se describen en los textos y publicaciones científicas, absteniéndose de seguir las directrices de los folletos de información de las compañías farmacéuticas con nombres comerciales y por tanto, manejar información proveniente de fuentes independientes basada en los estudios que aporten la mayor evidencia científica.

En un estudio realizado por el “Institute for Evidence Based Medicine”, publicado en el BMJ en 2004 (13), en el que se analizaron 175 materiales publicitarios repartidos a 43 médicos en Alemania, se comprobó que el 94% de ellos no se basaban en pruebas científicas, incluían beneficios que no se mencionaban en los artículos de referencia, omitían efectos adversos y otros descubrimientos importantes, daban descripciones falsas

EJEMPLOS DE NOMBRES IDÉNTICOS DE MEDICAMENTOS EN DISTINTOS PAÍSES

AKNEFUG®	Benzoilo peróxido (Suiza)	Eritromicina (Alemania)
BUPREX®	Ibuprofeno (Ecuador)	Buprenorfina (España)
CELEX®	Cefalexina (Tailandia)	Clonixina (Chile)
MONOCID®	Claritromicina (Austria)	Cefonicid (España)
MOXACEF®	Cefadroxilo (Bélgica)	Moxalactam (Italia)
PREVISCAN®	Fluindiona (Francia)	Pentoxifilina (Argentina)
SERENAL®	Oxazepam (Portugal)	Clozazolam (Japón, Venezuela)
SERENASE®	Lorazepam (Bélgica)	Haloperidol (Italia)
VERMIN®	Piperazina citrato (Méjico)	Verapamilo (Finlandia)

Tabla 2. Fuente: Panorama Actual del Medicamento. N° 306. Sep 2007.

de los grupos de pacientes o aspectos del diseño de los ensayos clínicos, un 15% de ellos no tenía citas bibliográficas y otro 22% adicional contenía citas ilocalizables.

No hay que olvidar que por mucho que se enmascaren las técnicas de promoción de medicamentos su finalidad es la venta de sus productos y el médico debe tener presente que existen multitud de estrategias de marketing destinadas a ello.

En segundo lugar porque **mejora la seguridad** en el manejo de los medicamentos.

El mercado farmacéutico está saturado y es altamente competitivo. Las compañías farmacéuticas crean continuamente estrategias comerciales nuevas y complejas, lo que provoca que el conocimiento por pacientes y profesionales sanitarios de herramientas como la nomenclatura DOE/DCI sea esencial para prevenir errores en la administración de medicamentos por la confusión que generan los nombres comerciales, que pueden ocasionar sobredosis por el uso simultáneo del mismo fármaco bajo nombres comerciales diferentes y por interacciones farmacológicas por desconocimiento de los principios activos que contienen los medicamentos bajo su nombre comercial.

Utilizar el mismo lenguaje en todos los niveles asistenciales además de simplificar el trabajo del médico es muy importante desde el punto de vista de la seguridad del paciente. Los tratamientos serán reconocidos por todos los profesionales sanitarios, no solo a nivel local, sino en cualquier parte del mundo.

España es un país con gran tradición turística y se han descrito casos de errores en la dispensación de medicamentos por desconocer su principio activo, como el publicado en un boletín de la Agencia Francesa de Seguridad Sanitaria (14):

“un ciudadano francés se fue de vacaciones a España y olvidó llevar consigo su medicación anticoagulante. Entraron en una oficina de farmacia para comprarlo, pero al farmacéutico no le decía nada el nombre comercial y comprobó que no estaba comercializado en España. Lo buscó en una base de datos y el farmacéutico encontró una especialidad con ese nombre comercializada en Argentina, pero que contenía un principio activo diferente con propiedades vasodilatadoras en vez de anticoagulantes. El paciente tomó esta medicación y poco después de regresar a Francia fue víctima de un accidente cerebral vascular. Todavía se encuentra recuperándose de las secuelas”.

Casos como éste pueden darse con cierta frecuencia cuando solo se tiene como referencia la marca comercial, ya que bajo un mismo nombre del medicamento puede haber distintos principios activos según el país donde se comercialice (ver Tabla 2).

En tercer lugar **mejora la eficiencia** sin disminuir la calidad los medicamentos. Ya hemos dicho que se dispensará una EFG si existe y se facturará al SMS el de menor precio.

La calidad, seguridad y eficacia de los medicamentos, con nombre de fantasía o genéricos, comercializados en España está avalada por las autoridades sanitarias españolas (Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios) y europeas (Agencia Europea del Medicamento): todos los medicamentos autorizados cumplen con los requisitos establecidos en las normas europeas para la autorización y control de los medicamentos (15).

Los medicamentos genéricos, que pueden comercializarse una vez transcurrida la patente del producto innovador, deben demostrar, además, su bioequivalencia con el producto de referencia, lo que asegura que las dos formulaciones del mismo principio activo son terapéuticamente equivalentes y por lo tanto intercambiables. Los estudios de bioequivalencia no sólo se utilizan para los genéricos, también recurren a ellos los laboratorios que desarrollan el medicamento innovador cuando se

cambia de formulación. Hay que tener en cuenta que el 59% de las formulaciones de los productos de marca comercializados, son distintas de las utilizadas en los ensayos clínicos en fase II y III para demostrar eficacia y seguridad, por lo que han de recurrir a los ensayos de bioequivalencia para demostrar su equivalencia terapéutica (16).

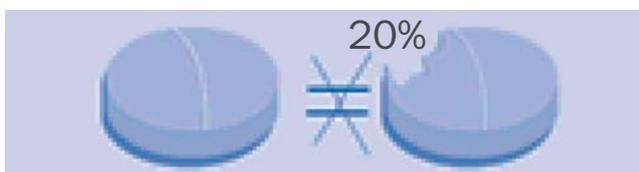


Figura 1. Fuente: el ojo de Markov N° 10, junio de 2006

El aumento en la calidad de los tratamientos redundará en una **mayor satisfacción de los pacientes**, siempre que se respeten sus opiniones. Nunca habría que imponer esta forma de usar medicamentos, el médico deberá valorar si el paciente está capacitado para manejar los medicamentos por principio activo y debería informarle de las ventajas que supone.

La bioequivalencia y el $\pm 20\%$

La determinación farmacocinética de la bioequivalencia la estableció en 1.977 la agencia reguladora norteamericana FDA (Food and Drug Administration) y elaboró guías para su determinación que han sufrido sucesivas actualizaciones (17). Siguiendo sus pasos, la Agencia Europea del Medicamento (EMA) también estableció sus guías y en la actualidad todos los medicamentos genéricos deben cumplir con los requisitos exigidos en la Guía para la Investigación de la Biodisponibilidad y Bioequivalencia de la EMA (18).

Dos formulaciones serán bioequivalentes cuando presenten una biodisponibilidad comparable en condiciones experimentales apropiadas: diferencia en velocidad y magnitud de absorción inferior al 20%.

La biodisponibilidad se define como la velocidad y la magnitud con la que un principio activo es absorbido desde un preparado medicamentoso y está disponible en su lugar de acción. Se calcula midiendo la evolución temporal de sus niveles plasmáticos (16).

El valor $\pm 20\%$ no significa que pueda haber una diferencia de esta magnitud en la cantidad de principio activo

contenida en la forma farmacéutica (ver Figura 1). Es la diferencia permitida en los ensayos farmacocinéticos para determinar la bioequivalencia de dos medicamentos. Los ensayos de bioequivalencia se realizan en voluntarios sanos con un diseño cruzado de dos secuencias y dos períodos (diseño cruzado 2x2). Los sujetos se asignan al azar a recibir una de las dos posibles secuencias, la secuencia 1 en la que se administra la formulación test en el periodo 1 y la formulación de referencia en el periodo 2, o la secuencia 2 en la que el orden de administración se invierte. Después de la administración de cada formulación se extraen varias muestras de sangre sucesivas, para medir las concentraciones plasmáticas y calcular la concentración máxima (Cmax), el tiempo en el que se alcanza (Tmax) y el área bajo la curva concentración-tiempo (AUC). Para que dos productos sean bioequivalentes se requiere que el intervalo de confianza del 90% para el cociente de las medias de las dos formulaciones (AUC y Cmax con transformación logarítmica) esté incluido entre 80% y 125% (16).

¿Cómo se interpretan los ensayos de bioequivalencia?

Supongamos que en la Figura 2 se representa el valor medio y el intervalo de confianza de los cocientes de Cmax de 5 medicamentos con 1 medicamento de referencia. El medicamento E no será bioequivalente porque tanto el valor medio como el intervalo de confianza cortan uno de los límites prefijados. Los medicamentos C y D tampoco serán bioequivalentes ya que el intervalo de confianza también corta el límite. Sólo serán bioequivalentes los medicamentos A y B.

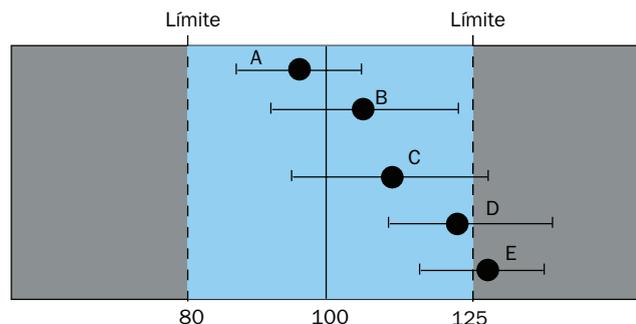


Figura 2. Test de bioequivalencia (Media \pm intervalo de confianza 90%; A, B; equivalencia, C, D, E: no bioequivalencia)

Por lo tanto, como los intervalos de confianza (y no solo los valores medios) deben encontrarse entre los límites prefijados, la diferencia en los parámetros farmacocinéticos entre medicamentos bioequivalentes no podrá ser muy grande, de hecho, en un análisis de fármacos

genéricos aprobados por la FDA realizado en 1987, la diferencia media con los productos de referencia era de 3,5% (con un rango de -14% a +19%), y el 80% de los genéricos se encontraban en un $\pm 5\%$ del fármaco innovador.

¿Es aceptable una variabilidad de $\pm 20\%$?

Está internacionalmente aceptado que esta diferencia no es clínicamente significativa. Hay que tener en cuenta que variaciones de igual o mayor magnitud se dan para un mismo medicamento en las siguientes situaciones:

Diferencias biológicas:

- Dosis por kg de peso: misma dosis para pesos entre 60 y 75 kg.
- Variabilidad interindividual
- Otros factores: alimentos, edad, sexo, horario de administración...

Variabilidad como producto:

- Diferencias en cantidad de principio activo entre distintos lotes de un mismo medicamento
- Pérdida de actividad al final del periodo de validez, que puede llegar a ser del 10%.

PARA TERMINAR...

La decisión de prescribir PA siempre debe ser previa valoración por el médico y acuerdo con el paciente.

Como estrategia de implantación inicial de la PPA se propone comenzar por:

- Tratamientos agudos como antibióticos, analgésicos, antipiréticos...
- Pacientes crónicos que el médico considere suficientemente capacitados para manejar los principios activos.
- Inicios de tratamiento

Manejar los medicamentos por su principio activo asegura una "buena práctica" en la prescripción, priorizando siempre una atención de calidad y balance beneficio / riesgo para los pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

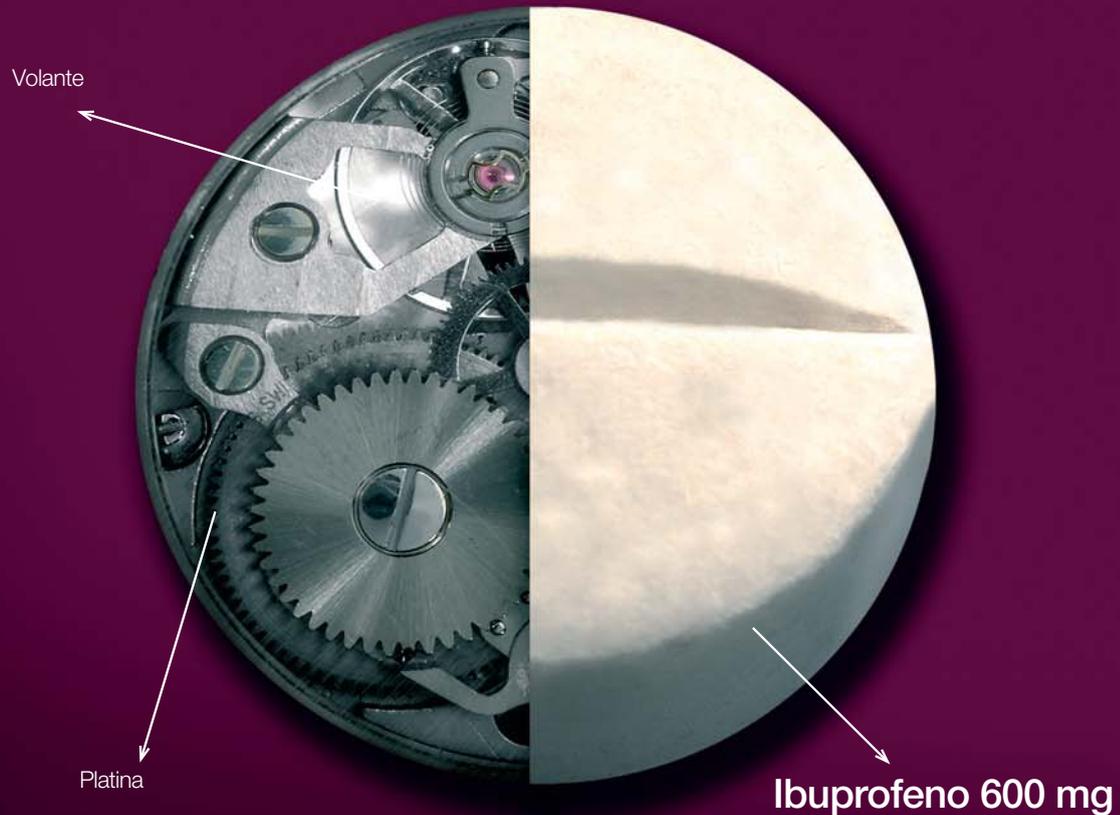
1. Priorité à la DCI entre soignants et patients. Rev Prescrire 2005 ; 25 (265) : 706-8.
2. World Health Organization. International Non Proprietary Names. <http://www.who.int/medicines/services/inn/en/>
3. Colectivo Europa y Medicamento. <http://www.prescrire.org/aLaUne/dossierEuropeCollectif.php>
4. LEY 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. <http://www.boe.es/boe/dias/2006/07/27/pdfs/A28122-28165.pdf>
5. Casanovas J, Guerrero A. Prescripción inducida. Formación Médica Continuada. 2000; 7(5): 329-35.
6. Franzi SA, Placencia ML, Rodríguez L.. Estudio de la prescripción inducida de las áreas básicas de salud de la Dirección de Atención Primaria de Sabadell. Aten Primaria 1997;20:408-14.
7. Arroyo MP, Cano E, Ansorena R, Celay J, Cortes F, Estremera V. Prescripción delegada por especialistas en atención primaria. Aten Primaria 1995;16:538-44.
8. Lomeña JA, Ceballos M, Medina MT, Mediavilla E, Sarmiento F, Hernández JL. Gasto farmacéutico en atención primaria según el origen de las prescripciones. Aten Primaria 1996;18:35-58.
9. Concierto entre el Servicio Murciano de Salud y el Colegio Oficial de Farmacéuticos de la Región de Murcia por el que se determinan las condiciones para la ejecución de la prestación farmacéutica que se realiza a través de las oficinas de farmacia de la Región de Murcia. Murcia 15 de mayo de 2007.
10. Guidelines on the Use of INNs for Pharmaceutical Substances (1997). http://whqlibdoc.who.int/hq/1997/WHO_PHARM_S_NOM_1570.pdf
11. ORDEN SCO/3997/2006, de 28 de diciembre, por la que se determinan los conjuntos de medicamentos y sus precios de referencia y por la que se regulan determinados aspectos para la aplicación de lo dispuesto por la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. <http://www.boe.es/boe/dias/2006/12/30/pdfs/A46744-46886.pdf>

12. ORDEN SCO/2874/2007, de 28 de septiembre, por la que se establecen los medicamentos que constituyen excepción a la posible sustitución por el farmacéutico con arreglo al artículo 86.4 de la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios.
<http://www.boe.es/boe/dias/2007/10/05/pdfs/A40495-40496.pdf>
13. Tuffs A. Only 6% of drug advertising material is supported by evidence. BMJ 2004 (328): 485.
14. Castot A, Arnoux A, Halle D. Médicaments et voyages à l'étranger : attention, un médicament peut en cacher un autre !! Bulletin de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé.
<http://afssaps.sante.fr/pdf/5/vigi37.pdf>
15. Nota Informativa de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios de 2006.
<http://www.agemed.es/actividad/documentos/infInteres/docs/notaGenericos-sept06.pdf>
16. Abad F, Martínez E, Gálvez MA. Estudios de bioequivalencia: análisis y aspectos metodológicos. En: El Ensayo Clínico en España. Cap 4. Ed Farmaindustria, Serie Científica Madrid 2001.
[http://www.farmaindustria.es/farmaweb/7pb43811prod.nsf/0/c698c164664e7622c1256bc8003fc3ba/\\$FILE/ensayo4.pdf](http://www.farmaindustria.es/farmaweb/7pb43811prod.nsf/0/c698c164664e7622c1256bc8003fc3ba/$FILE/ensayo4.pdf)
17. Guías bioequivalencia FDA:
<http://www.fda.gov/cder/guidance/3615fnl.pdf> ;
<http://www.fda.gov/OHRMS/DOCKETS/98fr/3657gd1.pdf>
18. Guía bioequivalencia EMEA:
<http://www.emea.europa.eu/pdfs/human/ewp/140198en.pdf>



Ahora mis pacientes
van a conocer
perfectamente
los **principios activos**
de sus medicamentos

Los componentes
siempre son
lo más importante



SABEMOS QUE PARA QUE LAS COSAS FUNCIONEN CORRECTAMENTE LO IMPORTANTE SON SUS COMPONENTES. LO MISMO SUCEDE CON LOS MEDICAMENTOS. POR ESO TU MÉDICO TE LOS PODRÁ RECETAR INDICANDO SU **PRINCIPIO ACTIVO** PARA QUE SEPAS SIEMPRE LO QUE ESTÁS TOMANDO.

VAMOS A LLAMAR LOS MEDICAMENTOS POR SU NOMBRE.



**PRINCIPIOS
ACTIVOS**
Conoce lo que tomas

es+salud
Estrategias para el Desarrollo Sostenible de la
Sanidad en la Región de Murcia 2005 - 2010

Servicio
Murciano
de Salud

Región
de Murcia