

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE FARMACIA

DEPARTAMENTO DE FARMACOLOGÍA

MEJORA DE LA CALIDAD DE PRESCRIPCIÓN EN UN
AREA DE SALUD A TRAVÉS DE INTERVENCIONES
PROTOCOLIZADAS

TESIS DOCTORAL

M^a JOSE CALVO ALCANTARA

Madrid, Septiembre 1.996

M^º JOSE CALVO ALCANTARA

MEJORA DE LA CALIDAD DE PRESCRIPCIÓN EN UN
AREA DE SALUD A TRAVÉS DE INTERVENCIONES
PROTOCOLIZADAS

DIRECTOR: Dr. ANTONIO IÑESTA GARCIA

PONENTE: Dra. MERCEDES REBUELTA

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
FACULTAD DE FARMACIA

ANTONIO IÑESTA GARCIA, JEFE DE DEPARTAMENTO Y PROFESOR DE LA
ESCUELA NACIONAL DE SANIDAD,

CERTIFICA que Dña **MARIA JOSÉ CALVO ALCÁNTARA** ha realizado, bajo mi dirección y la de la **Dra. Mercedes Rebuelta Lizabe**, el trabajo titulado "**MEJORA DE LA CALIDAD DE PRESCRIPCIÓN EN UN ÁREA DE SALUD A TRAVÉS DE INTERVENCIONES PROTOCOLIZADAS**" para optar al título de Doctor en Farmacia.

Dicho trabajo se inició en el curso 1994/95.

Y para que conste a los efectos oportunos lo firmo en Madrid a diecinueve de septiembre de 1996.

PONENTE

M. J. Calvo Alcántara

Dra. Mercedes Rebuelta Lizabe

DIRECTOR

Antonio Iñesta Garcia

Dr. Antonio Iñesta Garcia

“Si un hombre empieza con certezas, acabará lleno de dudas, pero si comienza con dudas, terminará lleno de certezas.”

F. Bacon

*A mi esposo
y
mi hija Carolina*

AGRADECIMIENTOS

Mi especial agradecimiento al Dr. Antonio Iñesta García por el apoyo metodológico prestado para realizar este estudio.

A la Dra. Mercedes Rebuerta por las aportaciones realizadas.

A la Dra. Inés Palanca por facilitar la realización de este trabajo.

Al Dr. Francisco González Sanz por sus consejos y las facilidades dadas para llevar a cabo este trabajo, así como al equipo que dirige, especialmente a Sergio Minué, Carlos López y Gerardo Garzón por el apoyo constante desde que se inició este estudio.

A Manuela Villamor, Honorato Ortiz, Manuel Góngora y Antonio Fernández por su apoyo en el procesamiento y análisis estadístico.

Mi gratitud a mis padres y a Manuela Alcaide por su apoyo en los últimos meses.

Indice

INDICE

	Página
INTRODUCCION	4
Uso racional de los medicamentos	4
Factores que influyen en el Uso racional de los medicamentos.	10
Prestación farmacéutica en el Sistema Nacional de Salud.	14
FAR-90 y SIFAR	15
Factores que influyen en la prescripción:	19
- demográficos.	19
- nivel de formación.	20
- industria farmacéutica.	20
Estrategias para conseguir el Uso racional de los medicamentos:	20
1.- Medidas de tipo económico.	21
2.- Medidas que afectan a la prescripción:	25
- guías farmacoterapéuticas.	31
- programas de mejora de la calidad de prescripción:	
-Sistema de información de prescripción.	34
-Fomento de la prescripción de genéricos.	35
-Programas de uso racional del medicamento.	44
HIPOTESIS Y OBJETIVOS	53
MATERIAL Y METODOS	54
Ambito del estudio	54
Criterios de inclusión y exclusión.	54
Medicamentos objeto de estudio	56

Tipo de estudio.	60
Duración del estudio	60
Fuente de datos.	61
- FAR-90	61
- Nomenclator	62
- Registro de población.	63
Diseño de la intervención:	64
-Estrategia de formación dirigida a los médicos generales.	64
-Sistema de información sobre la prescripción.	65
-Distribución de la información.	67
Cronograma del estudio	68
Indicadores	72
Ajuste de los indicadores	73
Indicadores utilizados en la evaluación de la intervención.	75
Análisis de los datos	76
Soporte informático.	76
RESULTADOS	
Coeficiente de ponderación de recetas.	77
Evaluación de la intervención	77
DISCUSION	
Comentarios a la metodología	90
- Al tipo de estudio	90
- A la fuente de datos	95
- A los medicamentos objeto de estudio	98

- A los indicadores	100
- Al análisis estadístico.	101
- Comentario a los resultados.	104
CONCLUSION	108
BIBLIOGRAFIA	110
ANEXOS:	130
1. Listado de genéricos..	
2. Guía farmacoterapéutica.	
3 Sesión sobre medicamentos Genéricos.	
4. Informe de prescripción	
5. Gráficas enviadas con los informes	

Introducción

INTRODUCCIÓN

La **calidad de la prescripción**, particularmente con respecto a la eficacia, seguridad y coste, es de un interés considerable en nuestro país, como en la mayoría de los países desarrollados (Ferguson R, 1995).

La **prescripción farmacéutica** podría definirse (Alvarez F, 1995) (Catalán A, 1989) como un acto libre y responsable del médico que, derivado de una decisión preventiva o terapéutica, conduce a la administración de productos técnicamente complejos y de alto coste, como son los medicamentos, a la población atendida.

La Organización Mundial de la Salud -OMS-, en la Conferencia de Nairobi, en 1985, definió el concepto de **uso racional del medicamento** como: "La prescripción del medicamento apropiado, disponible a un precio asequible, correctamente dispensado y administrado a la dosis y durante el tiempo adecuado. El medicamento debe ser además, seguro, eficaz y de calidad contrastada".

Usar racionalmente los medicamentos supone que los enfermos reciban los fármacos indicados para su situación clínica en dosis que satisfagan sus necesidades individuales durante un período de tiempo adecuado y al menor costo posible para ellos y para la comunidad (Iñesta A, 1995). Parece, pues, conveniente estudiar si la inversión en medicamentos es una decisión sabia que conlleva beneficios económicos, de calidad de vida o ambos (Fernández P, 1990a).

Aunque muchos médicos piensan que no es ético que los aspectos económicos puedan condicionar la toma de decisiones clínicas (Gérvas J,1995) (Loewy EL,1980), va calando la idea de que los médicos deben conocer los costes de sus acciones clínicas y deben encontrarse adecuadamente motivados para aplicar esa información junto con los datos clínicos de que disponen (Sacristán JA,1995a) (Williams A,1988). La minimización del coste sin considerar los beneficios tiene tan poco sentido y es tan poco ética como la maximización de los beneficios sin tener en cuenta el coste. Deben considerarse ambos, beneficios y coste.

La prestación de medicamentos por el Sistema Nacional de Salud a precios razonables y con un gasto público ajustado se posibilita mediante la financiación pública selectiva y no indiscriminada, ya establecida por la Ley General de Sanidad (BOE,1986) y una contribución selectiva de los pacientes.

Para alcanzar un uso racional de los medicamentos es necesario que un médico bien informado utilizando su mejor criterio seleccione el medicamento adecuado a las dosis y durante el tiempo necesario y al menor coste posible (Dukes G,1989). Algunos autores opinan que la definición de Dukes (Iñesta A, 1995) no considera los riesgos o probabilidad de originar daño por el uso de un medicamento; los aspectos económicos que deberían implicar la selección de los medicamentos más eficientes; los aspectos relativos a la dispensación, asesoramiento, salvaguardia, refuerzo y seguimiento del cumplimiento que debe realizar el

farmacéutico; y las preferencias del paciente para maximizar la satisfacción del mismo con el medicamento elegido.

El gasto farmacéutico en el SNS sufrió un incremento interanual medio del 9,1% en el período 1983-86, a un incremento interanual medio del 17,6% en el período 1987-92, es decir, casi del doble, mientras en 1993 es del 7,9% y en 1994 del 5,6%. Si consideramos el porcentaje que representa el gasto farmacéutico con relación al gasto efectivo sanitario en el SNS, ha crecido en los últimos años a pesar de disminuir su incremento interanual relativo: en 1990 fue de 19,34%; en 1991 de 19,86%; en 1992 del 20,50%; en 1993 del 20,76% y en 1994 del 21,20% . La clara desaceleración que tiene lugar en los años 1993 y 1994 puede ser como consecuencia de (Iñesta A, 1995):

- la aplicación del R.D. de Financiación Selectiva de Medicamentos que se aplicó por O.M. 6/4/93 y con entrada en vigor el 25 de julio de 1993 y que produjo la exclusión de 1.656 especialidades farmacéuticas del SNS y la modificación de la aportación del beneficiarios de otras 434. Algunos trabajos estiman una contención del gasto de 1,3% en 1993 por los cinco meses de aplicación del mismo.

- La entrada en vigor en Enero de 1993 del nuevo tipo de impuesto de valor añadido (IVA) que pasó del 6% al 3%.

- Las medidas introducidas con el Programa de Uso Racional de medicamentos en Atención Primaria.

- La reducción en un 3% del precio de los medicamentos incluidos en financiación pública en noviembre 1993, con efectos a partir de enero de 1994, que supuso un total de 17.156 millones de ptas en 1994 según la Oficina de Economía de la Salud de Farmaindustria.

- La aportación de las farmacias a partir de 1994, que ha supuesto en ese año 5.286 millones de ptas.

La tendencia de contención del gasto farmacéutico en España en 1993 y 94 se quebró en 1995, disparándose en todo el Estado, a pesar de las medidas de ahorro en recetas y medicamentos que viene aplicando la Administración pública , y que han tenido gran eco social. Ese hecho condiciona aspectos tan importantes como el desarrollo del nuevo modelo de atención primaria de nuestro Sistema Nacional de Salud y el capítulo presupuestario de inversiones, a corto y medio plazo. Parece, por tanto, fundamental adoptar medidas respecto a la prestación farmacéutica que limiten la "sobreprescripción" y el consumo exagerado de fármacos (Abril F,1991).

Adicionalmente, los indicadores de racionalidad del consumo no son buenos, a pesar de que en los últimos años existe una tendencia a la disminución en la utilización de medicamentos de utilidad terapéutica baja.

En España se plantean problemas parecidos a los de otros países de su entorno en lo que se refiere a la necesidad de racionalizar el uso de

medicamentos y de adaptarse a los requisitos de la convergencia europea, esforzándose en maximizar la eficiencia y contener el gasto de medicamentos (Alfonso MT,1994).

La evaluación económica de medicamentos puede contribuir a armonizar las necesidades crecientes que la población demanda en materia de salud con los recursos económicos disponibles (Conde J,1995) (Fernández P,1990a) (Fernández P,1990b). Es de prever que, utilizando las técnicas de evaluación económica, se reduzca el número de medicamentos copia o "me too", ya que solamente las moléculas realmente innovadoras serán las reembolsables con dinero público (Del Llano JE,1995). La selección de una determinada opción terapéutica según su eficiencia, es decir, considerando simultáneamente sus costes y beneficios, supone un avance considerable respecto a otro tipo de criterios más parciales (Hampton J,1983).

La **evaluación económica de medicamentos** podría definirse (Sacristán JA,1995a) como la determinación de la eficiencia -relación entre costes y efectos- de un tratamiento farmacológico y su comparación con la de otras opciones, con el fin de seleccionar aquella con una relación coste-efectivo más favorable. La promoción de la prescripción coste-efectiva está recibiendo una creciente atención en múltiples países (Badía X,1995a) (Del Llano JE,1995) (Freemantle N,1995).

En la selección de un determinado fármaco como la opción más adecuada para su uso racional, deben influir el conocimiento de sus características clínicas, eficacia y seguridad, así como su coste y

repercusión socioeconómica (OMS,1993). La evaluación económica de medicamentos es preferible a otro tipo de medidas, en uso, basadas únicamente en la reducción de los costes sin tener en cuenta los efectos de las distintas opciones (Sacristán JA,1995a).

Como ya señaló la Organización Mundial de la Salud, y queda sumariado en el cuadro 1, los factores socioeconómicos influyen decisivamente en la prestación de la atención sanitaria, el uso racional de los medicamentos y el desarrollo de la atención farmacéutica (OMS,1993)

Tabla 1: Factores que influyen en el Uso Racional de Medicamentos (OMS, 1993)

Demográficos	<ul style="list-style-type: none"> -Poblaciones que envejecen -Poblaciones pediátricas vulnerables -Aumentos de la población -Cambios en características epidemiológicas. -Distribución geográfica de las poblaciones
Económicos	<ul style="list-style-type: none"> -Aumento de los costos de la asistencia sanitaria -Economía nacional y mundial -Desigualdad creciente entre ricos y pobres
Tecnológicos	<ul style="list-style-type: none"> -Desarrollo de nuevos medicamentos -Técnicas nuevas de difusión de la información -Nuevos datos sobre los medicamentos existentes -Medicamentos más potentes y de mecanismos de acción más compleja -Biotecnología
Sociológicos	<ul style="list-style-type: none"> -Expectativas y participación de los consumidores -Abuso y uso incorrecto de los medicamentos y utilización de la medicina
Políticos	<ul style="list-style-type: none"> -Prioridades en el empleo de los recursos nacionales (asignación a salud) -Cambios en la política económica y reglamentación farmacéutica. -Criterio de las instancias normativas en materia de farmacia -Políticas farmacéuticas nacionales; listas de medicamentos esenciales
Profesionales	<ul style="list-style-type: none"> -Variaciones en la enseñanza y la formación impartidas a los farmacéuticos -Distribución del personal de farmacia -Criterios cambiantes en la atención al paciente dispensada en la farmacia -Base de remuneración de los farmacéuticos
prestación de asist. sanit.	<ul style="list-style-type: none"> -Acceso a la asistencia sanitaria -Aumento del tratamiento de las enfermedades graves fuera de los hospitales

En el mundo del medicamento, de extraordinaria complejidad, confluyen intereses sanitarios, científicos y económicos, que motivan una regulación complicada y exhaustiva. La regulación de medicamentos en España se ha llevado a cabo tradicionalmente por decreto (Rubio C,1992). La mayoría de los intentos que se han hecho para racionalizar el uso de los medicamentos se han realizado en Atención Primaria (Buitrago F,1995), y se han dirigido a mejorar los hábitos de prescripción de los médicos empleando medidas reglamentarias o por la persuasión (Iñesta A, 1995).

La separación, en nuestro sistema sanitario, de las funciones de planificación y financiación, por un lado, que ostentan el M^o de Sanidad y las Consejerías de Salud de las Comunidades Autónomas, y las de prestación de servicio, desempeñadas por INSALUD, ICS, SAS, SCS, SERGAS, SNS, OSAKIDETZA y SVS, provoca que se planteen criterios objetivos de medición, preocupación por la eficiencia, profesionalización de la gestión y control del gasto farmacéutico, llevando a que se definan Contratos-Programa, con objetivos entre los que se incluyen el presupuesto de farmacia y las políticas de contención del gasto.

Constituye buena prescripción maximizar la efectividad, minimizando los riesgos y los costes, respetando la elección del paciente (Barber N,1995). Debe concienciarse al médico, por tanto, de que la buena prescripción implica conocer el coste de los medicamento, eligiendo a igualdad de eficacia y seguridad entre aquellos principios activos que sean más económicos. También el facultativo, como el político y el gestor, debe ser consciente de que prescribir menos no implica necesariamente

prescribir mejor así como que prescribir mejor no implica necesariamente prescribir menos (Arnau JM,1994).

Consideramos, como otros (Juncosa S,1992) (Turabián JL,1992), que la tarea prioritaria del facultativo es prescribir el medicamento adecuado para el proceso patológico que va a tratar y, secundariamente debe contribuir, en la medida de lo posible, a racionalizar los recursos farmacéuticos, es decir, a controlar el gasto, minimizando costes.

No se debe olvidar, que tal y como está desarrollado nuestro Sistema de Salud, la decisión de utilizar un medicamento eficaz o un medicamento de nula eficacia depende sólo del médico y que en ambos casos se financiará su decisión, es decir, su buena o su mala selección, con el dinero público. También es cierto que la comprensible preocupación de las Autoridades por los costes de la prescripción no es compartida por los médicos (Tonks A,1994).

Las presiones para contener el gasto farmacéutico no cederán (Del Llano JE,1995). El médico como responsable del gasto farmacéutico está implicado en lograr una utilización racional de los medicamentos prescribiendo aquellos con un mejor balance utilidad terapéutica/coste (Fernández P,1990b). Pues bien, por su formación el médico es capaz de estimar el medicamento con una mayor utilidad terapéutica, lo que no suele ocurrir cuando tiene que estimar el coste (Viana A,1993).

El médico es el profesional que más decisiones importantes toma por unidad de tiempo y es necesario facilitarle la toma de buenas

decisiones. Necesita, entonces, que las Autoridades Sanitarias y los gestores pongan herramientas en su mano -medicamentos, técnicas diagnósticas- que sean útiles y que le ofrezcan información de cómo utilizarlas bien -protocolos terapéuticos-, excluyendo de la financiación o del registro aquellos medicamentos no esenciales (Azagra R,1993) (OMS,1992) o que no se acerquen a los criterios de calidad promovidos por la OMS.

La contención del gasto farmacéutico es una preocupación en todos los países de la Unión Europea, habiéndose establecido en ellos una serie de medidas que son comunes con frecuencia en varios países. Entre ellas destaca la inclusión de medicamentos en listas negativas -Holanda, Irlanda, Reino Unido y Alemania-, o exclusión de las positivas -Bélgica, Dinamarca, Francia, Grecia, Italia y Portugal-; la variación de la aportación del usuario -Bélgica 25-75%; Francia 30-60%, Italia 30-40% y Portugal 20-50%-; fomento de la prescripción de medicamentos genéricos, que son más baratos -Dinamarca, Holanda y Reino Unido-; el control de precios -Bélgica, Francia, Italia, Portugal y Grecia-; la fijación de precios de referencia, por encima de los cuales no será reembolsable el medicamento -Alemania y Holanda-; acuerdos con la Industria Farmacéutica en cuanto a porcentajes destinados a publicidad de medicamentos -Reino Unido-; medidas destinadas a persuadir a los médicos para que no prescriban por encima de ciertos límites -Reino Unido y Alemania-(Iñesta A, 1995).

Un gobierno que desea reducir el gasto con medicamentos tiene como alternativas básicas: reducir el gasto medio en medicamentos o reducir el volumen de las prescripciones, o ambas.

Los Estados Unidos estimulan la competencia a través de los genéricos como alternativa al control de los precios. Los genéricos representan más del 30% -en valor- de la prescripción ambulatoria. Entendiendo como genéricos, aquellos cuya denominación es igual a la del principio activo que contiene, tiene la patente expirada, ha sido aprobado por una solicitud abreviada, ha demostrado su bioequivalencia con los comercializados con marca y tiene un menor precio (Iñesta A, 1995). La sustitución de especialidades farmacéuticas por genéricos, por el farmacéutico está permitida en Estados Unidos y Canadá a menos que el médico lo prohíba expresamente, mientras que en Alemania y Dinamarca lo es si el médico lo permite y en Holanda a petición del paciente. En el Reino Unido el uso de genéricos es promovido de otras formas (Iñesta A, 1995).

En España la prestación farmacéutica en el Sistema Nacional de Salud, actualmente, incluye especialidades farmacéuticas, efectos y accesorios, fórmulas magistrales y vacunas que pueden prescribirse y dispensarse en la asistencia ambulatoria en las oficinas de farmacia previa presentación de la receta oficial del Sistema Nacional de Salud o prescribirse y administrarse en los hospitales. En las prescripciones del ámbito ambulatorio deben dispensarse con la receta oficial.

Estas recetas oficiales que son dispensadas en el medio ambulatorio por las oficinas de farmacia y con cargo al sistema sanitario público están informatizadas desde el año 1974 en que se implantó el proceso estadístico de facturación de recetas PE-29, sistema de información

sanitario/económico que ha permitido el desarrollo de la política de medicamentos en los últimos años, al menos desde el punto de vista farmacoterapéutico y económico. En marzo de 1992 se implantó el nuevo proceso de facturación FAR 90, más flexible que el anterior, cuya explotación corresponde en su totalidad al Centro de Proceso de Datos - CPD-, del Ministerio de Sanidad y Consumo.

El FAR-90 es una aplicación informática que por un lado es un proceso de control de la facturación de recetas con cargo al SNS y por otro un sistema de información sobre el consumo de medicamentos en ese ámbito.

Como sistema de información permite la obtención de informes referidos al consumo por farmacias, médicos, laboratorios, grupos terapéuticos y tipo de producto -medicamento, efectos y accesorios, fórmulas magistrales-.

Además, la información comprende distintos ámbitos geográficos - sector, provincia, comunidad autónoma-, tipo de población -total y pensionista-.

Cada mes, el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos envía al CPD, en soporte magnético, las facturas presentadas por las oficinas de farmacia de todo el Estado, lo que supuso aproximadamente 494 millones de recetas en 1994 (Iñesta A, 1995) que incluyen especialidades farmacéuticas, fórmulas magistrales, y efectos y accesorios. Estas son procesadas mediante el FAR 90, que en un período

de 4 días la somete a dos tipos de validación: la "semántica" -calidad técnica de las cintas y comprobación de las grandes cifras- y la "sintáctica" -comprueban los parámetros fijados previamente por el concierto entre la Administración y el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos-.

El proceso FAR 90 permite obtener información sobre la prescripción, en papel o en soporte magnético, sobre los siguientes campos:

- nº de colegiado,
- nº de oficina de farmacia,
- código nacional del producto,
- régimen de la receta (activo, pensionista o accidente laboral),
- aportación (40%, 10% con un máximo variable que se revisa anualmente y que el vigente es de 439 pesetas, o sin aportación),
- laboratorio propietario de la especialidad,
- precio venta público del producto (PVP),
- mes al que corresponde la facturación,
- contingente de facturación (especialidades, fórmulas magistrales y efectos y accesorios),
- número de recetas,
- importe (pesetas),
- número de envases.

Gracias a este sistema de facturación es posible conocer con exactitud el consumo de medicamentos a nivel ambulatorio, tanto desde un punto de vista cuantitativo como cualitativo. Sin embargo, la información relativa a la facturación de adquisiciones en el ámbito

hospitalario no está centralizada, por lo que es difícil precisar su cuantía o analizarla cuali y cuantitativamente a nivel provincial o estatal.

En 1991 el INSALUD comenzó a desarrollar una aplicación informática, denominada **SIFAR**, que tiene como objetivo facilitar el análisis de la información que genera la facturación de recetas ambulatorias con cargo al Sistema Nacional de Salud. Esta aplicación permite obtener información global o desagregada a través de un sistema de menús con opciones de consulta. Mediante este sistema y otros similares cada área sanitaria podrá tener información de la prescripción de los médicos que utilizan talonarios de recetas en ese área. A partir de 1994⁴ la aplicación funciona en todas las Áreas de INSALUD, mediante el desarrollo de programas específicos propios de cada Área.

A partir del proceso FAR 90 también es posible conocer el número de especialidades incluidas en la oferta del Sistema Nacional de Salud. En 1994 este número ascendía a 7.499 envases normales, es decir, excluidos los envases clínicos (Iñesta A, 1995).

Este sistema informático permite realizar análisis cualitativos de la prescripción a través de una serie de indicadores. Uno de los más clásicos es la distribución del consumo por subgrupos terapéuticos según el número de envases (Gómez V, 1993).

Durante 1993-94 se ha trabajado en la Dirección General de Atención Primaria de INSALUD en la elaboración de un documento que recoge varios indicadores de calidad a nivel de subgrupos terapéuticos,

divididos en tres categorías: indicadores de utilidad terapéutica baja -UTB-, indicadores de utilidad terapéutica alta -por ejemplo, utilización de hipolipemiantes, hipotensores, antibióticos, etc.- e indicadores de prescripción inducida por médicos especialistas -v.g. calcitoninas, antiagregantes, entre otros-. Algunos de estos indicadores se han monitorizado ya durante 1994 en todas las Áreas sanitarias de INSALUD.

Entre los subgrupos terapéuticos más consumidos en España en 1994, hay tres considerados como de dudosa utilidad terapéutica por la bibliografía científica: los vasodilatadores periféricos prescritos fundamentalmente en ancianos, los expectorantes sin antiinfecciosos, que son publicitarios en muchos países, y los antiinflamatorios tópicos. Este dato está indicando claramente la falta de adecuación de la prescripción a las recomendaciones establecidas por la bibliografía y además que una parte importante de las prescripciones está orientada fundamentalmente a síntomas.

De hecho, si revisamos en nuestro país los subgrupos terapéuticos más consumidos ordenados por importe se observa que entre los diez primeros están medicamentos de utilidad terapéutica baja o de dudosa eficacia.

En el período de 1.981-1.990 hay una clara tendencia a la concentración del consumo en determinadas especialidades, así el 50% del consumo en 1.981 lo constituyen 296 presentaciones mientras en 1.990 son 192, es decir, más de 100 menos, y el 95% del consumo en 1.981 lo constituían 3.228 presentaciones y en 1.990 son 1.783, es

decir, un 55% de las presentaciones. En el año 1.992 el 45% del consumo lo constituyen las 100 primeras presentaciones y el 77,5% las 400 primeras, es decir, una mayor concentración (Iñesta A, 1995) .

Otro indicador de calidad podría ser la distribución del consumo en función del número de principios activos que contiene las especialidades farmacéuticas. Son pocas las asociaciones de principios activos que están justificadas y por tanto, como norma general podría decirse que si disminuye el porcentaje de especialidades que contienen asociaciones de principios activos, mejora la calidad de la prescripción.

Este análisis sugiere que los hábitos de prescripción de los médicos españoles no se está adecuando a las recomendaciones terapéuticas establecidas a través de protocolos y bibliografía científica, por lo que parece necesario insistir en el concepto de Uso Racional del Medicamento que se definió por la OMS en la conferencia de Nairobi (1985) .

Factores que influyen en la prescripción

Son muchos los factores que influyen al facultativo a la hora de prescribir o que al menos condicionan su decisión terapéutica, entre los más estudiados están:

- **Factores demográficos (Iñesta A, 1995):**

Es importante tener en cuenta que la prescripción además de estar influida por el número de pacientes asignados, está claramente determinada por el número de pensionistas adscritos a cada médico, ya que los pensionistas gastan más recetas. Además

de aumentar la prescripción influyen en el gasto sanitario. En 1.994 la receta de activos tuvo un gasto medio de 979 ptas y cada receta de pensionistas 1491 ptas. Los pensionistas representaron el 22,8% de la población protegida, y generaron el 65,4% de las recetas y el 74,2% del gasto farmacéutico.

- Nivel de formación:

Hay pocos trabajos que evalúen las diferencias en la utilización de medicamentos por profesionales sanitarios con formación MIR -Médico Interno Residente- y no MIR. Algunos estudios publicados en España, sugieren que los médicos con formación MIR tienen mejores criterios de prescripción cuando se analizan indicadores cuanti y cualitativos (Hernández J,1989) (Sacristan A, 1995).

- Industria farmacéutica:

Ejerce una importante presión sobre los profesionales a través de los visitantes médicos que acuden a diario a los centros de salud. La información que ofrecen carece de objetividad y puede sesgar los datos (Ziegler M, 1995) (Sacristan A, 1995) (Avorn J, 1982) (Castillo P, 1992) (Beecham L, 1994).

Estrategias para alcanzar el Uso Racional del Medicamento

Este análisis de la situación hace necesaria la implantación de estrategias concretas y bien estudiadas para conseguir un uso racional de

los medicamentos. Estas medidas pueden dividirse en dos grandes bloques: las medidas de tipo económico y las medidas que afectan a la prescripción (Prieto C, 1994):

1. - Medidas de tipo económico.

En países como Alemania, Francia y Gran Bretaña, en los que hay una fuerte y moderna industria se han adoptado, en estos últimos años, medidas rigurosas para controlar el aumento del gasto farmacéutico público.

El peso de la Unión Europea, con la recientemente creada Agencia Europea del Medicamento, se va a dejar sentir de forma creciente, apoyando los estudios farmacoeconómicos (Fernández P,1990a) para la inclusión de medicamentos por el Sistema Sanitario Público.

A las autoridades sanitarias -Mº de Sanidad y Consumo, Dirección General de INSALUD y Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas- compete adoptar determinaciones de índole "macro", como la anterior, o como otras medidas normativas, asesoras y de intercambio de información (BOE,1992), con un indudable peso político, que permitan disponer de medicamentos seguros, eficaces y de calidad, correctamente identificados y con información apropiada (BOE,1990b), garantizándose así, en cuanto al uso racional del medicamento, las condiciones de igualdad básica en el derecho a la protección de la salud proclamado en el artículo 43 de la Constitución.

A continuación se citan algunas de esas medidas:

• *Formular estrategias congruentes que fomenten el uso racional de los medicamentos* (BOE,1992).

Para ello se necesita información sobre las necesidades farmacéuticas de la comunidad, sobre su costo y sobre la utilización de medicamentos.

La información sobre la utilización de medicamentos (Arnau JM,1991) (Barbeira JM,1984a) (Barbeira JM,1984b) (Barbeira JM,1985) (Iñesta A,1995) (García Iñesta A,1983) (García F,1984) (López JC,1992) (Martínez J,1993) (Prieto I,1990) (Toranzo I,1987) sirve para determinar áreas de prescripción innecesaria, para señalar a los órganos de reglamentación cualquier aumento de la morbilidad yatrogénica y para formar una base que permita supervisar la práctica de los profesionales de la atención de la salud. La información necesaria para conocer el consumo de medicamentos puede obtenerse de las cifras de ventas de las empresas farmacéuticas, de las relaciones de compras de farmacias y hospitales y del análisis de las prescripciones (García F,1990) (Iñesta A,1995). El proceso FAR-90 de facturación de recetas a la Seguridad Social y los bancos de datos ESPES y ECOM de la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios informan sobre el consumo de medicamentos a través de las oficinas de farmacia (Gómez A,1987).

• *Autorizar y registrar medicamentos*, de acuerdo con los imperativos constitucionales y los compromisos de España en la Comunidad Europea (BOE,1990b), con el asesoramiento técnico de la Comisión Nacional de Evaluación de Medicamentos al Ministerio de Sanidad y Consumo (BOE,1993d). Semejantes a las experiencias de Estados Unidos, con la FDA -Food and Drug Administration- y otros países de la OCDE, que se han dotado de agencias rigurosas que regulan la introducción de fármacos en el mercado.

• *Controlar la prescripción farmacéutica* a través de recetas de los médicos del Sistema Nacional de Salud.

• *Regular el precio de los medicamentos* (BOE,1990a) (BOE,1993a), fijando un precio máximo que se relacione con la necesidad sanitaria que cubren (Arnau JM,1994). En otros países de nuestro entorno -Francia, Portugal, Italia, Bélgica, Grecia e Irlanda-, se controla como en España el precio de los medicamentos. En el Reino Unido se viene practicando el cálculo de los precios en función de los beneficios que obtienen las empresas farmacéuticas -Pharmaceutical Price Regulation Scheme-, una medida que podría ser útil en nuestro país (López J,1944), aunque el funcionamiento del control de beneficios de la industria farmacéutica haya sido recientemente cuestionado (Dean M,1994).

La Administración tiene potestad para la intervención directa de los precios de las especialidades farmacéuticas, justificada por la presencia de fallos del mercado muy importantes. Además, por su poder de compra

podría influenciar el precio de los productos en el mercado, estableciendo, como ocurre con los programas federales en EEUU, precios de referencia (Navarro V,1993). Alemania, Países Bajos, Holanda, Dinamarca, Suecia y Noruega también han desarrollado un sistema de esta índole, de manera que sólo se reembolsa una cantidad determinada para un grupo de productos y el paciente abona el exceso que supere el precio de referencia (López J,1994).

- *Revisar y actualizar, periódicamente, la financiación pública de los medicamentos, ya que ésta se justifica en la competencia exclusiva que al Estado corresponde para determinar el régimen económico de la Seguridad Social. Para ello, el Mº de Sanidad cuenta las orientaciones del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud y con la preceptiva información de la Comisión Nacional para el Uso Racional de los Medicamentos (BOE,1992) (García F,1995). En la Ley del Medicamento (BOE,1990b), se fija el procedimiento para la financiación pública, contemplando la posibilidad de exclusiones generales de grupos terapéuticos y exclusiones específicas.*

- *Financiar los medicamentos más baratos o fijar precios de referencia, por encima de los cuales no será reembolsable el medicamento (López J,1994).*

- *Obligar a que, en los casos en que el prescriptor indique en la receta simplemente una denominación oficial española, el farmacéutico dispense, si la hubiese, una especialidad farmacéutica de las autorizadas bajo tal denominación. Y si no la hubiese, una especialidad bajo denominación*

convencional, a su criterio profesional (BOE,1990b). Igualmente, obligar a que las sustituciones por el farmacéutico sólo se realicen en los casos que contempla en su art. 90 la Ley del Medicamento (BOE,1990b) y siguiendo dichas instrucciones. Consideramos deseable que, como norma, el cambio en la dispensación se dirigiera a facilitar el medicamento más barato (Gérvas J,1995) (López J,1994).

2. - Medidas que afectan a la prescripción.

En la revisión bibliográfica realizada se encuentran diversos modelos encaminados a influir en la prescripción de los médicos, algunos autores (Raish DW,1990), describen los métodos que afectan a la prescripción en dos tipos, directos e indirectos.

2.1. Los métodos **directos** incluyen programas estructurales o administrativos que restringen o condicionan la prescripción, ejemplos de este factor son los formularios de los hospitales, protocolos, el Real Decreto de Financiación Selectiva de Medicamentos, y otros como los que a continuación se citan:

- *Revisar las propiedades de eficacia y seguridad de los medicamentos comercializados.* La referencia inicial ha sido una normativa de la Comunidad Europea -artículo 39.2 de la directiva 75/319/CEE- que fijaba un plazo de 15 años que finalizó en septiembre de 1990 y que dio lugar al "Programa selectivo de revisión de medicamentos" -PROSEREME- con el que las autoridades sanitarias españolas cumplieron su compromiso revisando, no sólo productos autorizados anteriormente a 1975 sino todos los del mercado aunque, según algunos (Rubio C,1992), sin un programa

claro, a pesar de la denominación. El "Prosereme V" es la última fase del programa llevada a cabo por la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios, y en ella se modifica el ámbito de prescripción y dispensación de una serie de especialidades farmacéuticas que pasan a uso o diagnóstico hospitalario o bien a receta médica (Anónimo,1991).

• *Garantizar de forma continuada el funcionamiento adecuado del Sistema Español de Farmacovigilancia* (BOE,1994b) (Mº Sanidad,1989) (Mº Sanidad,1990) (Mº Sanidad,1992). Las Administraciones Públicas impulsarán la constitución de centros de información de medicamentos, en apoyo del programa básico de Notificación Voluntaria de Sospechas de efectos adversos de medicamentos comercializados en España que, a través de los profesionales sanitarios -mediante la cumplimentación de la denominada tarjeta amarilla-, viene desarrollando el Mº de Sanidad, desde 1984.

• *Estipular que todo nuevo medicamento debe ser sometido a un análisis de coste-efectividad y, o coste-utilidad* (Doubilet P,1986) (Fernández P,1990a) (Fernández P,1990b) (Lee JT,1991) (Mº Sanidad,1990), debiendo demostrar un valor socioeconómico superior a los de su mismo grupo terapéutico existentes en el mercado para ser financiado por el Sistema Sanitario Público u obtener un precio de venta más alto.

• *Potenciar las listas negativas de medicamentos, esto es, de aquellos no financiados por la Seguridad Social* (BOE,1993a) (BOE,1993b) o

creación de listas positivas, siguiendo criterios de eficacia y economía en comparación con otros medicamentos de la misma categoría. En la confección de estas listas podrían intervenir las Sociedades Científicas de las distintas especialidades médicas.

A partir del 25 de julio de 1993 (BOE,1993b), y por primera vez desde 1967, quedaban excluidos de la financiación pública, en España, más de 1.600 especialidades farmacéuticas, que correspondían a una facturación anual de unos 20.000 millones de pesetas. El verdadero valor de este acontecimiento fue el de romper una inercia de más de veinticinco años de financiación indiscriminada, abriendo las puertas para nuevas actuaciones (García F,1995).

En la Ley del Medicamento (BOE,1990b), se apunta la aplicación de la farmacoeconomía cuando existen medicamentos disponibles y otras alternativas mejores o iguales para las mismas afecciones a menor precio o inferior coste del tratamiento (Fernández P,1990b).

2.2.- Los métodos **indirectos** causan cambios en la prescripción a través de la modificación de los procesos de pensamiento de los cuales resulta la decisión de prescribir. La efectividad de estos métodos está mediada por las variables del mensaje, de la fuente y del receptor. (Raish DW, 1990).

Paciente

Factores

Retroalimentación

Psicosociales

Síntomas

sobre tratamientos previos

Diagnóstico médico

Métodos directos

Selección del medicamento

PRESCRIPCIÓN

Factores individuales

Intención de prescripción

Métodos indirectos

Factores de persuasión

Proceso interno del pensamiento

* Actitud hacia la prescripción en función de resultados previos

* Normas subjetivas

(Esquema adaptado del publicado por DW Raish (Raish DW, 1990))

El proceso de pensamiento resultante de la evaluación de la información es etiquetado internamente en el modelo descrito anteriormente.

De la evaluación de este resultado y de las creencias de que estos resultados serán alcanzados cuando se prescribe un determinado medicamento resultará la formación de una actitud hacia la prescripción del medicamento.

El término de "intención de prescribir" significa la diferencia entre la intención y la decisión de prescripción actual. Una vez que la intención para prescribir un medicamento ha sido formada, la decisión terapéutica del prescriptor todavía puede ser alterada.

La investigación indica (Iñesta A, 1995) que lo que es más rápidamente disponible desde la memoria es más probable que se considere relacionado con la información recientemente adquirida. Si se usa una retroalimentación, es necesario que se realice de forma repetitiva -ya que la repetición hace la información más asequible-. Las interacciones cara a cara se consideran más vivas y así son más rápidamente recordadas que la información impresa o sesiones educativas en grupo.

La investigación indica también, que los métodos indirectos deben usarse repetitivamente para alcanzar cambios a largo plazo en la prescripción. Esto puede deberse a la constante avalancha de información que sufren los médicos desde fuentes muy variadas.

Los problemas de los métodos directos pueden solventarse si se utilizan concomitantemente con los métodos indirectos (programas educativos). Se ha descrito en la literatura que los procesos de

intervención probablemente afectan más a la conducta del prescriptor en el futuro.

Una diferencia importante entre los dos métodos, es que cuando cesan dejan de afectar a la prescripción, sin embargo, en el caso de los indirectos su influencia seguirá después de que haya cesado el programa o la estrategia de intervención, debido a que se han cambiando actitudes o normas subjetivas del prescriptor.

Entre las estrategias formativas e informativas dirigidas a los médicos, básicamente destacan las siguientes:

1. Promover la formación universitaria y postuniversitaria continuada y permanente sobre medicamentos de los profesionales sanitarios, haciendo especial hincapié en la farmacología y farmacia clínica (Abril F,1991) (Baos V,1995) (BOE,1992) (Bucci KK,1992).

2. Suministrar información científica y objetiva sobre medicamentos a los profesionales sanitarios (Abril F,1991). En este sentido la publicación, editada por el Mº de Sanidad, "Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud", de amplia difusión entre los médicos de INSALUD y de distribución gratuita, viene desarrollando un destacado papel en los últimos años (Alberola C,1995). Algunos autores han constatado que aún siendo los boletines farmacoterapéuticos útiles para aumentar la concienciación sobre temas específicos de prescripción, éstos sólo

pueden lograr cambios temporales en los patrones de prescripción (García B, 1994).

3. Otras estrategias:

- Elaboración, implantación y seguimiento de guía farmacoterapéuticas.

- Implantación de programas de mejora de calidad de la prescripción.

Principalmente vamos a detallar estas últimas:

Guías farmacoterapéuticas: La atención primaria es el nivel de asistencia donde más se prescribe y donde parece más necesario que los médicos dispongan de recomendaciones terapéuticas escritas que le ayuden a seleccionar el medicamento adecuado para cada paciente.

Parece conveniente diferenciar lo que se entiende por Formulario de medicamentos y Guía farmacoterapéutica.

Un **formulario** es de carácter, generalmente, obligatorio y es el habitualmente utilizado en los hospitales -se considera un método directo en el ámbito hospitalario-. Contiene los medicamentos de los que se dispone en el hospital y a los que tiene que restringirse la prescripción de los facultativos. Una **guía farmacoterapéutica** es una selección de medicamentos recomendados para su prescripción. Generalmente estas guías son las utilizadas en atención primaria y suelen estar elaboradas en

grupos de trabajo multidisciplinarios y por consenso. En su elaboración participan los médicos que posteriormente tendrán que utilizarla.

El objetivo tanto del formulario como de la guía farmacoterapéutica es potenciar una prescripción racional, efectiva y segura a través de la utilización de los medicamentos recomendados que se han seleccionado en base a criterios de eficacia, seguridad y coste.

La elaboración de las guías farmacoterapéuticas es un proceso lento y laborioso, aunque enormemente educativo y formativo para los profesionales que participan en su desarrollo. Es necesario evaluar el grado de implantación y cumplimiento para justificar su trabajo.

Las guías dirigidas a médicos de atención primaria deben basarse en determinados criterios, según algunos autores (Grant GB, 1985), los cuales se resumen en:

- Cubrir al menos el 90% de las patologías que se presenten en medicina general.
- Proveer de tratamientos simples, adecuados y apropiados para al menos el 90% de los pacientes que llegan a consultas con patologías comunes.
- Ser aceptables para grupos diversos de médicos generales.
- Ser una herramienta útil para formadores de estudiantes de medicina.
- Usar sólo nombres genéricos para los medicamentos, excepto para combinaciones comerciales.

- Evitar la inclusión de medicamentos que están en uso desde hace menos de 5 años, al menos que existan ventajas evidentes sobre medicamentos más viejos.

- Utilizar el coste de los medicamentos como un factor importante en la selección, pero no como el más importante.

- Estar realizado por médicos generales para médicos generales.

- Excluir medicamentos usados sólo en emergencias y aquellos iniciados normalmente por colegas de atención especializada (ej: anticoagulantes, citostáticos, etc)

Algunos autores (Essex B, 1989) consideran necesario un "feedback" periódico para mantener el compromiso de continuidad y adhesión a las guías. Debe analizarse el efecto de las guías farmacoterapéuticas en los patrones de prescripción de los médicos. Un formulario provee de datos racionales para prescribir en la práctica general. Puede que disminuir el coste sea uno de los objetivos, pero no es el principal, ya que el objetivo es alcanzar otros beneficios como el desarrollo de pautas de prescripción y modificación de hábitos.

En un reciente estudio (Pérez MT, 1994) al realizar una evaluación de un formulario local, no encuentran diferencias significativas entre los períodos pre y postintervención. Este hecho, según los autores, puede deberse a varios factores:

1. Que el análisis se ha efectuado a muy corto plazo, cuando en realidad los beneficios más importantes que pueden aportar este

tipo de intervenciones: la prescripción racional y la actualización en la formación terapéutica de los profesionales, sólo pueden ser medidas a medio o largo plazo.

2. Seguramente sería necesario dedicar más de una sesión por tema, ya que se están intentando cambiar actitudes, esto es, modificar hábitos de prescripción, y no conocimientos.

3. Consideran básico establecer un proceso de retroalimentación efectuando continuos recordatorios de los fármacos seleccionados.

Implantación de programas de mejora de la calidad de la prescripción.

1. Sistemas de información de la prescripción -retroalimentación de prescripción-: En los últimos años se han publicado estudios diseñados para mejorar los hábitos de prescripción de los médicos de AP basados en intervenciones informativas. En algunos casos esta intervención consiste simplemente en una retroalimentación pasiva de información de su propia prescripción. Mientras que en otros la información se acompaña también de acciones de formación continuada o de otras medidas (Prieto C, 1994).

En la tesis desarrollada por Prieto C, (Prieto C, 1994) se concluye que los sistemas de información modificaron los hábitos de prescripción de los facultativos durante el período de tiempo de estudio, disminuyendo de forma significativa la prescripción a nivel global, en cuatro de los seis subgrupos terapéuticos estudiados, no pudiendo demostrar la disminución

del consumo de subgrupos que no se consideraban como de primera elección en atención primaria. Indica también que la ausencia de impacto estadísticamente significativa sobre algunos de los indicadores estudiados hace necesario introducir otras medidas formativas e informativas que permitan alcanzar los resultados estudiados. Además, el efecto de este sistema disminuye con el paso del tiempo, si no se introducen simultáneamente otras medidas formativas, informativas o de otra índole.

Estas estrategias pretenden hacer conscientes a los profesionales de sus propias actuaciones y que esta toma de conciencia implique un cambio de actitud de los mismos y una mejora de los indicadores de calidad de la prescripción.

Los estudios muestran que la retroalimentación pasiva contribuye a modificar los hábitos de prescripción, si bien la influencia del sistema pierde eficacia con el tiempo y sólo si se acompaña de otras medidas los resultados que se obtienen son mayores.

2. Fomento de la prescripción de medicamentos genéricos. El principal problema es la poca tradición de utilización de genéricos en España, en gran parte debida a la escasa información de los profesionales sanitarios y que no exista una lista oficial de medicamentos genéricos. En este sentido sería interesante realizar una política que potencie la comercialización de medicamentos genéricos (Navarro V,1991), habitualmente más baratos que los de marca o fantasía. La Ley del Medicamento los define como aquellos que se comercializan bajo la Denominación Común Internacional de la sustancia farmacológica que los

contiene. Para que un fármaco pueda comercializarse como genérico debe estar liberado de la patente de producto. Esta patente dura 20 años. En nuestro país existen los llamados "genéricos con marca" que son aquellos medicamentos que se comercializan por la denominación común internacional -DCI- del principio activo que contienen, seguida del nombre del laboratorio titular de la autorización o fabricante del medicamento.

Un medicamento **genérico** es, por tanto y como se definió anteriormente, aquel cuya denominación es igual a la del principio activo que contiene, tiene la patente expirada, ha sido aprobado por una solicitud abreviada, ha demostrado su bioequivalencia con los comercializados con marca y tiene un menor precio (Iñesta A, 1995).

En España, hasta el mes de octubre de 1992, existía sólo la patente de procedimiento por la que, únicamente, se protegía el método de fabricación del producto. En 1992, por imperativo de la Comunidad Europea, se estableció en nuestro país la patente de producto que otorga una protección total al propietario de la misma en cuanto a la fabricación, venta e importación del medicamento.

Parece razonable avanzar hacia una legislación que suavice la Ley de Patentes y acorte el período de las mismas, así como que disminuya la restricción de la posibilidad de las compañías de genéricos para desarrollar las preparaciones durante el período de patente, para no retrasar la entrada del genérico en el mercado (López J, 1994).

En algunos países se comercializan los genéricos con el nombre del principio activo no apareciendo el nombre del laboratorio que lo fabrica y en otros, como en España, se comercializan con el nombre del medicamento y el del laboratorio fabricante. En mayo de 1.995 se ha llegado a un acuerdo entre la Dirección General de Farmacia y Farmaindustria por la que en el registro de genéricos se incorporarían las pruebas de bioequivalencia y biodisponibilidad, así como se establecería un etiquetado especial que incluye las siglas GEV (Genérico Equivalente Validado), indicándose que no todos los genéricos que actualmente están en el mercado deberán pasar por las pruebas de bioequivalencia puesto que en los últimos meses se les ha exigido para su registro (Iñesta A, 1995).

La disponibilidad en España de genéricos en 1.994 fue pequeña, unos 91 principios activos correspondientes a 300 formatos, de los 91 unos 62 principios activos son apropiados para atención ambulatoria (Iñesta A, 1995).

Según algunos autores, el impacto de la prescripción de genéricos es mínimo en España ya que durante 1.992 la dispensación de genéricos alcanzó el 0,1% del total de recetas facturadas, mientras que en otros países como el Reino Unido, Estados Unidos o Alemania, en los que se potencia el consumo de estos medicamentos, osciló entre el 25 y el 40% (Alfonso MT, 1994) (Bonaf J, 1993) (Guerra FJ, 1994) .

El consumo de medicamentos genéricos en España es muy pequeño. Según un estudio realizado sobre el consumo de medicamentos genéricos

en el ámbito ambulatorio del SNS en el período de 1.991-93 , en que considera como genéricos a aquellos medicamentos comercializados con Denominación Común Internacional, con un precio que supone un porcentaje de ahorro respecto a las marcas equivalentes igual o mayor del 20%, criterio que indica la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios para el Genérico Equivalente Validado -GEV- cuando dice que los GEV deberán ser al menos un 20 o 25% mas barato que las marcas, entonces el consumo en envases varía entre 0,069% -1.991-, 0,071% -1.992- y 0,087% -1.993- . Es decir, una cantidad insignificante si la comparamos con el Reino Unido por encima del 40% del consumo en unidades vendidas, el 50% en Estados Unidos y el 27% en Alemania (Iñesta A, 1995).

Utilizar medicamentos de larga experiencia en el mercado lleva de la mano a potenciar la utilización de medicamentos genéricos, los pocos que hay ahora y los que pueda haber en el futuro. Las razones a favor de los genéricos superan a las razones en contra de su uso (Bonaf J,1993). Usar genéricos significa prescribir medicamentos de perfil muy conocido, que suelen ser útiles para tratar patologías crónicas y hacerlo a un menor costo para el paciente y para el sistema de salud.

Emplear genéricos permite mantener o mejorar la calidad de la prescripción, disminuyendo su costo y liberando fondos que necesitan ser utilizados en las auténticas novedades terapéuticas que la investigación farmacéutica puntera, va poniendo en el mercado (Alberola C,1995) (Guerra FJ,1994).

Creemos posible aplicar en nuestro país la experiencia del Reino Unido, donde las Autoridades Regionales de Salud disponen de un servicio de Control de Calidad, que realiza todas las pruebas necesarias para la valoración en laboratorio de medicamentos genéricos. En un Centro Analítico de Información se centralizan los resultados comunicados por todas las Regiones Sanitarias. Los médicos prescriptores tienen la información sobre genéricos a través de los "médicos y farmacéuticos consejeros" (Alfonso MT, 1994).

Desde nuestro ámbito se puede definir como medicamentos genéricos los que cumplen los criterios siguientes:

1. Estar comercializados por la Denominación Común Internacional seguido del nombre del laboratorio.
2. Suponer un ahorro superior al 20% respecto a las marcas comerciales de referencia (Iñesta A, 1995).

Esta baja utilización de genéricos se debe principalmente al número reducido de genéricos comercializados en España, 64 medicamentos correspondientes a 25 principios activos siguiendo el criterio indicado anteriormente, mientras que en los demás países existen una amplia oferta y una política explícita de promoción de prescripción de los genéricos.

La tendencia actual a nivel mundial es la de potenciar la prescripción de medicamentos genéricos.

La mayor parte de los países comunitarios están fomentando este tipo de prescripción, países como Bélgica y Francia introducen en las listas positivas medicamentos genéricos si son más baratos que el original.

Holanda fomenta la dispensación de genéricos o importaciones más baratas a través de una incentivación económica a los farmacéuticos.

Luxemburgo e Irlanda publican listas comparativas de precios de medicamentos, animando a los médicos a prescribirlos.

Reino Unido, mantiene la financiación dentro de los grupos terapéuticos afectados por la exclusión de unas 100 alternativas terapéuticas a las especialidades excluidas, por considerarlas eficaces y baratas, casi todas bajo denominación genérica. Entre ellas están el ácido acetilsalicílico y el paracetamol dentro del subgrupo de analgésicos menores, o el hidróxido de aluminio dentro del subgrupo de antiácidos.

En Alemania una reciente legislación exige al médico indicar si autoriza o no al farmacéutico a dispensar genéricos. En el caso de que el médico prescriba un genérico, el farmacéutico está obligado a dispensar el medicamento más barato.

Está demostrado que los medicamentos genéricos son tan seguros y eficaces como los medicamentos de marca, y cumplen unos requisitos de calidad como el resto de medicamentos registrados por la administración. Los medicamentos genéricos son más baratos que los de marca puesto que tienen menos gastos de investigación y promoción.

Entre los inconvenientes que la industria farmacéutica argumenta están el perjudicar a la investigación. Este aspecto, está muy debatido, ya que aquellos países que son pioneros en investigación farmacéutica también son los principales consumidores de genéricos.

Existen experiencias (Soumerai, 1987) que han intentado evaluar el impacto de determinadas intervenciones en los hábitos de prescripción. Este estudio analiza un programa basado en la formación médica sobre el uso de los medicamentos, se observa si factores como formación del médico y exposiciones a una intervención -en número y en calidad- influyen en el rango de prescripción inapropiada. Analizan tres grupos de medicamentos -propoxifeno, vasodilatadores periféricos y cefalexina-. El resultado indica que la proporción de cambios de prescripción fue independiente de la mayoría de las características medidas -formación, edad, ámbito rural o urbano-. Como análisis de las intervenciones concluyen que el aumento de una entrevista a dos se asocia con un aumento de la respuesta al programa de casi el doble. Sin embargo, el tiempo de duración de la entrevista no está relacionado con cambios en la conducta de prescripción. Estos hallazgos documentan que la entrevista personal puede ser efectiva en mejorar los hábitos de prescripción.

En el estudio de Gelbach (Gelbach SH, 1984) plantean un modelo para mejorar los hábitos de prescripción médica utilizando sistemas de retroalimentación de la prescripción. Se envía mensualmente un informe a cada prescriptor en el que se identifican los medicamentos prescritos por nombre comercial con el ahorro económico que podría haber realizado

utilizando medicamentos genéricos. Los resultados obtenidos indican que durante el período de intervención se aumenta la prescripción de genéricos con respecto al grupo control.

Otra línea de actuaciones importante para mejorar la utilización de los medicamentos es la elaboración de guías farmacoterapéuticas o formularios, estos son una relación de medicamentos útiles, seleccionados con criterios de eficacia, seguridad y calidad, consensuados por grupos de profesionales sanitarios (principalmente médicos y farmacéuticos).

Para alcanzar una óptima, segura y eficiente utilización de los medicamentos hay que conseguir unas guías o normas generales de prescripción que la definan, impidiendo que la prescripción sea una moda. Hay que crear un sistema de formulario que establezca las normas para el uso de los medicamento y que estas se hayan realizado por consenso entre los profesionales (Napal V, 1994).

Las medidas que pretenden promover el uso racional de los medicamentos y que se basan, únicamente, o fundamentalmente, en plantear la contención del gasto en farmacia están abocadas al fracaso a medio y largo plazo, aunque puedan conseguir resultados "cosméticos" a corto plazo (Arnau JM, 1994).

La reducción de los costes de prescripción del médico debe encuadrarse dentro de una prescripción racional y emplear una combinación de estrategias: educación, retroalimentación de la prescripción, cambios administrativos e incentivos. Los métodos para

incentivar un uso más eficiente de medicamentos pasan por una mayor participación activa de los médicos en la gestión de los propios recursos de sus centros (Juncosa S, 1992).

Cualquier medida orientada a la utilización racional de los medicamentos no tiene, en general, un efecto inmediato y además está abocada a disminuir su operatividad en el tiempo, por lo que no parece tener sentido aplicar medidas aisladas o dar por concluidas las posibles actuaciones una vez puestas aquellas en práctica.

Para conseguir el uso racional de los medicamentos hace falta cambiar los hábitos de prescripción formando a los facultativos. Con la información no basta (Mugford M,1991), es necesario formar desde que inician sus estudios universitarios y post-universitarios (Alfonso MT,1994) (Bucci KK,1992) (Soumerai SB,1987).

Existen excelentes documentos para analizar las futuras tendencias de la atención farmacéutica en los sistemas de salud en España y Europa (ESCP,1988) (M^o Sanidad,1988) (OMS,1993) (WHO,1989). Todos ellos coinciden en atribuir al farmacéutico un papel más activo que el actual en relación con la asistencia sanitaria.

Conscientes de que los farmacéuticos deben proyectar sus actividades hacia la Atención Primaria dentro del marco de la Ley General de Sanidad (Herreros de Tejada A,1988), existen desde 1986 experiencias de colaboración entre niveles asistenciales en aspectos de protocolización,

prescripción de medicamentos y atención farmacéutica al área de salud (Alberola C,1986) (Calvo MJ,1991) (Herrerros de Tejada A,1988).

La Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios de acuerdo con lo previsto en la Ley del Medicamento diseñó el Programa de Uso Racional del Medicamento en 1991 . (Mº Sanidad, 1991) que se comienza a implantar a nivel general de INSALUD en 1992. Está dirigido a alcanzar el objetivo general de racionalizar el uso de medicamentos en la atención primaria con el fin de conseguir la prescripción, dispensación y utilización correcta de los mismos y la adecuación de su coste a las necesidades reales. Establece la Comisión de Uso Racional de Medicamentos del Area y la introducción de la figura de los Farmacéuticos de Atención Primaria, como agentes facilitadores y promovedores del uso racional de los medicamentos en la atención primaria (Alberola C,1995) (Bermejo MT,1990) (Calvo MJ,1991) (Cruz E,1990) (Herrerros de Tejada A,1988) (Iñesta A, 1994). Incluye las siguientes actuaciones:

- Elaborar protocolos terapéuticos consensuados de las patologías más prevalentes (Bermejo MT,1990) (Bochner F,1994) (Calvo MJ,1991), que permitan un adecuado control de los tratamientos farmacológicos prolongados para evitar, en lo posible, las prescripciones crónicas (Gené J,1989).

- Implantar Guías farmacoterapéuticas de Area (Cruz JE, 1991) en las que se seleccionan de los medicamentos disponibles aquellos que se recomienda su utilización y que contemplan , en algunas, las marcas comerciales más baratas, sean o no genéricos.

Estas guías, elaboradas siempre que sea posible de manera consensuada, para garantizar una mayor adhesión a las mismas, por profesionales de los propios centros (Pérez MT,1994) o mediante la intervención de la Comisión de Farmacia y Terapéutica (Seoane EC,1995), deben tener un formato manejable y que permita su permanente actualización, pues en caso contrario su utilidad quedará en entredicho. Con las guías farmacoterapéuticas se pretende mejorar el uso de los medicamentos y que sirvan como herramienta de un proceso educativo debido a que debe ser actualizado periódicamente lo que supone evaluar objetiva y regularmente nuevos fármacos y revisar la utilización de los fármacos obsoletos y los más recientes. (Napal V, 1994).

Además, este proceso incorpora el consenso de los profesionales que luego han de ponerlo en práctica al aplicar la terapéutica. Este proceso debe completarse con la elaboración de protocolos que se adapten a la guía farmacoterapéutica y que definan como deben utilizarse los medicamentos seleccionados.

Según algunos autores (Essex B, 1989) consideran las guías farmacoterapéuticas como de indidable valor educativo.

En el Reino Unido (Alfonso MT,1994), enseñar nombres genéricos a los estudiantes a emplear nombres genéricos y que la mayoría de la prescripción en hospitales se realice con genéricos, supondría un ahorro sustancial.

- Participar en tareas docentes en el campo de la terapéutica farmacológica, promoviendo la realización de sesiones farmacoterapéuticas en los EAP.

- Colaborar con los farmacéuticos de oficina del área de salud para facilitar, posteriormente, la relación de aquellos con los equipos de atención primaria (Puerta MC,1991) y la población (Alfonso MT,1994) (OMS,1993) (Rodríguez MJ,1991) y así realizar protocolos conjuntos de actuación ante "síntomas menores" o educación sanitaria sobre medicamentos.

- Promover la formación continuada de los profesionales sanitarios en farmacología clínica (Alberola C, 1991) (Barbeira JM,1985)(Laporte JR,1987) (Rey ME,1987) y aspectos prácticos de economía de la salud (Fernández P,1990b) (Seoane EC,1995) (Viana A,1993).

- Establecer un servicio de información de medicamentos (Alfonso MT,1994) (Cruz JE,1989) (Herreros de Tejada A,1988); resolviendo todas las consultas que sobre medicamentos formulen los profesionales sanitarios de las Áreas.

- Participar en las Comisiones de uso racional del medicamento, que sirvan como referencia para las actuaciones que se realicen en este campo en las Áreas de Salud.

- Poner en práctica la posibilidad de que el médico prescriptor pueda comparar sus actuaciones terapéuticas con el resto de profesionales, facilitándole periódicamente perfiles de prescripción y sus costes (Abril F, 1991) (López JC, 1992). Esta información debe incluir, siempre que sea posible, indicadores de calidad basados en datos de uso de medicamentos de valor intrínseco no elevado -VINE- también llamados de utilidad terapéutica baja -UTB- (Gómez V, 1993). Dentro de los VIE -valor intrínseco elevado- pueden emplearse indicadores basados en el establecimiento de una jerarquía en el uso de medicamentos con las mismas indicaciones: fármacos de primera línea, segunda línea y uso excepcional (Arnau JM, 1994).

En Reino Unido, las autoridades sanitarias remiten a los médicos información trimestral sobre la evolución del coste y un análisis de las tendencias de prescripción y, semestralmente, una edición actualizada del British National Formulary (Alfonso MT, 1994).

La información retrospectiva del perfil de prescripción debe acompañarse de otras medidas (Juncosa S, 1992) como programas de educación que consigan cambiar el comportamiento e incentivos que contrarresten las poderosas fuerzas existentes en forma de intereses comerciales, presión de los pacientes, oferta creciente de medicamentos nuevos y más caros, condiciones asistenciales que distan de ser óptimas, etc, que pueden hacer que los cambios producidos reviertan en poco tiempo (Abril F, 1991).

En 1988 en Reino Unido (Heywood P,1991a)(Heywood P,1991b) (Heywood P,1991c) (Heywood P,1991d) se introdujo un sistema de información de la prescripción con retroalimentación dirigido a los médicos generales -PACT- que se envía cuatrimestralmente y que tiene cuatro niveles distintos. El tercer nivel se envía a los máximos prescriptores, y el cuarto nivel solamente a aquellos que lo solicitan. Este sistema de información de la prescripción ha sido durante los últimos 6 años probablemente el mejor sistema de retroalimentación de prescripción existente. Periódicamente se va modificando, y las últimas modificaciones incluyen datos como el porcentaje de medicamentos prescritos y dispensados como genéricos. En un futuro se incluirá una sección de 4 hojas en papel azul, con artículos. El efecto del PACT no ha podido nunca ser bien conocido, ya que durante los 6 años de funcionamiento han influido muchos factores (Harris CM, 1994).

- Realizar estudios de utilización de medicamentos (Arnau JM,1991) (Barbeira JM, 1984a) (García-Iñesta A,1988) y farmacoeconómicos (Fernández P,1990a) (Fernández P,1990b) (Sacristán JA,1995b) (Seoane EC,1995).

Estos estudios de utilización de medicamentos (García-Iñesta A,1988) (Prieto I,1990), tienen como objeto de análisis, según define la OMS, la comercialización, distribución, prescripción y uso de medicamentos en una sociedad, con acento especial sobre las consecuencias médicas, sociales y económicas resultantes. Estos

estudios, cuyo objetivo último es conseguir una práctica terapéutica óptima, deben realizarse, de forma coordinada con atención primaria e incluso con otras áreas de salud, aplicando la metodología de evaluación (Arnau JM,1991) (Arnau JM,1994). Se debe animar a los profesionales a que incorporen la utilización de perfiles o escalas de salud para valorar calidad de vida en las evaluaciones de medicamentos (Badía X,1995b) (Fernández P,1990c).

- Elaborar boletines de información terapéutica, en colaboración con la Comisión de Uso Racional de Medicamentos de atención primaria del área sanitaria correspondiente. Estos boletines deben intentar ayudar al médico en la toma de buenas decisiones terapéuticas, para ello, deben de estar redactados de forma clara y concisa, dando recomendaciones prácticas en el uso de los medicamentos.

- Muchos especialistas, fundamentalmente hospitalarios, no prescriben en recetas oficiales sus medicamentos. Lo hacen a través de los médicos de cabecera (Gérvas J,1995) y, en ocasiones a través de otros especialistas ubicados en los ambulatorios, generando una prescripción inducida (Alberola C,1995) (Azagra R,1993) (Pedro de Lels F,1991) (Pérez MT,1994) que, a menudo se prolonga largo tiempo y que se ha dado en llamar "prescripción crónica" (Turabián JL,1992). La responsabilidad que ésto conlleva debe invitar a los profesionales de los distintos niveles asistenciales a trabajar conjuntamente para conseguir un mejor uso de los medicamentos en el Area y una atención continuada del paciente

cuando es dado de alta en el hospital, por lo que parece imprescindible:

-Estimular que en los informes de alta del especialista se especifiquen los medicamentos utilizando la denominación común internacional -DCI- en vez de emplear nombres comerciales. Además de abaratar costes, se conseguiría que quedase mejor reflejada la naturaleza química del fármaco, se evitarían algunos errores al prescribir y resultaría más fácil recordar los nombres.

-Prescribir sólo medicinas de eficacia probada e incluidas en el formulario del hospital, evitando, siempre que sea posible, la indicación directa al paciente de placebos.

-Integrar en los esfuerzos por una prescripción racional de los medicamentos las actuaciones de la inspección farmacéutica de área en las oficinas de farmacia para garantizar que los medicamentos prescritos sean los dispensados, o al menos, que cumplan las directrices señaladas en la Ley del Medicamento (BOE,1990b), en sus artículos 89 y 90.

• Realizar programas de educación sanitaria sobre medicamentos dirigidos al público en general (Azagra R,1993). Por su importancia creciente puede ser interesante la participación de profesionales de prestigio en mesas redondas, conferencias,

charlas, aparición en emisoras de radio y cadenas de televisión locales, y participación en prensa local.

Para el médico son valores en alza en cuanto a los medicamentos (Fernández P,1990a) (Fernández P,1990b): la utilidad terapéutica, la adaptación del producto a las necesidades - dosis, presentación, forma farmacéutica, etc.-, la inclusión en guías farmacoterapéuticas, la existencia de estudios farmacoeconómicos. En tanto que otros valores tradicionales como son el conocimiento del producto por parte de los visitantes, la imagen del laboratorio, la formación de los médicos por parte de las compañías farmacéuticas, etc, van a ir teniendo menos importancia para la prescripción.

Los sistemas de información son claves para adoptar criterios más útiles y evaluar con más acierto la prescripción. Los estudios de utilización de medicamentos son un medio para evaluar la racionalidad del uso de éstos en una situación determinada.

El programa de uso racional del medicamento implantado en todas las Gerencias del INSALUD, pretende mejorar la información y formación de los médicos y del resto de los profesionales de Atención Primaria. Entre las actividades de este programa, en resumen, están la información pasiva -resolución de consultas que son planteadas por los médicos de los EAP-, información activa -edición de boletines farmacoterapéuticos que ayuden a la toma de buenas decisiones relacionadas con los medicamentos-, la

formación mediante sesiones terapéuticas realizadas por los farmacéuticos de atención primaria en los propios EAP y la modificación de hábitos de prescripción con el feedback pasivo de información, que desde 1993 está incluido en los Contratos Programas de Atención Primaria de Salud. Hasta la fecha en España no se ha evaluado el efecto de la información y formación en la prescripción de genérico , ni el grado de cumplimiento de las guías farmacoterapéuticas de atención primaria, en la modificación de los hábitos de prescripción de los médicos de atención primaria.

La bibliografía parece sugerir que los programas educativos son, probablemente, los mejores para obtener cambios a largo plazo en la prescripción y que la repetición de la información es necesaria para alcanzar y mantener estos cambios (Raish DW, 1990).

Este trabajo pretende demostrar que las intervenciones educativas modifican los hábitos de prescripción de los médicos de atención primaria, especialmente en el aumento de la prescripción de genéricos y en la mejora de la calidad de la prescripción.

Hipótesis y Objetivos

HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

HIPÓTESIS

La intervención educativa dirigida al médico general de Atención Primaria influye significativamente en los hábitos de prescripción.

OBJETIVO GENERAL

Analizar el impacto de una estrategia de intervención educativa sobre la prescripción del médico general de Atención Primaria para aumentar la prescripción de medicamentos genéricos y de medicamentos incluidos en la guía farmacoterapéutica del Area de Salud.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1.- Adaptar un sistema de información sobre la prescripción para médicos generales de Atención Primaria.

2.- Evaluar el impacto del sistema de información sobre los hábitos de prescripción de genéricos.

3.- Valorar la intervención educativa en la mejora de la calidad de la prescripción, aumentando la prescripción de medicamentos incluidos en la guía farmacoterapéutica del área 4.

Material y Métodos

MATERIAL Y MÉTODOS

•*Ámbito del estudio:*

Intervienen en el estudio dos grupos, un grupo diana sobre el que se realizó la intervención y otro, control, para la evaluación de los resultados.

Grupo diana

El estudio se ha realizado en el Area 4 de INSALUD-Madrid, éste área sanitaria es urbana y da cobertura a una población de 526.000 habitantes. En el momento de iniciar el estudio -enero 1993- contaba con cinco equipos de atención primaria -EAP- que atendían al 17% de la población del área.

Para el grupo de intervención se seleccionaron inicialmente 30 médicos que se distribuían en cinco centros de salud -CS-.

Criterios de inclusión inicial: Se consideró como criterio de inclusión inicial el que fueran médicos generales trabajando en los centros de salud del área 4 en el momento en que se inició el estudio. Como criterio de inclusión final se consideró que estos médicos tuvieran datos de prescripción durante todos los meses en que duró el estudio de los años 1.993 y 1.994.

Como criterio de exclusión se consideró la existencia de datos de prescripción excesivamente bajos que indicaran una mala recogida de los

mismos de forma reiterada en el período previo o posterior a la intervención. De acuerdo con estos criterios de los 30 médicos iniciales, se han excluido 6 médicos. El total de médicos generales que se incluyeron para el estudio en el grupo de intervención es, por tanto, de 24.

Las características del grupo diana eran las siguientes:

Tipo de formación: 16 MIR -médico interno residente- y 8 no MIR

Edad: 19 eran menores de 40 años y 5 de 40 años o más.

Sexo: 11 varones y 13 mujeres.

Población control

Se incluyeron los médicos generales de cinco equipos de atención primaria (EAP) del distrito de Vallecas perteneciente al Área 1, por tratarse de un distrito similar al del área de intervención en lo que se refiere a los indicadores sociosanitarios.

Esta población estaba formada por 37 médicos. Los criterios de inclusión y exclusión son los mismos que para el grupo de intervención. El número de médicos generales que cumplían dichos criterios fue de 24.

Las características generales del grupo control eran:

Tipo de formación: 14 MIR y 10 no MIR

Edad: 20 eran menores de 40 años y 4 de 40 años o más.

Sexo: 9 varones y 15 mujeres.

Medicamentos objeto de estudio:

GENÉRICOS

Los criterios para la selección de medicamentos genéricos fueron los siguientes:

1.- Estar comercializados por la Denominación Común Internacional (DCI) seguido del nombre del laboratorio.

2.- Suponer un ahorro superior al 20% respecto a las marcas comerciales de referencia.

3.- Corresponder a medicamentos habitualmente prescritos por los médicos generales de atención primaria.

4.- Estar incluidos en la guía farmacoterapéutica del Area 4.

El listado de los principios activos y sus correspondientes genéricos utilizados en el estudio está recogido en el Anexo 1.

GUÍA FARMACOTERAPÉUTICA

Durante el año 1993 se elaboró una guía farmacoterapéutica en el área de intervención, esta guía es de carácter voluntario, y contiene una selección de 245 principios activos y 405 especialidades seleccionadas de

acuerdo a los criterios *de seguridad, eficacia y coste* promovidos por la OMS.

Para su elaboración se formó un grupo multidisciplinar integrado por médicos de los EAP del área y coordinado por la farmacéutica de atención primaria. El grupo trabajó siempre por **consenso** y basándose en la información científica publicada en fuentes de reconocido prestigio para la evaluación y selección de los principios activos a incluir en la citada guía farmacoterapéutica.

La guía farmacoterapéutica está dividida en tres partes:

En la primera se ofrece la selección de principios activos que se han ordenado por grupos terapéuticos y a los que se les ha añadido unos anexos que completan la información que se da sobre los mismos. Los grupos terapéuticos y anexos son los siguientes (Anexo 2):

- grupo A: aparato digestivo y metabolismo.

anexo: duración de acción de las insulinas y su origen.

- grupo B: sangre y órganos hematopoyéticos.

anexo: interacciones farmacológicas de los anticoagulantes orales.

- grupo C: aparato cardiovascular.

anexo: dosificación de los fármacos antihipertensivos.

- grupo D: dermatológicos.

anexo: propiedades e indicaciones de los vehículos dermatológicos. Potencia de los corticoides tópicos.

- grupo G: preparados genitourinarios y hormonas sexuales.

anexo: interacciones farmacológicas de los anticonceptivos orales.

- grupo H: preparados hormonales sistémicos excluidas hormonas sexuales.

anexo: potencia y dosis de los glucocorticoides.

- grupo J: antiinfecciosos por vía general.

anexo: elección de tratamiento antibiótico según infección.

- grupo M: aparato locomotor.

anexo: dosificación y potencia de los AINES.

- grupo N: sistema nervioso central.

anexo: farmacocinética y dosis de benzodiazepinas y antidepresivos. Efectos adversos de los antipsicóticos.

- grupo P: antiparasitarios.

anexo: tratamiento de las infecciones por protozoos y helmintos.

- grupo R: aparato respiratorio.

anexo: dispositivos para broncodilatadores.

- grupo S: órganos de los sentidos.

anexo: colirios para inducir midriasis y cicloplejia.

En la segunda parte de la guía se incluyen unos apéndices que se consideran de utilidad para facilitar la prescripción del médico, estos apéndices contienen información sobre:

- dosificación de medicamentos en pediatría.
- interacciones de los medicamentos con los alimentos.
- interacciones farmacológicas.
- uso de fármacos en embarazo y lactancia.
- uso de fármacos en insuficiencia renal.
- apósitos, gasas, antisépticos y desinfectantes.
- productos farmacéuticos sometidos a visado de inspección.
- farmacovigilancia: notificación de sospecha de reacciones adversas a medicamentos.

La tercera parte: es un índice alfabético de los medicamentos incluidos en la guía, tanto de principios activos como de especialidades, que permite localizar la página donde se encuentra rápidamente.

Uno de los objetivos del grupo de trabajo en la elaboración de la guía fue ajustarla primordialmente a la prescripción realizada por el médico de atención primaria y en menor medida a aquella que le es derivada de un nivel especializado. Sólo se han seleccionado fármacos incluidos en la oferta de la Seguridad Social con posterioridad al Decreto de Financiación Selectiva.

De los principios activos comercializados en los últimos 5 años sólo se han seleccionado aquellos que aportan una mejora sustancial a la oferta

existente, quedando pendiente la posible inclusión del resto en posteriores ediciones.

De la extensísima oferta farmacéutica financiada por el Sistema Nacional de Salud se seleccionaron 245 principios activos, de los cuales 49 se utilizan exclusivamente por vía tópica. Los 205 restantes son monofármacos, excepto 10 que son asociaciones recomendadas por la OMS (paracetamol + codeína, trimetoprim + sulfametoxazol, amoxicilina + ácido clavulánico, etc)

Los criterios para la inclusión de un nombre comercial han sido, en primer lugar, el coste, y en segundo lugar, que aporten una presentación distinta que se considere útil independientemente del coste. Es decir, que se han incluido aquellas especialidades que tienen una mayor variedad de presentaciones y aquellas que siendo iguales tienen un menor precio. Para completar la información respecto a especialidades farmacéutica, se incluye al final de la guía en el índice alfabético una relación de todas las marcas comercializadas de los principios activos seleccionados.

• Tipo de estudio

Para evaluar el efecto de una serie de intervenciones en los cambios de los hábitos de prescripción de los médicos de Atención Primaria se diseñó un estudio cuasi-experimental de tipo antes/después y con un grupo control (Polit DF, 1987) (Campbell TD, 1963).

Duración del estudio:

La duración del estudio fue de 18 meses, 9 meses previos a la intervención -enero a septiembre 1993- y 9 meses durante los que se mantuvo ésta -enero a septiembre 1994. La intervención comenzó por tanto, en enero de 1994 y se mantuvo ininterrumpidamente hasta septiembre del mismo año.

Fuente de datos:

Los datos utilizados en este estudio se obtuvieron:

- del proceso de facturación FAR-90 facilitado por el Servicio de Banco de Datos de Medicamentos del Ministerio de Sanidad y Consumo.
- de los registros de población de los centros de salud facilitados por la Gerencias de las áreas de estudio.
- del nomenclator de especialidades ofertadas por el Sistema Nacional de Salud.

La información sobre prescripción se obtuvo a partir de los números de colegiado de los médicos incluidos en el estudio.

Se obtuvieron los siguientes datos por médico y mes:

- Código nacional de cada producto prescrito (entendiéndose por tal cualquier especialidad farmacéutica, fórmula magistral o efecto y accesorio).
- Subgrupo terapéutico a que pertenece, según la denominación vigente (BOE, 1989)

- Número total de envases prescritos por producto.
- Número de envases prescritos por producto con receta de activo.
- Número de envases prescritos por producto con receta de pensionista
- Importe total por producto
- Importe de los envases prescritos por producto con receta de activo.
- Importe de los envases prescritos por producto con receta de pensionista.
- Número de recetas prescritas por producto
- Número de recetas prescritas por producto con receta de activo.
- Número de recetas prescritas por producto con receta de pensionistas.

Los formatos distintos de especialidades farmacéuticas que se podían encontrar era de 7.485, que eran todas las ofertadas por el sistema público y el número posible de subgrupos terapéuticos era de más de 300.

Hay que tener en cuenta que los datos que se obtienen con FAR-90 se refieren a productos prescritos y dispensados en las oficinas de farmacia con la receta oficial del Sistema Nacional de Salud.

Además se obtuvieron datos de prescripción de medicamentos de la guía farmacoterapéutica del área y de prescripción de medicamentos bajo denominación genérica.

Para obtener los datos de prescripción de medicamentos genéricos se tuvo que modificar el nomenclator de especialidades farmacéuticas. Se crearon en él dos campos nuevos:

- Uno de ellos se denominó "genérico" y en él se señalaba con una "S" las especialidades que cumplían los criterios definidos anteriormente de medicamento genérico, y con una "N" aquellos que no lo cumplían. Se señalaban también con una "A" aquellas especialidades que contenían el mismo principio activo, dosificación y forma farmacéutica que una especialidad comercializada bajo denominación genérica. Así podría calcularse el número de especialidades que podrían haber sido prescritas de forma genérica.

En el caso de medicamentos de la guía farmacoterapéutica se creó otro campo en el nomenclator y se señaló con un "1" todas aquellas especialidades que pertenecían a la guía farmacoterapéutica del Área, y con un "2" aquellas que contenían un principio activo incluido en la guía, aunque no estuviese su marca comercial.

Mensualmente se actualizaba la información de los medicamentos que se daban de alta en el nomenclator, indicando si son genéricos y si están incluidos en la guía. El nomenclator de cada mes se cruza con el del mes anterior y todas aquellas especialidades que aparecen por primera vez se cargan con el código "9" en el campo "guía", estos son revisados por la

investigadora para su posterior codificación como genérico "S" , "N" ó "A", y guía "1" ó "2"

La información facilitada estaba en un fichero ASCII que se archivó y explotó en DBase IV.

- Los datos de población proceden de los registros específicos de los centros de salud. En el momento de iniciar el estudio la tarjeta sanitaria individual -TSI- tenía una baja implantación en las áreas sanitarias, por lo que fue preciso utilizar también otros registros de población -fichas de edad y sexo, el sistema de información de centros de atención primaria o SICAP-.

Con estos registros se pudo conocer la población adscrita a cada médico y la distribución etaria -personas menores de 65 años y personas de 65 años y más-.

- **Diseño de la intervención:**

En primer lugar se diseñó un plan de formación basado en una intervención educativa sobre los medicamentos objeto de estudio.

Este plan consistió básicamente en lo siguiente:

1. Realizar sesiones por la farmacéutica de atención primaria del área en cada Equipo de Atención Primaria (EAP) sobre la conveniencia de utilizar medicamentos genéricos.

2. Presentar y distribuir en una sesión la guía farmacoterapéutica de atención primaria del área.

3. Efectuar sesiones farmacoterapéuticas sobre patologías prevalentes, con recordatorio de los medicamentos incluidos en la guía farmacoterapéutica y que son de elección en dichas patologías.

4. Enviar periódicamente perfiles de prescripción a los médicos generales.

5. Enviar boletines farmacoterapéuticos recomendando la utilización de medicamentos genéricos y medicamentos de la guía.

Una vez diseñado este plan de actuación se procedió a implantar cada una de estas estrategias de intervención.

SESIONES SOBRE MEDICAMENTOS GENÉRICOS

En esta sesión se describió qué se entiende por medicamento genérico, señalando ventajas e inconvenientes de su prescripción, y citando ejemplos del ahorro que supone su prescripción -anexo 3- y distribución del listado de medicamentos considerados genéricos -anexo 1-

SISTEMA DE INFORMACIÓN SOBRE LA PRESCRIPCIÓN PARA MÉDICOS GENERALES

Se elaboró un sistema de información sobre la prescripción de medicamentos de acuerdo con la idea organizativa del PACT (Harris CM, 1990) y considerando las conclusiones de la tesis de la Dra. Prieto (Prieto C, 1994) sobre el diseño y evaluación de un sistema de información sobre prescripción de medicamentos en atención primaria de salud.

El sistema se basó en la elaboración y distribución mensual a la población diana de un informe con su perfil de prescripción que contenía indicadores cuantitativos y cualitativos individuales y comparados, además de información expresa sobre determinados medicamentos.

Contenido del Informe de prescripción:

Con los datos obtenidos del proceso de facturación de recetas FAR-90 y los indicadores elaborados, se diseñó el informe de prescripción que constaba de las siguientes páginas:

1. Primera página:

Contenía además de los datos de identificación del prescriptor (facultativo, centro, tipo de médico) y fecha, otros datos de información general individualizada y comparada con el EAP y con el resto del Área:

- número total de recetas prescritas.
- número total de envases prescritos.
- importe total de la prescripción.

2. Segunda página:

Contiene información cuantitativa relativa a los siguientes indicadores individuales y comparados con el EAP y el Area:

- recetas por población ajustada
- gasto por receta
- gasto por población ajustada

3. Tercera y cuarta página:

Contiene información sobre los 10 subgrupos más consumidos ordenados por su consumo en envases -página 3-, y por su consumo en pesetas -página 4-.

4. Quinta y sexta página:

Contienen información sobre los indicadores objeto de la intervención:

- % de genéricos -en envases- frente al total de la prescripción,
- % de medicamentos -en envases- que podían haber sido genéricos frente al total de los envases prescritos , y
- % de medicamentos -en envases- utilizados de la guía frente al total de medicamentos prescritos.

El formato de estas dos últimas páginas se modificaba cada dos meses para aumentar el impacto de esta intervención, ya que así se evita que se acostumbren al formato y deje de influir en la prescripción.

A partir del mes de Julio se envían los datos de los indicadores anteriores en gráfica y comparando el valor individual del prescriptor con el valor máximo marcado para cada indicador.

Distribución de la información

Los informes se distribuyen a todos los médicos del grupo de intervención desde la Gerencia de atención primaria del área, por correo interno, con una periodicidad mensual y en sobre cerrado rotulado en rojo con la palabra "*Confidencial*".

Durante todo el estudio se mantuvo la confidencialidad ya que sólo la farmacéutica de atención primaria -como investigadora-, el Gerente del área, si lo solicitaba, y el interesado conocían el contenido de los perfiles de prescripción.

Junto con los informes de prescripción periódicamente se enviaban recordatorios de la lista de medicamentos comercializados bajo denominación genérica, grapados con el informe de prescripción y en hoja de distinto color -color verde- para que destacase del resto de la información.

Además con el perfil del mes de junio se envía una gráfica de evolución mensual de los indicadores de genéricos y de guía farmacoterapéutica a cada facultativo, con el fin de que conozcan cual ha sido su comportamiento durante este período.

• Cronograma del estudio:

Primera fase: Período de observación de la prescripción. En esta fase no se realizó ningún tipo de intervención, sólo se recogieron los datos de prescripción del grupo de estudio y del grupo control. Este período abarcó desde enero 1993 hasta septiembre del mismo año.

Segunda fase: Período de intervención sobre el grupo de estudio. Se extiende desde enero hasta septiembre de 1994.

Durante esta etapa se realizaron una serie de intervenciones informativas y formativas, que consistieron en lo siguiente:

- **Enero 1994:** La intervención se llevó a cabo mediante una sesión informativa que se realizó en cada EAP del grupo de intervención.

En esta sesión la farmacéutica de atención primaria informó sobre los medicamentos genéricos, ventajas e inconvenientes de su prescripción y les entregó un listado con los medicamentos genéricos seleccionados y objeto de estudio. En los meses posteriores a la sesión informativa se les envió con periodicidad mensual un informe de su prescripción en el que se les incluía en una primera etapa el porcentaje de genéricos que prescribían con respecto al total de la prescripción y el porcentaje de medicamentos que de su prescripción tenían una alternativa genérica.

En una segunda etapa -desde marzo hasta septiembre 1994- se les envió el porcentaje de prescripción genérica representado en una gráfica frente al máximo que podrían prescribir de genéricos.

- **Febrero 1994:** Se entregó la guía farmacoterapéutica, a los facultativos del área de intervención, en una sesión informativa, en la que se explicó que criterios se tuvieron en cuenta para la elaboración, así como el manejo de dicha guía . A los facultativos del grupo control se les envió un ejemplar de la guía a su centro sin acompañarlo de otro tipo de medidas de intervención -realizar sesión informativa, etc.-.

- **Marzo y abril 1994:** se realizaron sesiones informativas sobre temas farmacoterapéuticos -tratamiento de la hipertensión arterial, tratamiento de la osteoporosis-, durante las cuales se recordaron qué medicamentos de los indicados en el tratamiento de estas patologías estaban incluidos en la guía farmacoterapéutica del área y cuales de ellos estaban comercializados bajo denominación genérica.

- **Mayo 1994:** Se enviaron perfiles de prescripción a los facultativos del área de intervención -Anexo 4 -, en los que se les incluyó como indicadores de la calidad de prescripción los siguientes:

Porcentaje de medicamentos prescritos bajo denominación genérica en envases frente al total de envases prescritos.

Porcentaje de medicamentos que podría haber sido prescritos bajo denominación genérica en envases frente al total de envases prescritos.

Porcentaje de medicamentos -en envases- incluidos en la guía farmacoterapéutica frente al total de envases prescritos.

Se realizó una sesión informativa sobre " uso racional de antibióticos en atención primaria: Cefalosporinas.", en la que se volvió a insistir en las cefalosporinas incluidas en la guía farmacoterapéutica.

- **Junio 1994:** Se envió información de la prescripción con el mismo formato e indicadores del mes anterior.

- **Julio 1994:** Se enviaron perfiles de prescripción modificando el formato -Anexo 5-, se envía información en una gráfica :

Porcentaje de medicamentos prescritos bajo denominación genérica en envases frente al total de envases prescritos y el valor máximo fijado que se podría alcanzar de medicamentos genéricos.

Porcentaje de medicamentos prescritos incluidos en la guía farmacoterapéutica en envases frente al total de envases prescritos y el máximo que se podría prescribir .

El valor máximo de genéricos se ha calculado teniendo en cuenta la prescripción de los primeros meses de la intervención (enero-marzo 1994) de genéricos y de alternativas a genéricos. Se sumaron las prescripciones en envases de medicamentos genéricos y de los medicamentos que se habían prescrito que tenían un equivalente genérico, realizadas por todos los facultativos del grupo de intervención , y se calculó el porcentaje que estas suponían respecto al total de las prescripciones realizadas, este valor fue del 20%.

El valor máximo de prescripción de medicamentos de la guía se marcó en un 90%, ya que según los datos disponibles en la bibliografía, con la selección de principios activos realizada en la guía se cubren aproximadamente el 90% de las patologías que se atienden por un médico de atención primaria.

Se prefirió comparar los indicadores con un valor máximo de prescripción en vez de con la media, ya que de haber indicado la media, tenderían a ella, de ésta forma tienden previsiblemente a ese valor máximo.

- **Agosto y Septiembre 1994:** Se envía junto con el perfil de prescripción y las gráficas anteriores un recordatorio de los medicamentos genéricos incluidos en el estudio. Las gráficas correspondientes a los medicamentos objetos de la intervención se envían impresas en hojas de color verde, para destacar este tipo de información.

• **Indicadores**

A partir de la información del FAR-90 se determinaron los indicadores por médico, por centro de salud y por área que se iban a medir y que se iban a incluir en el informe que mensualmente se le enviará a cada facultativo.

Indicadores por médico

Se obtuvieron los siguientes indicadores mensuales:

-Gasto total -en pesetas-, en activos y en pensionistas.

- Número de envases totales, en activos y en pensionistas.
- Coste medio por envase -en pesetas-
- Los 10 subgrupos más prescritos en envases y en importe.
- Porcentaje de medicamentos prescritos incluidos en la guía farmacoterapéutica del área 4.
- Porcentaje de medicamentos prescritos como genéricos.
- Porcentaje de medicamentos prescritos con marca comercial y que podrían haberse prescrito bajo denominación genérica.
- Porcentaje de desviación de cada indicador anterior con respecto al centro de salud.

- Para poder comparar los indicadores entre unos médicos y otros se realizó un ajuste de los mismos según la población, para ello se siguió el mismo método que el utilizado en la tesis de la Dra. Prieto (Prieto C, 1994). El ajuste por población se realizó teniendo en cuenta el peso que corresponde a la población de 65 y más años ya que esta población es la que más recetas consume. Se aplicó el coeficiente de ponderación de consumo de recetas (C), tanto a la población del médico como a la del centro y a la del área. El coeficiente de ponderación (C) estima el número de veces que se prescriben más recetas a personas de 65 años o más frente a los menores de esa edad, mediante la siguientes fórmula:

$$C = \frac{\text{Número de recetas/población} \geq 65 \text{ años}}{\text{Número de recetas/población} < 65 \text{ años}}$$

Para realizar este cálculo se utilizaron datos de prescripción procedentes del FAR-90, y los datos de población de los registros existentes en los centros de salud -SICAP, fichas de edad y sexo y TSI-. A partir de esto se calculó la media de recetas por persona de 65 o más años (RM65):

$$RM65 = \frac{\text{Nº de recetas de pensionistas - TRPm65}}{\text{Población > 65 años}}$$

Donde, TRPm65 es el número de recetas de pensionista que se prescriben a menores de 65 años

$$TRPm65 = \frac{\text{nº recetas de activos}}{\text{Población < 65 años}} \times \text{nº pensionistas < 65}$$

De la misma forma, se calculó la media de recetas para menores de 65 años (Rm65):

$$Rm65 = \frac{\text{Nº de recetas de activos} + \text{RPM65}}{\text{Población < 65 años}}$$

Con estos datos se calculó el coeficiente C:

$$C = \frac{RM65}{Rm65}$$

El coeficiente C proporciona la estimación del número de veces que se prescriben más recetas a personas de 65 y más años, frente a los menores de esa edad, y se utilizó para ponderar la población :

$$\text{Población ajustada} = (\text{pobl. } < \text{ de 65 años}) + C \times (\text{pobl. } > \text{ 65 años})$$

•Indicadores utilizados en la evaluación de la intervención.

Para la evaluación de la intervención se seleccionaron indicadores que fueran capaces de medir cambios en los hábitos de prescripción a lo largo del tiempo.

Los indicadores que se utilizaron para ambos grupos (grupo de intervención y control) fueron los siguientes:

*• Número de envases prescritos incluidos en la guía farmacoterapéutica del Area por los médicos del Area //(total de envases prescritos * población ajustada del Area).*

*• Importe de los envases prescritos de la guía farmacoterapéutica del Area por los médicos del Area //(total de importe * población ajustada del Area).*

*• Número de envases prescritos bajo denominación genérica prescritos por los médicos del Area //(total de envases prescritos * población ajustada del Area).*

*• Importe de los envases prescritos bajo denominación genérica por los médicos del Area // (total de envases prescritos * población ajustada del Area).*

Estos indicadores se monitorizaron en el período anterior y durante la intervención.

Análisis de los datos

Para estudiar el efecto de la intervención se ha realizado un diseño de contraste de hipótesis que analiza el factor área antes y durante la intervención, y el factor intervención para el área control y el área intervención mediante un Análisis de la varianza.

• Soporte informático.

Se ha utilizado el siguiente soporte informático:

- Un ordenador personal 486
- programas informáticos.

Bases de datos: dBase IV

Procesador de textos: WinWord 6.0

Gráficos: Harvard Graphics 3.0

Programa estadístico: SPSS-PC

Resultados

RESULTADOS

COEFICIENTE DE PONDERACIÓN DE RECETAS

El coeficiente de ponderación de recetas que se utilizó para ponderar la población mayor de 65 años fue de 5.9 (que se redondeó a 6), según la fórmula señalada en el apartado de material y métodos.

EVALUACIÓN DE LA INTERVENCIÓN

El tamaño de la muestra es de 24 médicos en el área de intervención y 24 médicos en el área control.

El tiempo analizado son los meses de enero a septiembre de 1993 - período anterior a la intervención-; y los meses de enero a septiembre de 1994 -período de intervención-

Se ha realizado un diseño de contraste de hipótesis que analiza el factor área antes y durante la intervención, y el factor intervención para el área control y el área intervención, mediante un análisis de la varianza.

Los resultados según el indicador han sido los siguientes:

1. Envases de Genéricos * 100000 / (total envases * Población ajustada):

Factor Área

Antes de la intervención:

Cuando se analiza el Factor Área antes de la intervención se observa que no hay diferencia significativa ($p=0,0923$) entre el área control y el área intervención.

La media para este indicador es de 0,87 -desviación estándar de 0,28- para el área control y de 1,07 -desviación estándar de 0,51- para el área intervención.

Durante la intervención

El Factor Área después de la intervención presenta una diferencia significativa con un valor de $p<0.01$ ($P=0.0012$), la media del indicador es de 0,98 -desviación estándar de 0,37- en el área control y una media de 1,61 en el área de intervención -desviación estándar 0,81-.

Factor intervención

Cuando se analiza la influencia del factor intervención, los datos son los siguientes:

- En el área control no hay diferencia significativa ($p=0,2372$) entre el período anterior y durante la intervención.

- En el área intervención, sin embargo, si hay diferencia significativa ($p<0,01$) cuando se analizan los períodos antes y durante la intervención.

2. *Importe de Genéricos*100000/(Importe total * Población ajustada):*

Los datos obtenidos para este indicador son los siguientes:

Factor Área

Antes de la intervención:

Cuando se analiza el Factor Área antes de la intervención se observa que no hay diferencia significativa ($p=0,1302$) entre el área control y el área intervención.

La media para este indicador es de 0,68 para el área control y de 0,91 para el área intervención.

Durante la intervención

Al analizar el Factor Área hay diferencia significativa con un valor de $p<0.001$ ($P=0.001$), la media del indicador es de 0,49 -desviación estándar de 0,27- en el área control y una media de 1,42 en el área de intervención -desviación estándar 0,99-.

Factor intervención

Area control

En el área control hay diferencia significativa ($p=0,0446$) entre el período anterior y durante la intervención, la media antes de la intervención es de 0,68 -desviación estándar de 0,36-, y con una media después de la intervención de 0,49 -desviación estándar de 0,27.

Area intervención

En el área intervención, si hay diferencia significativa con un nivel de significación de 0,0409, cuando se analizan los períodos antes y durante

la intervención, la media del indicador antes de la intervención es de 0,91 -desviación estándar de 0,65- y durante la intervención es de 1,42 -desviación estándar de 0,99-.

3. Envases de la guía farmacoterapéutica * 100000 / (Envases totales * Población ajustada):

Factor Área:

Antes de la intervención

Cuando se analiza el Factor Área antes de la intervención se observa que no hay diferencia significativa ($p=0,5992$) entre el área control y el área intervención.

La media para este indicador es de 17,03 -desviación estándar de 3,25- para el área control y de 16,51 -desviación estándar de 3,51- para el área intervención.

Durante la intervención

El Factor Área durante la intervención no presenta diferencia significativa con un valor de $p=0,5930$ la media del indicador es de 18,95 en el área control y de 18,35 en el área de intervención.

Factor intervención

Area control

En el área control no hay diferencia significativa ($p=0,0539$) entre el período anterior y durante la intervención. La media del indicador es de 17,03 antes de la intervención y 18,95 después de la intervención.

Área intervención

En el área intervención tampoco se encuentra diferencia significativa ($p=0,1062$) cuando se analizan los períodos antes y durante la intervención. La media del indicador es de 16,51 antes de la intervención y 18,35 después de la intervención.

3.Importe de la guía farmacoterapéutica *100000 / (Importe total * Población ajustada):

Factor Área:

Antes de la intervención

Cuando se analiza el Factor Área antes de la intervención se observa que no hay diferencia significativa, con un valor de $p=0,670$, entre el área control y el área intervención.

La media para este indicador es de 14,37 -desviación estándar de 2,91- para el área control y de 14,02 -desviación estándar de 2,84- para el área intervención.

Durante la intervención

El Factor Área durante la intervención no presenta diferencia significativa con un valor de $p=0,8618$ la media del indicador es de 14,87 en el área control y de 15,03 en el área de intervención.

Factor intervención

Area control

En el área control no hay diferencia significativa ($p=0,5489$) entre el período anterior y durante la intervención. La media del indicador es de 14,37 antes de la intervención y 14,87 después de la intervención.

Area intervención

En el área intervención tampoco se encuentra diferencia significativa ($p=0,255$) cuando se analizan los períodos antes y durante la intervención. La media del indicador es de 14,02 antes de la intervención y 15,03 después de la intervención.

El resumen del análisis estadístico del impacto de la intervención se muestra en las tablas siguientes:

Envases genéricos * 100000 / (Envases totales * Población ajustada)

FACTOR AREA

ANTES DE LA INTERVENCIÓN

	Area Control	Area Intervención	Significación (P-value)
Media	0,87	1,07	
Desv. estándar	0,28	0,51	0,0923
Tamaño muestra	24	24	

DURANTE LA INTERVENCIÓN

	Area Control	Area Intervención	Significación (P-value)
Media	0,98	1,61	
Desv. estándar	0,37	0,81	0,0012
Tamaño muestra	24	24	

FACTOR INTERVENCIÓN

AREA CONTROL

	Antes de la Intervención	Durante la Intervención	Significación (P-value)
Media	0,87	0,98	
Desv. estándar	0,28	0,37	0,2372
Tamaño muestra	24	24	

AREA INTERVENCIÓN

	Antes de la Intervención	Durante la Intervención	Significación (P-value)
Media	1,07	1,61	
Desv. estándar	0,51	0,81	0,0082
Tamaño muestra	24	24	

Importe genéricos * 100000 / (Importe total * Población ajustada)

FACTOR AREA**ANTES DE LA INTERVENCIÓN**

	Area Control	Area Intervención	Significación (P-value)
Media	0,68	0,91	
Desv. estándar	0,36	0,65	0,1302
Tamaño muestra	24	24	

DURANTE LA INTERVENCIÓN

	Area Control	Area Intervención	Significación (P-value)
Media	0,49	1,42	
Desv. estándar	0,27	0,99	0,0001
Tamaño muestra	24	24	

FACTOR INTERVENCIÓN**AREA CONTROL**

	Antes de la Intervención	Durante la Intervención	Significación (P-value)
Media	0,68	0,49	
Desv. estándar	0,36	0,27	0,0446
Tamaño muestra	24	24	

AREA INTERVENCIÓN

	Antes de la Intervención	Durante la Intervención	Significación (P-value)
Media	0,91	1,42	
Desv. estándar	0,65	0,99	0,0409
Tamaño muestra	24	24	

Envases guía * 100000/ (Envases totales * Población ajustada)

FACTOR AREA**ANTES DE LA INTERVENCIÓN**

	Area Control	Area Intervención	Significación (P-value)
Media	17,03	16,51	
Desv. estándar	3,25	3,51	0,5992
Tamaño muestra	24	24	

DURANTE LA INTERVENCIÓN

	Area Control	Area Intervención	Significación (P-value)
Media	18,95	18,35	
Desv. estándar	3,46	4,19	0,5930
Tamaño muestra	24	24	

FACTOR INTERVENCIÓN**AREA CONTROL**

	Antes de la Intervención	Durante la Intervención	Significación (P-value)
Media	17,03	18,95	
Desv. estándar	3,25	3,46	0,0539
Tamaño muestra	24	24	

AREA INTERVENCIÓN

	Antes de la Intervención	Durante la Intervención	Significaci3n (P-value)
Media	16,51	18,35	
Desv. estandar	3,51	4,19	0,1062
Tama1o muestra	24	24	

*Importe guía * 100000/ (Importe total * Población ajustada)*

FACTOR AREA

ANTES DE LA INTERVENCIÓN

	Area Control	Area Intervención	Significación (P-value)
Media	14,37	14,02	
Desv. estándar	2,91	2,84	0,670
Tamaño muestra	24	24	

DURANTE LA INTERVENCIÓN

	Area Control	Area Intervención	Significación (P-value)
Media	14,87	15,03	
Desv. estándar	2,83	3,21	0,8618
Tamaño muestra	24	24	

FACTOR INTERVENCIÓN

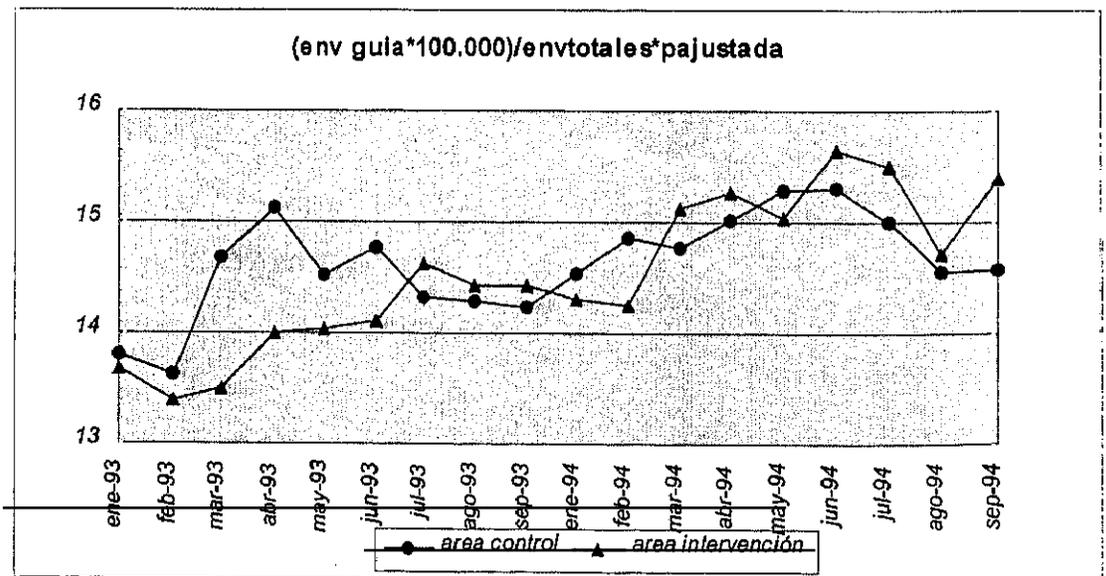
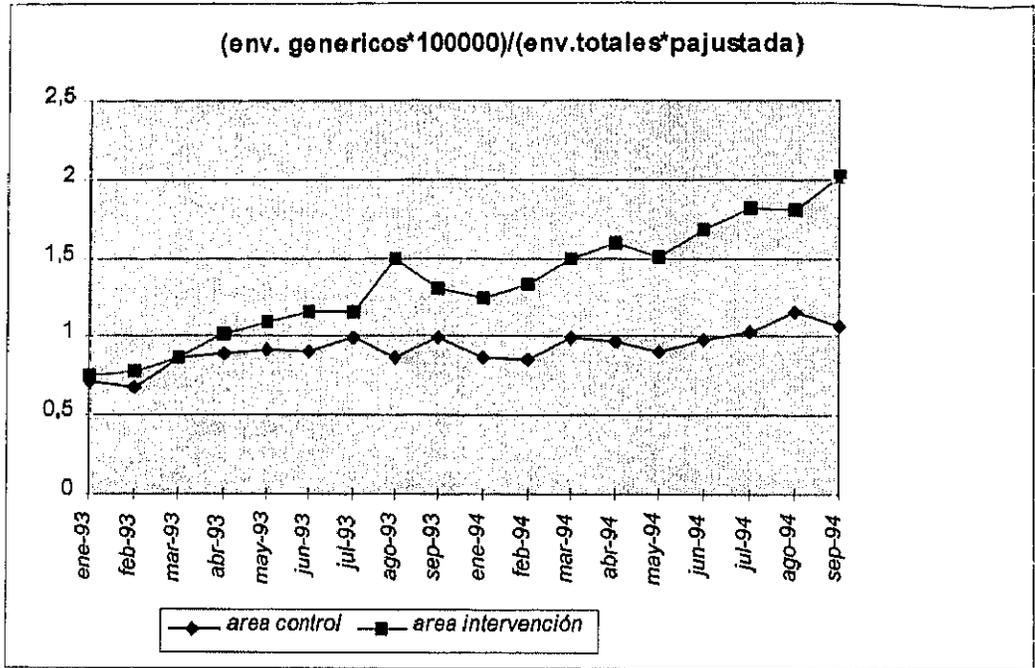
AREA CONTROL

	Antes de la Intervención	Durante la Intervención	Significación (P-value)
Media	14,37	14,87	
Desv. estándar	2,91	2,83	0,5489
Tamaño muestra	24	24	

AREA INTERVENCIÓN

	Antes de la Intervención	Durante la Intervención	Significación (P-value)
Media	14,02	15,03	
Desv. estándar	2,84	3,21	0,255
Tamaño muestra	24	24	

La media de los indicadores antes y durante la intervención en el área control y en el área intervención, para envases de genéricos y guía farmacoterapéutica son las que se reflejan en las gráficas siguientes:



Discusión

DISCUSIÓN

1. COMENTARIOS A LA METODOLOGÍA

• Al tipo de estudio:

Una evaluación puede utilizar un diseño de investigación experimental, cuasi-experimental y no experimental. En el diseño experimental se comparan los resultados en dos o más grupos aleatorios equivalentes de composición. En investigación de servicios sanitarios se suele utilizar un diseño de investigación cuasiexperimental, es decir, que se comparan también grupos de intervención y grupos testigo, pero estos grupos no se forman por asignación aleatoria sino por una de las diversas alternativas a la asignación aleatoria, midiendo las presuntas variables resultantes que ejercerán cierto control sobre la influencia de los factores de confusión (Iñesta A, 1995).

En este trabajo se ha realizado el estudio con dos grupos de población seguidos a lo largo de un mismo período de tiempo. Este diseño tiene en cuenta:

- la evolución de la variable dependiente antes de la intervención, que permite determinar si ambos se comportan de forma similar.

- la evolución de la variable dependiente después de la intervención, que permite determinar si a partir de esta ambos grupos se comportan de forma distinta.

La principal ventaja de los estudios cuasiexperimentales es que son practicables, viables, generalmente más baratos y, en cierta medida, generalizables. Su principal desventaja tiene que ver con su capacidad para hacer deducciones causales, si bien esta capacidad aumenta de acuerdo al número de controles que se incluyan en el estudio (mediciones antes de la intervención, existencia de un grupo de comparación, etc). Este estudio cuenta con un grupo de control similar al intervenido (ambas áreas son de la misma comunidad autónoma y urbanas), y se han realizado mediciones repetidas antes y durante la intervención.

En la bibliografía (Campbell TD, 1963) (Porta M, 1987) (Prieto C, 1994) se utiliza el término de *validez interna* para denotar el grado en que es posible deducir que la manipulación experimental produjo cualquier diferencia observada. En los estudios cuasiexperimentales siempre debe tenerse en cuenta los siguiente:

- La aparición de acontecimientos externos a la intervención que aparecen simultáneamente que podrían afectar a la variable dependiente.

- la selección o perjuicios derivados de diferencias entre los grupos antes de la intervención.

- la maduración o procesos que afectan a la población en el curso del estudio como resultado del tiempo y no de la intervención.

- la sensibilización preprueba o los efectos de realizar una preprueba sobre los resultados de la postprueba.

- la mortalidad o pérdida de sujetos en los grupos de comparación.

En nuestro estudio, y según los puntos anteriormente descritos, consideramos que no han existido factores externos conocidos que fueran diferentes a las dos áreas y que hayan podido confundir los resultados, influyendo en la variable dependiente. Las actuaciones adicionales en el campo del uso racional del medicamento han sido similares en las dos áreas, sin embargo, en lo referente a la guía farmacoterapéutica es de destacar que en el mes de abril se distribuyó por la Gerencia del Area control la guía farmacoterapéutica del Area de intervención a todos los equipos de su Area , enviando un ejemplar por equipo. Esto supone que en el Area control la guía farmacoterapéutica del Area intervención era conocida, pero que no se realizó ninguna actuación especial para motivar su utilización. Además, ni el grupo control ni el de intervención sabrán que estaban siendo objeto de un estudio.

En lo que se refiere a la *selección* de la muestra, los indicadores seleccionados demuestran un comportamiento similar en la prescripción tanto de genéricos como de medicamentos incluidos en la guía farmacoterapéutica antes de iniciarse la intervención, en ambos grupos -

control y grupo intervenido-, hecho que queda demostrado con el análisis estadístico utilizado que tiene en cuenta esta variabilidad.

Respecto a la *maduración* los procesos que pueden afectar a los dos grupos de población -control y de intervención- a lo largo del tiempo son similares en ambos.

En cuanto a la *sensibilización preprueba*, no se ha realizado ninguna actuación preprueba que haya podido afectar a los resultados.

La pérdida de facultativos durante el estudio ha sido similar en ambas poblaciones, y se han eliminado del análisis estadístico para realizar el análisis de los resultados.

Respecto a la *validez externa* o capacidad de la estrategia de intervención para extrapolar los resultados a otras poblaciones, podemos argumentar que los resultados obtenidos podrían ser generalizables a otros grupos de facultativos de equipos de atención primaria de la Comunidad de Madrid o de otras comunidades, debido a que en el nuevo modelo de atención primaria -EAP- la forma de trabajo es similar, es decir, en equipo multidisciplinar, en el que se encuentran profesionales de distinta formación -MIR y no MIR-, con horas semanales dedicadas a formación continua, etc. De características muy similares a las de la población elegida en nuestro estudio.

En la literatura existen publicados estudios de intervención con determinados fármacos, en los que tras determinadas actuaciones

formativas o informativas se analizan los cambios en los hábitos de prescripción, sin embargo, tal y como refleja Soumerai (Soumerai SB, 1990) pocos de estos estudios tienen un diseño adecuado que permitan establecer si los cambios encontrados son debidos a la intervención realizados. En este artículo realiza un análisis crítico de todos los estudios en lengua inglesa que describen programas diseñados para mejorar los hábitos de prescripción de los médicos de equipos de atención primaria, y destaca que sólo el 64% de los estudios cumplen los estándares mínimos de los diseños de investigación y son la base para los resultados descritos.

Los trabajos realizados para influir en la prescripción pueden ser divididos en: programas estructurales que comprenden restricciones de prescripción o influyen directamente sobre ella -formularios, protocolos, incentivos económicos-; y programas educativos, bien con material escrito -incluyendo retroalimentación pasiva-, material audiovisual y sesiones educativas en grupo o cara a cara (Iñesta A, 1995).

Los estudios para cambiar hábitos de prescripción ineficiente o las prácticas irracionales de prescripción, se han basado en una serie de intervenciones de distinto tipo, destacando la retroalimentación activa o pasiva de información, educativas, a través de sesiones clínicas o entrevistas. Con estas intervenciones se ha pretendido fomentar: la prescripción de genéricos, la prescripción de medicamentos de eficacia bien documentada; la prescripción de medicamentos incluidos en una guía farmacoterapéutica o formulario (Iñesta A, 1995).

Pocos estudios tienen un grupo control de comparación y realizan un antes-después de la intervención, como es el caso de nuestro estudio. En los artículos publicados en España en lo referente a una de las variables estudiadas en nuestro trabajo -la prescripción de genéricos- no se ha encontrado ningún estudio que evalúe el impacto de este tipo de intervención sobre la prescripción de genéricos, por lo que podría considerarse este trabajo de los primeros realizados en este campo. En lo referente a la evaluación del cumplimiento o adhesión de las prescripciones de los médicos a una guía farmacoterapéutica sólo se ha encontrado el trabajo publicado por Pérez Rodríguez (Pérez MT, 1994) en el que realizan un estudio de intervención controlado para promover una prescripción racional mediante la elaboración de una lista restringida de medicamentos en un centro de atención primaria, su implantación y la evaluación de su impacto. Para ello, evalúan la adhesión a tres grupos terapéuticos de la guía farmacoterapéutica de su área, y no el conjunto de la guía como es el caso de nuestro estudio. Además, el estudio lo restringen a un sólo centro de atención primaria y los médicos fueron informados del tipo de estudio a realizar.

• A la fuente de datos:

De prescripción:

La fuente de información elegida -el proceso FAR-90-, era la más fiable existente en el momento de realizar este estudio, y la única que nos permitía obtener datos de las dos poblaciones -control y de intervención- incluidas en el trabajo, ya que la aplicación específica de Atención

Primaria -SIFAR-, no estuvo disponible en todas las Áreas hasta el año 1994 y estaba desagregada sólo hasta subgrupos terapéuticos, no permitiendo la explotación de datos a nivel de especialidad hasta finales de ese año, lo que suponía no poder obtener datos de marcas comerciales, imprescindible para la realización de este estudio -genéricos, especialidades de la guía farmacoterapéutica-.

De población:

Se han utilizado datos de población de los registros específicos de cada centro de salud, ya que la Tarjeta Sanitaria Individual -TSI- no ha estado implantada en un porcentaje cercano al 85% hasta el año 1995 -posterior a la fecha de comienzo del estudio-. La exactitud de estos datos puede verse afectada por diferentes causas -cambios de médico, mortalidad, etc-, que hacen imposible mantener sin ningún error el listado de pacientes adscritos a cada médico o a cada centro de salud. Sin embargo, se estima que el margen de error es pequeño, ya que desde enero de 1993, en la remuneración de los médicos generales se tiene en cuenta el número de pacientes adscritos, es decir, el pago capitativo, lo que ha obligado a un mayor control sobre los pacientes asignados a cada médico y especialmente sobre los mayores de 65 años -ya que por estos se paga más-.

Hay que mencionar que, a partir de la implantación total de la TSI en todas las Areas, los datos de población serán más fiables y permitirán

conocer mejor los datos demográficos de la población atendida en los centros de salud.

Respecto a la ponderación realizada para ajustar el peso que suponen los mayores de 65 años en la prescripción, hay que destacar, que ha sido necesario realizar este ajuste por población, ya que se sabe que el número de personas de 65 años o más adscritas a cada médico influye de forma considerable tanto cuanti como cualitativamente en su prescripción y que la proporción de pensionistas asignados a cada facultativo puede variar mucho de un médico a otro (Prieto C, 1994).

El coeficiente utilizado para realizar el ajuste de población fue el mismo que se ha utilizado en trabajos anteriores (Prieto C, 1994) .

El coeficiente obtenido se aproximaba a 6 en las dos fórmulas utilizadas, ya que se tuvo en cuenta el dato de la TSI para diferenciar los pensionistas de 65 y más años de los pensionistas menores de 65 años, y la implantación de la TSI era aproximadamente de un 40% en las dos áreas lo que probablemente hizo que no se encontrasen diferencias en las estimaciones. Este dato debería revisarse si pretende realizarse el estudio cuando la implantación de la TSI sea cercana al 100% en todas las Áreas .

Este cálculo podría evitarse si cuando se realiza la grabación de la recetas se incluyeran los datos referidos a edad y sexo de los pacientes en las citas de facturación, pero por el momento, este aspecto no está contemplado en el Concierto de INSALUD y los Colegios Oficiales de Farmacéuticos.

- **A los medicamentos objeto de estudio**

Genéricos:

Los medicamentos considerados como genéricos en este estudio son los definidos en el apartado de material y métodos. Se han elegido sólo aquellos medicamentos que se consideran propios de la prescripción de médicos de atención primaria y que podían estar fácilmente disponibles en las oficinas de farmacia.

Hay que destacar que en los primeros meses de iniciar el período de intervención se encontraron problemas respecto a la disponibilidad de los medicamentos genéricos en las oficinas de farmacia debido a los siguientes motivos:

- cierta resistencia por parte de algunas oficinas de farmacia a dispensar los medicamentos comercializados bajo denominación genérica porque suponen un menor precio y por tanto una menor ganancia, teniendo en cuenta que el margen comercial es el mismo.

- inexistencia de tradición en cuanto a prescripción de genéricos entre los facultativos, son poco utilizados no existiendo stock en las oficinas de farmacia.

Los farmacéuticos tienen la capacidad de sustituir la prescripción del facultativo en los términos marcados por la Ley del Medicamento, por lo que hay que aceptar que durante los primeros meses de la intervención hay prescripciones realizadas bajo denominación genérica que nos han podido pasar desapercibidas debido a que en la oficina de farmacia se ha sustituido por otra especialidad de marca similar y en la grabación de los datos de recetas, se encuentran sólo los datos de las especialidades dispensadas.

Intencionadamente en este estudio no se realizó ninguna intervención en las oficinas de farmacia de la zona correspondiente a la población diana, para que no existiesen diferencias entre los grupos de estudio (control e intervención) y debido a que se considera que los resultados que se deducen de este trabajo serán más fácilmente extrapolables a otras áreas, ya que estos obstáculos son los que se van a encontrar en la implantación de programas similares.

Guía farmacoterapéutica:

La guía farmacoterapéutica utilizada es la elaborada en el Area 4 en el ámbito de la Atención Primaria, en la selección de los medicamentos a incluir en esta guía como se ha comentado en capítulos anteriores se han tenido en cuenta los criterios de uso racional del medicamento promovidos por la OMS -eficacia, seguridad, necesidad y coste-.

La característica principal de esta guía comparándola con el resto de las guías existentes en Atención primaria es que se realiza una selección

de marcas comerciales en función de su coste -incluyendo sólo aquellas que suponen un ahorro superior al 5%-, esto supone que se considera que los médicos se ajustan en sus prescripciones a la guía cuando prescriben la marca comercial incluida en la guía y no el principio activo de la guía.

• A los indicadores utilizados:

Respecto a los indicadores utilizados en los que se hace comparación de coste en pesetas se han utilizado pesetas corrientes ya que la inflación ha afectado a las dos poblaciones por igual en la comparación de costes antes y durante la intervención, y por este motivo, se ha considerado que no se alterarían las conclusiones del trabajo por no utilizar pesetas constantes, prefiriendo utilizar pesetas corrientes.

En cuanto a utilizar como denominador la población ajustada, en el apartado de material y métodos, y en los comentarios realizados al ajuste de la población ha quedado justificado su utilización.

En la información enviada a los facultativos comparando los datos individuales de los indicadores con un valor concreto podría haberse elegido la media de prescripción del equipo o la media de prescripción del Area, pero se descartó esta opción porque se suponía que el comportamiento que se iba a obtener tendería hacia esa media. Se optó por elegir el valor máximo a alcanzar porque así tenderían a llegar a ese máximo y se obtendrían mejores resultados.

Sólo se han elegido esos cuatro indicadores porque son los que reflejaban el impacto de la intervención que en todo momento se ha dirigido al aumento de los medicamentos genéricos incluidos en la guía farmacoterapéutica y al ajuste de todas las prescripciones a la guía.

Se consideraron pues, cuatro grupos de medicamentos:

- aquellos comercializados bajo denominación genérica.
- el resto de marcas comerciales.
- aquellos incluidos en la guía farmacoterapéutica
- el resto de medicamentos prescritos no incluidos en la guía.

Hubiese sido exhaustivo realizar este estudio utilizando indicadores de principios activos para discriminar qué tipo de genéricos o que principios activos se utilizaban de las marcas comerciales, pero el sistema de información utilizado no permite discriminar fácilmente principios activos, ya que la fuente de datos utilizada no los especifica, por ello fue necesario asumir como nivel máximo de desagregación el de especialidad.

• Al análisis estadístico:

En el análisis estadístico se ha realizado un diseño de contraste de hipótesis que analiza el factor área, antes y durante la intervención, y el factor intervención, para el área control y el área intervención mediante un análisis de la varianza -ANOVA-.

Los factores tenidos en cuenta son el factor Area y el factor intervención, antes y durante la intervención, estos factores permiten estudiar los comportamientos de los efectos señalados en ambas situaciones.

En este estudio, se han utilizado los mismos meses para analizar resultados en el período anterior a la intervención (enero-septiembre 1993) y durante la intervención (enero-septiembre 1994), para evitar que haya una influencia estacional entre ambos períodos que dificulte llegar a conclusiones válidas. Se asume por tanto que durante los 9 primeros meses del año los factores que puedan influir en el período anterior y durante la intervención serán los mismos.

El método estadístico utilizado también exige que los sujetos integrantes de ambos grupos -intervención y control- se mantengan a lo largo de todo el estudio, por lo que un criterio de exclusión ha sido el eliminar del análisis estadístico todos aquellos médicos que presentaron pérdidas de datos en alguno de los meses durante los que se desarrolló el estudio. El estudio se ha limitado a un período de 9 meses antes de la intervención y los mismos 9 meses durante la intervención, con el fin de disponer de un buen tamaño muestral. Los meses de octubre-diciembre de 1993 -período anterior a la intervención-, no se han tenido en cuenta para que los meses elegidos en los dos períodos -antes y durante la intervención- correspondan al mismo período anual y evitar así sesgos que puedan provenir de elegir distintos períodos del año.

Esta limitación sólo nos ha permitido demostrar que la intervención ha sido eficaz a medio plazo, nueve meses, sin que se haya evaluado el efecto de la intervención durante los doce meses de seguimiento -enero-diciembre 1994-.

La continuación del estudio podría demostrar una hipotética vuelta a la normalidad si no se modifica la estrategia de intervención, ya que los facultativos "se acostumbrarían" a la información recibida y dejaría de ser influenciable. Este efecto "transitorio" que podría recordar al sesgo de Hawthorne (Salvador L, 1995) que se produce en un grupo que sabe que está siendo sometido a un experimento, no parece aplicable a nuestro estudio por dos motivos: primero por no saber el grupo intervenido que es objeto de un estudio y segundo porque 9 meses es un tiempo suficientemente largo como para que la actividad de prescribir -acto habitual para un médico general- esté sometida continuamente a ese sesgo.

Además, dado que la línea de trabajo de la Dirección General del INSALUD es la de promover el uso racional de los medicamentos incluyendo entre las actuaciones recomendadas implantar guías farmacoterapéuticas en todas las Áreas de Salud, y a su vez es línea de la Dirección Provincial de INSALUD de Madrid, promocionar la utilización de genéricos, nos parecía importante determinar la eficacia de este tipo de intervenciones y la forma de llevarlas a cabo en un plazo corto de tiempo, con el fin de que las Gerencias de las Áreas puedan disponer de información suficiente que les permita planificar sus actuaciones.

• COMENTARIOS A LOS RESULTADOS

La estrategia planteada en nuestro estudio refleja que los modelos de técnicas de intervención basadas en la formación son las mejores para modificar hábitos de prescripción, y que para que sea efectiva ha de realizarse de forma repetitiva y continuada en el tiempo.

Los resultados obtenidos en relación al aumento de prescripción de medicamentos bajo denominación genérica en el grupo de intervención indican que una sesión formativa sobre un grupo de medicamentos y posterior retroalimentación de información sobre estos medicamentos en los "perfiles de prescripción" mensuales producen una modificación de la prescripción de una forma significativa.

Se demuestra que los "perfiles de prescripción" son una herramienta muy útil para monitorizar determinados indicadores de calidad y para transmitir información sobre los grupos farmacológicos en los que se desee modificar el comportamiento de los facultativos.

En relación a la prescripción de medicamentos de la guía farmacoterapéutica los resultados no han sido significativos, ya que esta necesita un proceso de aprendizaje que sólo dará beneficios medibles a medio-largo plazo. Esta evaluación es necesario repetirla al menos un año después de la implantación de la guía, ya que esto permite que la guía se haya adaptado, mediante las sucesivas actualizaciones, a la verdadera realidad de prescripción de los EAP.

Los resultados obtenidos coinciden con lo publicado por otros autores (Pérez MT, 1994) (Soumerai SB, 1989) respecto al hecho de que proporcionar información al prescriptor no asegura que ésta sea asimilada y en última instancia tenga influencia sobre los hábitos de prescripción en un plazo breve, siendo necesario diseñar estrategias formativas sobre grupos determinados de medicamentos de la guía para aumentar su utilización. Hecho demostrado con los resultados obtenidos en la prescripción de medicamentos genéricos -que forman parte de la guía farmacoterapéutica-.

Según los especialistas en marketing farmacéutico, en el proceso de emisión de un boletín o de una guía farmacoterapéutica hay que considerar también el proceso de lectura . De todos los lectores potenciales, es decir, de aquellos médicos que reciben el mensaje educacional -exposición-, hay algunos denominados lectores útiles ya que hojean el documento recibido -atención-. Otros son denominados lectores inútiles en los que habría que encuadrar aquellos prescriptores que han visto el mensaje pero no lo han leído. Y por último habría que definir al lector activo que es aquel que habiendo sido expuesto al documento, habiendo prestado atención -lectura-, ha asimilado el contenido y recuerda el mensaje cuando prescribe el fármaco -influencia en el prescriptor-.

Basándose en el éxito que desarrollan los laboratorios farmacéuticos a través de los visitantes, para introducir o aumentar la prescripción de sus productos se pueden identificar una serie de teorías y principios de comunicación y cambios de conducta que nos permiten definir la teoría y

la práctica de métodos para mejorar la toma de decisiones clínicas del médico y aumentar la calidad y coste-efectividad de la atención.

Hay que destacar, que la intervención realizada para aumentar la adhesión a la guía farmacoterapéutica ha sido muy leve, actuando por igual sobre toda la guía, y no específicamente en determinados grupos de la guía, diseñando estrategias específicas para cada subgrupo terapéutico. Aunque se ha conseguido un aumento en el número de envases prescritos incluidos en la guía, este aumento no ha podido demostrarse que sea significativamente diferente con respecto al grupo control. Esta es una diferencia con la intervención realizada en el caso de la prescripción de medicamentos bajo denominación genérica.

Al actuar sobre el grupo de medicamentos genéricos se ha observado un importante aumento de la prescripción de este grupo en el área intervenida tanto en el número de envases como en el indicador de importe. Es destacable que en el grupo control se observa como en el período de intervención hay un ligero descenso en el indicador de importe de genéricos.

Considerar la guía farmacoterapéutica como una unidad homogénea es un error debido a que cada grupo terapéutico incluido en la guía se corresponde con un patrón de prescripción distinto, por lo que es necesario para aumentar la prescripción de los medicamentos allí incluidos identificar una serie de principios de comunicación y cambios de conducta que permitan definir el método para mejorar la adhesión (Iñesta A, 1995).

Se considera, sin embargo, que es buena estrategia el introducir herramientas que promuevan el uso racional del medicamento acompañadas desde el primer momento de una evaluación periódica que sea conocida por todos los profesionales.

En el Area de Salud donde se ha realizado la intervención, estas medidas implantadas han servido para que los propios profesionales de los Equipos consideren como importantes medir sus actuaciones anualmente en el campo del uso racional del medicamento con los indicadores diseñados para este trabajo e incluirlos entre sus objetivos del contrato-programa firmado por la Gerencia.

A su vez la Gerencia, ha considerado útil la evaluación de la guía y la promoción de la prescripción bajo denominación genérica, en la racionalización terapéutica y ha extendido la medición de los indicadores a todos los médicos del Area (incluyendo modelo tradicional) desde enero de 1995.

En la revisión bibliográfica efectuada no hemos encontrado estudios que hayan sistematizado la medición de indicadores de calidad de la prescripción, ni que evaluaran cuanto tiempo deben mantenerse, en los informes de prescripción, este tipo de indicadores para ser eficaces .

Conclusión

CONCLUSIONES

1- Es posible modificar los hábitos de prescripción adaptando un sistema de retroalimentación de información sobre prescripción de medicamentos dirigido a médicos generales.

2- Es factible adaptar este sistema de retroalimentación con un mínimo de recursos y sin gran complejidad, a lo que contribuye que las fuentes de datos utilizadas se encuentran fácilmente disponibles en las Gerencias de las áreas de salud.

3- El diseño de un plan de formación dirigido al aumento de la prescripción de medicamentos comercializados bajo denominación genérica, ha demostrado relación con el aumento de la prescripción de este tipo de medicamentos.

4- El proceso de adhesión a la guía farmacoterapéutica del área es lento y sus efectos se producen a largo plazo, ya que intenta modificar las actitudes de los médicos generales en cuanto a su prescripción global.

5- Para alcanzar un aumento significativo de la prescripción de medicamentos de la guía resulta pertinente intervenir sobre subgrupos terapéuticos concretos y no considerar la guía como una unidad homogénea.

6.- Parece necesario que se realicen frecuentes recordatorios, mediante sesiones y retroalimentación con información sobre los medicamentos incluidos en la guía, siendo la evaluación del impacto una herramienta del proceso de implantación de la guía.

7- Los sistemas de formación y de retroalimentación de la información deberían ser parte de los programas de garantía de calidad. Podrían permitir, por una parte, autoevaluar la actuación de los propios facultativos y, por otra, facilitar a los gestores la planificación de actuaciones para orientar la prescripción hacia un mejor uso de los medicamentos en las áreas de salud.

Bibliografía

BIBLIOGRAFÍA

Abril F, Costas E, Artells JJ, Alonso R, Bohigas L, García A et al. Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud. Informe y recomendaciones 1991.

Alberola C. Interrelación Hospital-Asistencia Primaria en Terapéutica Clínica. Segundo curso de terapéutica aplicada. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1986.

Alberola C, Cruz E, Cruz T, Sáenz A, González A, Pérez P et al. Farmacovigilancia en Atención Primaria: experiencia en un Centro de Salud. Revista de la OFIL 1991; 1: 85-88.

Alberola C. Uso racional de medicamentos: Entre hoy y mañana. Medifam 1995; 5: 113-116.

Alfonso MT. La experiencia de la reforma del sistema sanitario británico a partir del Libro Blanco de 1989 y su posible utilidad para la racionalización del uso de medicamentos en España. Rev San Hig Púb 1994; 68: 355-360.

Alvarez F, Arcos P, Cabiedes L. La nueva atención farmacéutica: ¿Puede la intervención farmacéutica mejorar la eficiencia terapéutica?. Rev Esp Salud Pública 1995; 69: 277-282.

Anónimo. Prosereme V. Inf Ter del SNS 1991; 5(6): 162-167.

Arnau JM, Vallano A, Artigas R, Vallés JA, Agustí A, Colomé E et al. La investigación sobre la utilización de medicamentos en atención primaria en revistas nacionales. *Aten Primaria* 1991; 8:932-936.

Arnau JM. Medidas de contención del gasto farmacéutico e indicadores de calidad en el uso de los medicamentos: ¿prescribir menos o prescribir mejor?. *Aten Primaria* 1994; 13: 155-158.

Avorn J, Chen M, Hartley R. Scientific versus commercial sources of influence on the prescribing behavior of physicians. *The American Journal of Medicine* 1982; 73:4-8.

Azagra R. ¿Podemos disminuir los costes de farmacia?. *Aten Primaria* 1993; 11: 117-118.

Badía X, Sacristán JA. La evaluación económica de medicamentos: efectos en la industria farmacéutica y en la administración sanitaria. *Rev San Hig Púb* 1995a; 69: 17-27.

Badía X. La medida de la calidad de vida relacionada con la salud en la evaluación económica. En: Sacristán JA, Badía X, Rovira J, editores. *Farmacoeconomía: Evaluación económica de medicamentos*. Madrid: Editores Médicos SA, 1995b: 77-99.

Badía X. La medida de la calidad de vida relacionada con la salud en los ensayos clínicos. En: Sacristán JA, Badía X, Rovira J, editores.

Farmacoeconomía: Evaluación económica de medicamentos. Madrid: Editores Médicos SA, 1995c: 51-76.

Baos V. La formación del médico de familia para el uso racional de los medicamentos. *Aten Primaria* 1995; 16: 243-244.

Barbeira JM, García Iñesta A. Estudio de utilización de los medicamentos del grupo cardiovascular. *Inf Ter Segur Soc* 1984a; 8: 62-69.

Barbeira JM, García Iñesta A. Utilización de medicamentos en el tratamiento de la hipertensión esencial benigna en España. Año 1982. *Inf Ter Segur Soc* 1984b; 8: 117-122.

Barbeira JM, García F, Levi M. Consumo de medicamentos con cargo al INSALUD a nivel ambulatorio en el año 1983. *Inf Ter Segur Soc* 1985; 9: 140-147.

Barber N. What constitutes good prescribing?. *BMJ* 1995; 310: 923-925.

Beecham L. Government acts on gifts from drugs companies. *BMJ* 1994; 309: 292.

Bermejo MT, De Juana P, Morell A, Nistal L. Racionalización de medicamentos como actuación farmacéutica en el área de salud. *Farm Clin* 1990; 7: 234-240.

Bochner F, Martin ED, Burgess NG, Somogyi AA, Misan GMH. How can hospitals ration drugs?. BMJ 1994; 308: 901-908.

Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid. Decreto 39/1994, por el que se regulan las competencias de la Comunidad de Madrid en materia de ensayos clínicos con medicamentos. BOCAM nº 114, 16/5/94

Boletín Oficial del Estado. Ley General de Sanidad, 14/1986. BOE Núm 102, 29/4/1986

Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 271/1990, por el que se reorganiza la intervención de precios de las especialidades farmacéuticas de uso humano. BOE num 53, 2/3/1990.

Boletín Oficial del Estado. Ley del Medicamento 25/1990. BOE núm , 22/12/1990b.

Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 1274/1992, por el que se crea la Comisión Nacional para el Uso Racional de los Medicamentos. BOE núm 269; 9/11/1992.

Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 83/1993, por el que se regula la selección de los medicamentos a efectos de su financiación por el Sistema Nacional de Salud. BOE núm 43, 19/2/1993a.

Boletín Oficial del Estado. Orden Ministerial 9517/1993, por la que se desarrolla el Real Decreto 83/1993, que regula la selección de los medicamentos a efectos de su financiación por el Sistema Nacional de Salud. BOE núm 88, 13/4/1993b.

Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 561/1993, por el que se establecen los requisitos para la realización de ensayos clínicos con medicamentos. BOE núm 114, 13/5/1993c.

Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 898/1993, por el que se regula la Comisión Nacional de Evaluación de Medicamentos. BOE núm 169, 16/7/1993d.

Boletín Oficial de Estado. Orden de 23 de mayo de 1994, por la que se regulan los modelos oficiales de receta médica para la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud. BOE 31/5/1994a.

Boletín Oficial del Estado. Resolución de 20 de septiembre de 1994, de la Dirección General de Alta Inspección y Relaciones Institucionales, por la que se da publicidad al Convenio en materia de Farmacovigilancia entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y la Consejería de Salud de la Comunidad Autónoma de Madrid. BOE núm 249, 18/10/1994b.

Boletín Oficial del Estado. Orden de 19 de octubre de 1994, por la que se actualiza el importe máximo de la aportación de los beneficiarios de la Seguridad Social en la dispensación de las especialidades farmacéuticas clasificadas en los grupos o subgrupos terapéuticos incluidos en el anexo

II del Real Decreto 83/1993, de 22 de enero. BOE núm 260, 31/10/1994c.

Bonal J. Medicamentos genéricos. Noticias Farmacoterapéuticas 1993; 2: 10-12.

Bucci KK, Frey KA. A description of a pharmacotherapy curriculum in a university-based family medicine program. Ann Pharmacother 1992; 26: 991-994.

Buitrago F, Aranda JM. Responsabilidad del médico de atención primaria en el uso racional del medicamento. Aten Primaria 1995; 15: 137-138.

Calvo MJ, Puerta MC, Cruz E, Alberola C, Gómez-Salazar C. Medicamentos para la actuación de urgencia en un Centro de Salud: Protocolización de tratamientos. Rev OFIL 1991; 5: 326-329.

Campbell TD, Stanley JC. Experimental and quasiexperimental design for research. Chicago: Rand McNally Publishing co, 1963.

Castillo P. Promoción y publicidad farmacéutica: quo vadis?. Med Clin (Barc) 1992; 99: 305-309.

Catalán A, Madridejos R, Font i Póus M, Pané O, Jiménez J, Huguet M. Factores asociados a la prescripción de medicamentos. Gaceta Sanitaria 1989; 3: 497-501.

Conde J. Prólogo. En: Sacristán JA, Badía X, Rovira J, editores. Farmacoeconomía: Evaluación económica de medicamentos. Madrid: Editores Médicos SA 1995; 7-8.

Cruz JE, Alberola C, Vico MJ, Marfagón N, Herreros de Tejada A. Consultas de los médicos del área al centro de información de medicamentos del hospital. Farm Clin 1989; 6: 198-202.

Cruz E, Vico MJ, Marfagón N, Alberola C, Herreros de Tejada A. Sistemática de trabajo para la instalación de botiquines en centros de salud. Farm Clin. 1990; 7: 410-414.

Cruz JE, Alberola C, Herreros de Tejada A. Formulario de medicamentos para atención primaria: Elaboración y evaluación. Farm Clin 1991; 8(3):282-285.

Dean M. Capping drug costs. Lancet 1994; 344: 321.

Del Llano JE, Gol JM. Farmacoeconomía y regulación de medicamentos: la experiencia internacional. En: Sacristán JA, Badía X, Rovira J, editores. Farmacoeconomía: Evaluación económica de medicamentos. Madrid: Editores Médicos SA 1995a; 147-57.

Doubilet P, Weinstein M, McNeil BJ. Use and misuse of the term "cost effective" in medicine. N Engl J Med 1986; 314: 253-6.

Dowell JS, Snadden D, Dunbar JA. Changing to generic formulary: how one funholding practice reduced prescribing costs. *BMJ* 1995; 310: 505-8.

Dukes MNG. Rational use of drugs:an overview. In: Muller NF and Hekster YA, editores. Rational use of drugs. The Hague: Amsterdam Medical Press 1989; 3-18.

ESCP. Clinical Pharmacy Education and Training for Pharmacist in the EEC. Edit. European Soc of Clin Pharmacy and UKCPA. Printed by Brocacef. The Netherlands 1988.

Essex B. Practice formularies. Towards more rational prescribing. *BMJ* 1989; 298:1052.

Ferguson R, Salmond C, Maling T. The Nelson Prescribing Project. A Programmed Intervention in General Practice in New Zealand. *PharmacoEconomics* 1995; 7(6):556-61.

Fernández P, Cainzos MD. Farmacoeconomía: ¿son los medicamentos una inversión en salud rentable?. *Farm Clin* 1990a; 7: 192-198.

Fernández P. Farmacoeconomía: Metodología de los análisis de coste-efectividad y coste-beneficio. *Farm Clin*. 1990b 7; 296-305.

Fernández P. Farmacoeconomía: Estudios de calidad de vida. *Farm Clin* 1990c; 7: 380-389.

FIP. Buenas prácticas de farmacia: normas de calidad de servicios farmacéuticos. La declaración de Tokio de la Federación Internacional Farmacéutica. 1993. Ed: Organización Panamericana de la Salud.

Freemantle N, Henry D, Maynard A, Torrance G. Promoting cost effective prescribing. *BMJ* 1995; 310: 955-956.

García B, Delgado E, Hidalgo F, Areas V, Bermejo T, De Juana P. Influencia de un boletín informativo de medicamentos en la dosificación de clindamicina intravenosa. *Farm Hosp* 1994; 18(1):22-7.

García F. Uso racional de los medicamentos. *Med Clin (Barc)* 1990; 94: 628-32.

García F, Fernández P. Farmacoeconomía y regulación de medicamentos en España. En: Sacristán JA, Badía X, Rovira J, editores. *Farmacoeconomía: Evaluación económica de medicamentos*. Madrid: Editores Médicos SA 1995; 159-67.

García-Iñesta A, Barbeira JM, Herrero MO, Levi M. Consumo de tónicos y reconstituyentes, antiagregantes plaquetarios y vasodilatadores periféricos en la Seguridad Social en el año 1982. *Inf Ter Segur Soc* 1983; 7: 204-207.

García-Iñesta, A. Estudios de utilización de medicamentos en España y análisis de la situación farmacoterapéutica. Fondo de Investigaciones sanitarias de la Seguridad Social. Madrid: Mº de Sanidad y Consumo 1988.

Gehlbach SH. Improving Drug Prescribing in a Primary Care Practice. Medical Care 1984; 22(3): 193-201

Gené J, Gimbert R, Olmedilla A. Control de los tratamientos farmacológicos prolongados. En: Martín-Zurro A, Cano JF editores. Manual de Atención Primaria. Organización y pautas de actuación en la consulta. Barcelona: Doyma 1989; 537-57.

Gérvás J, Pérez M. Farmacoeconomía y medicina general. En: Sacristán JA, Badía X, Rovira J, editores. Farmacoeconomía: Evaluación económica de medicamentos. Madrid: Editores Médicos SA 1995; 185-202.

Gómez A, Lobato I. Evolución de las bases de datos de medicamentos del Ministerio de Sanidad y Consumo. Inf Ter Seg Social 1987; 11: 229.

Gomez V, Armesto J, Calvo MJ, Candas MA, Chocron L, Gómez-Martino MD et al. Indicadores de calidad en la prescripción farmacológica. Madrid: Atención Primaria Instituto Nacional de la Salud ,1993.

Gracia D. Ética y ciencias de la salud. En: Debate Sanitario: Medicina, sociedad y tecnología. Bilbao: Editorial Fundación BBV 1992.

Granados A. La evaluación de las tecnologías médicas. Med Clin (Barc) 1995; 104: 581-85.

Grant GB, Gregory DA, Van Zwanenberg TD. Development of a limited formulary for a general practice. The Lancet 1985; 1030-2.

Guerra FJ, Crespo, B. Prescripción de genéricos. Aten Primaria 1994; 13: 223-4.

Hampton JR. The end of clinical freedom. Br Med J 1983; 287:1337-8.

Harris CM. Better feedback on prescribing for general practitioners. BMJ 1994; 309:356.

Hernandez J. Estudio comparativo de los perfiles terapéuticos de generalistas agrupados según su formación (MIR/nMIR). Inf Ter Segur Soc 1989; 13(2):45-50.

Herreros de Tejada A, Alberola C, Castaño A, Cruz E, Marfagón N, Martínez C et al. Programa de Farmacia y Medicamentos para un Area de Salud. Farm Clin 1988; 5: 216-219.

Heywood P. PACT and prescribing. The Practitioner 1991a; 235:168-9.

Heywood P. PACT and audit. The Practitioner 1991b; 235:268-9.

Heywood P. PACT levels 1 and 2. The Practitioner 1991c; 235:361-3.

Heywood P. PACT levels 3 a tool for audit. The Practitioner 1991d; 235:450-1.

INSALUD. Circular 6/92. Dirección General. Procedimiento para el visado de inspección en el Instituto Nacional de la Salud de las recetas médicas del Sistema Nacional de salud, 1992.

INSALUD. Comparecencia del Ilmo. Sr. D. José Luis Temes Montes, Director General del Insalud ante la Comisión Permanente de Sanidad y Consumo del Congreso de los Diputados, para informar acerca de la Política Farmacéutica que se está desarrollando en los hospitales dependientes del Insalud. Madrid (24 de mayo) 1994.

Iñesta A, Navarro I, Anzola E, Fefer E. Utilización de medicamentos por ancianos en Argentina. Rev Esp Salud Pública 1995a; 69: 315-327.

Iñesta A. La prestación farmacéutica en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad; 1995b diciembre Documento Docente.

Iñesta A. Uso racional de los medicamentos en Atención Primaria, indicadores y estudios de intervención. Aceptada en la revista Ars Pharmaceutica 1996;37.

Iñesta A. Uso racional de los medicamentos, criterios y requisitos. Ars Pharm 1994; 35:479-84.

Iñesta A. El uso racional del medicamento en el anciano:bases y perspectivas. Libro de actas del XIV Congreso nacional de Medicina Familiar y Comunitaria; 1994 nov 23-26; Madrid: Sociedad Esp. de Med familiar y comunitaria; 1994:79-80.

Juncosa S. ¿Deben los médicos generales considerar los costes de su prescripción?. Reflexiones a partir del "White paper" y una encuesta de opinión. Gac Sanit 1992; 6: 40-44.

Laporte JR, Capella D. El consumo de medicamentos. Med Clin (Barc) 1987; 89: 244-246.

Lee JT, Sánchez LA. Interpretation of "cost effective" and soundness of economic evaluations in the pharmacy literature. Am J Hosp Pharm 1991; 48: 2622-7.

Limón C. "La financiación del medicamento en los países de la Comunidad Europea". Madrid: Instituto Nacional de la Salud, 1991.

Loewy EL. Cost should not be a factor in medical care. N Engl J Med 1980; 302: 697.

López J. Propuestas para una política racional sobre el control del gasto farmacéutico. Salud 2000 1994; 49:13-8.

López JC. Análisis de la prestación farmacéutica mediante los perfiles de prescripción. Inf Ter Sist Nac Salud 1992; 16:120-3.

Martínez J, Lorente F, De castro I. Estudio de utilización de medicamentos en un Area de Salud de Zaragoza durante 1992, según modelo de Atención Primaria. Inf Ter Sist Nac Salud 1993; 17:252-260.

Mata M, Casa J, Amat J, López MA, Antoja P, Hernández J. Indicadores de la calidad de la prescripción por patologías crónicas. Aten Primaria 1990; 7(9):564-69.

Mº Sanidad y Consumo. Estrategias de Salud para todos en el año 2000. Madrid: Edit. Dirección General de Planificación Sanitaria. Ministerio de Sanidad y Consumo, 1988.

Mº Sanidad y consumo. Programa de Uso Racional del Medicamento. Monografía técnica. Madrid: De. Ministerio de Sanidad y Consumo, 1991.

Mº Sanidad y Consumo. Sistema Español de Farmacovigilancia. Monografía técnica. Madrid: Ed. Ministerio de Sanidad y Consumo, 1989.

Mº Sanidad y Consumo. Circular 18/90 de la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios, sobre directrices para la realización de estudios de Farmacovigilancia, 1990.

Mº Sanidad y Consumo. La Farmacovigilancia en España. Monografía técnica. Madrid: Ed. Ministerio de Sanidad y Consumo, 1992.

Miralles J. El uso racional y la publicidad de medicamentos. *Farm Hosp* 1995; 19:49-50.

Mugford M, Banfield P, O'Hanlon M. Effects of feedback of information on clinical practice: a review. *BMJ* 1991; 303: 398-402.

Napal Lecumberri V. Toma de decisiones en la selección de medicamentos. *Farm Hosp* 1994; 18(1):59-64

Navarro V. Comentarios sobre el informe de la Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud o Comisión Abril Martorell. *Salud 2000* 1991;33: 7-18.

Navarro V. Sugerencias de como mejorar la calidad de la prescripción farmacéutica y disminuir el gasto farmacéutico. *Salud 2000* 1993;44: 16-17.

OMS. Comité de expertos. Uso de medicamentos esenciales (5º informe). Séptima lista de medicamentos esenciales. Serie de Informes Técnicos 825. Ginebra: Ed Organización Mundial de la Salud, 1992.

OMS: El Papel del farmacéutico en el Sistema de Atención de Salud. Informe de la reunión de la OMS. Tokio, Japón: Ed. Organización Panamericana de la Salud, 1993.

Ortún V, Rodríguez F. De la efectividad clínica a la eficiencia social. Med Clin (Barc) 1990; 95:385-8.

Pedro de Lels F. Usos y hábitos irracionales en la prescripción de medicamentos. Med Clin (Barc) 1991; 96: 357.

Pérez MT, Catalán A, Parellada N. Criterios de elaboración de un formulario de medicamentos en un área básica de salud e impacto sobre la prescripción. Aten Primaria 1994; 14: 1128-1134.

Polit DF, Hungler BP. Investigación en ciencias de la salud 3ª de. Mexico: Interamericana, 1987.

Porta M, Alvarez C, Bolumar F, Plasencia A, Velilla E. La calidad de la información clínica (1): validez. Med Clin (Barc) 1987; 89:741-747.

Prieto C. Diseño y Evaluación de un sistema de información sobre prescripción de medicamentos en atención primaria [tesis doctoral]. Madrid: Universidad Autónoma, 1994.

Prieto I, Benedí A, Díaz P. Evolución del consumo de medicamentos por pensionistas de la Seguridad Social desde 1979. *Inf Ter Segur Soc* 1989; 12: 243-252.

Prieto I, Crespo B. El consumo de medicamentos por grupos terapéuticos de 1979-1989. *Inf Ter Sist Nac Salud* 1990; 14: 278-285.

Puerta MC, Serrano LM, Calvo MJ, Alberola C. Colaboración entre el Servicio de Farmacia del Hospital 12 de Octubre y una Oficina de Farmacia del Area de Salud. *Rev OFIL* 1991; 5: 288-292.

Raisch DW. A model of methods for influencing prescribing: Part II. A review of educational methods, theories of human inference, and delineation of the model. *DICP, The Annals of Pharmacotherapy* 1990;573-42.

Rey ME, Villalbí JR. Impacto potencial de la reforma de la atención primaria sobre la prescripción farmacéutica en España: la experiencia de Ciutat Badía. *Med Clin (Barc)* 1987; 89: 141-143.

Rodríguez MJ, Alvarellos ML. Demanda de información en la Oficina de Farmacia. *Rev OFIL* 1991; 1: 293-297.

Rubio C. La regulación de los medicamentos en España. Med Clin (Barc) 1992; 98: 741-748.

Sacristan A. Análisis de la prescripción en atención primaria II; obstáculos y dificultades para una correcta prescripción. Libro de actas del XIV Congreso nacional de Medicina Familiar y Comunitaria; 1994 nov 23-26; Madrid: Sociedad Esp. de Med familiar y comunitaria; 1994:79-80.

Sacristán JA. Farmacoeconomía y evaluación económica de medicamentos. En: Sacristán JA, Badía X, Rovira J, eds. Farmacoeconomía: Evaluación económica de medicamentos. Madrid:Editores Médicos SA 1995a; 19-29.

Sacristán JA. Evaluación económica de fármacos en los ensayos clínicos. En: Sacristán JA, Badía X, Rovira J, eds. Farmacoeconomía: Evaluación económica de medicamentos. Madrid: Editores Médicos SA 1995b; 101-117.

Salvador-Carulla L, Leonseguí I. Efectos psicosociales en farmacología: ¿algo más que una anécdota?. Med Clin (Barc) 1995; 105:464-469.

Seoane EC. La farmacoeconomía en el hospital. En: Sacristán JA, Badía X, Rovira J, eds. Farmacoeconomía: Evaluación económica de medicamentos. Madrid: Editores Médicos SA 1995;169-183.

Seoane EC. La farmacoeconomía en el hospital. En: Sacristán JA, Badía X, Rovira J, eds. Farmacoeconomía: Evaluación económica de medicamentos. Madrid: Editores Médicos SA. Madrid 1995; 169-183.

Soumerai SB, Avorn J. Predictors of Physician Prescribing Change in an Educational Experiment to Improve Medication Use. Medical Care 1987; 25: 210-221.

Soumerai SB. Quality assurance for drug prescribing. Quality Assurance in Health Care 1990; 2(1):37-58

Soumerai SB. Improving Drug Prescribing in Primary Care: A critical Analysis of the Experimental Literature. The Milbank Quarterly 1989; 67(2):269-317.

Spitzer WO. Drugs as determinants of health and disease in the population. An orientation to the bridge science of pharmacoepidemiology. J Clin Epidemiol 1991; 44: 823-830.

Stern RS. Drug promotion for an unlabeled indication. The case of topical tretinoin. N Engl J Med 1994; 331: 1348-1349.

Tonks A. GP's prescribing is irrational, says Audit Commission. BMJ 1994; 308: 675.

Toranzo I, García LM, Bagan M. Utilización continuada de medicamentos: estudio sobre el consumidor. Med Clin (Barc) 1987; 89: 235-239.

Turabián JL. Prescripciones crónicas: el balance adecuado entre el "mal tratamiento" y el "buen servicio". Atención Primaria 1992; 9: 61-62.

Viana A, Iñesta A. Uso racional del medicamento. Rev San Hig Pub 1993; 67: 325-327.

Walley T, Wilson R, Bligh J. Current Prescribing in Primary Care in the UK. Effects of the Indicative Prescribing scheme and GP Fundholding. PharmacoEconomics 1995; 7(4):320-31.

Williams A. Health economics: the end to clinical freedom?. BMJ 1988; 297: 1183-1186.

WHO. The Role and Functions of Community and Hospital Pharmacist in the Health Care Systems in Europe. WHO Regional Office for Europe. Lunde I and Dukes G Edit. STYX Publications. Groningen. 1989.

Anexos

Anexo 1

Listado de Genéricos

CADU DE MEDICAMENTOS GENERICOS INCLUIDOS EN LA GUIA FARMACOTERAPEUTICA DEL AREA 4**IPO A: APARATO DIGESTIVO**

		<u>Página de la Guía</u>
ETIDINA	C. EFARMES, C. INEXFA	A1
IPERIDONA	D. GAMIR	A2
IOTIDINA	F. RATIOPHARM	A1
ERAMIDA	L. RIMAFAR, L. INKEY	A3

IPO B: SANGRE

DO FOLICO	AC. FOLICO ASPOL	B1
-----------	------------------	----

IPO C: CARDIOVASCULAR

NOLOL	A. RATIOPHARM	C3
OXINA	D. BOEHRINGER	C1

IPO D: DERMATOLOGICOS

ONAZOL	M. LASA	D1
--------	---------	----

IPO G: GENITOURINARIOS

FLOXACINA	N. INKEY	G3
-----------	----------	----

IPO H: HORMONAS

INISONA	P. ALONGA	H1
---------	-----------	----

IPO J: ANTIINFECCIOSOS

LOVIR	A. ALONGA	J5
NTADINA	A. LLORENTE	J5
XICILINA	AMOXIGOBENS	J1
LEXINA	C. ANTIBIÓTICOS, C. LAFSA	J2
ROMICINA	ERITROGOBENS	J2

IPO M: LOCOMOTOR

OFENAC	D. LLORENS	M1
OFENO	I. HUBBER, I. ROVI	M1
PROFENO	K. RATIOPHARM	M1

IPO N: SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

PROMAZINA	C. BAMA	N3
EPAM	D. PRODES	N4
JKIMIDA	E. FAES	N2
PERIDOL	HALOPERIDOL	N3
CETAMOL	P. HUBBER	N1

IPO R: RESPIRATORIO

MIZOL	A. ALONGA	R3
JTAMOL	S. ALDO UNION	R1
LINA	T. ARISTEGUI RETARD	R2
INADINA	T. NORMON	R3

Anexo 2

Guía Farmacoterapéutica

GUÍA FARMACOTERAPÉUTICA DEL ÁREA 4.

1ª Edición, diciembre 1993.



**INSALUD
ÁREA 4 ATENCIÓN PRIMARIA
MADRID**

SUMARIO

INTRODUCCIÓN

MANEJO DE LA GUÍA FARMACOTERAPEÚTICA

AUTORES

ABREVIATURAS

GRUPOS TERAPEÚTICOS Y SU ANEXO:

— GRUPO A: APARATO DIGESTIVO Y METABOLISMO

ANEXO: Duración de acción de las insulinas y su origen

— GRUPO B: SANGRE Y ÓRGANOS HEMATOPOYÉTICOS

ANEXO: Interacciones farmacológicas de los anticoagulantes orales

— GRUPO C: APARATO CARDIOVASCULAR

ANEXO: Dosificación de los fármacos antihipertensivos

— GRUPO D: DERMATOLÓGICOS

ANEXO: Propiedades e indicaciones de los vehículos dermatológicos
Potencia de los corticoides tópicos

— GRUPO G: PREPARADOS GENITOURINARIOS Y HORMONAS SEXUALES

ANEXO: Interacciones farmacológicas de los anticonceptivos orales

— GRUPO H: PREPARADOS HORMONALES SISTÉMICOS EXCLUIDAS HORMONAS SEXUALES

ANEXO: Potencia y dosis de los glucocorticoides

— GRUPO J: ANTIINFECCIOSOS POR VÍA GENERAL

ANEXO: Elección de tratamiento antibiótico según el tipo de infección

SUMARIO

— GRUPO M: APARATO LOCOMOTOR

ANEXO: Dosificación y potencia de los AINES

— GRUPO N: SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

ANEXO: Farmacocinética y dosis ansiolítica de las benzodiazepinas y antidepresivos
Dosificación de los antidepresivos
Efectos adversos de los antipsicóticos

— GRUPO P: ANTIPARASITARIOS

ANEXO: Tratamiento de las infecciones por protozoos y helmintos

— GRUPO R: APARATO RESPIRATORIO

ANEXO: Dispositivos para broncodilatadores

— GRUPO S: ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS

ANEXO: Colirios para inducir mieliasis y cicloplejia

APÉNDICES:

1. DOSIFICACIÓN DE MEDICAMENTOS EN PEDIATRÍA
2. INTERACCIONES DE LOS MEDICAMENTOS CON LOS ALIMENTOS
3. INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS
4. USO DE FÁRMACOS EN EMBARAZO Y LACTANCIA
5. USO DE FÁRMACOS EN INSUFICIENCIA RENAL
6. APÓSITOS, GASAS, ANTISÉPTICOS Y DESINFECTANTES
7. PRODUCTOS FARMACÉUTICOS SOMETIDOS A VISADO DE INSPECCIÓN
8. FARMACOVIGILANCIA: NOTIFICACIÓN DE REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS

ÍNDICE ALFABÉTICO DE PRINCIPIOS ACTIVOS Y ESPECIALIDADES

LISTADO DE PRINCIPIOS ACTIVOS INCLUIDOS EN LA GUÍA FARMACOLÓGICA DEL ÁREA 4 • MADRID • ACTUALIZACIÓN AÑO 1995

A

ACARBOSA- Glucobay, Glumida
ACENOCUMAROL- Sintrom
ACETILSALICILATO DE LISINA-
Aspegic, ASL, Normon, Inyes-
prin

ACETILSALICILICO- ADIRO,
(AAS)

ACICLOVIR- A. Alonga, Cusiviral,
Maynar, Virmen, Zovirax

AL-MG HIDROXIDO- Maalox

ALMAGATO- Almax

ALOPURINOL- Zyloric

ALPRAZOLAM- Frankimazin

AMANTADINA- A. Llorente

AMINOFILINA- Eufilina

AMIODARONA- A. Bereng Intafe

AMITRIPTILINA- Tryptizol

AMOXI+CLAVULANICO- Amoxi-
plus, Augmentine, Bigpen,

Burmicln, Clavepen, Clavius,

Clavucl, Clavumox, Duonase,

Eupeclanix, Inmupen, Keiso-
pen, Pangamox, Ultramosil

AMOXICILINA- AmoxiGobens,
(AmoxiMedical), (Damoxicil)

ASTEMIZOL- Alermizol, A. Ra-
tiopharm, A. Alonga, Esmac-

cen, Hismanal, Histaminos,

Hubermizol, Paralergin, Reto-
len, Rimbol, Simprox

ATENOLOL- A. Ratiopharm, (Blo-
kium), (Tenormin)

B

BECLOMETASONA- Beclio As-
ma, Beclio Rino

BETAMETASONA- B. Dibios, Ce-
lestone, Sclane

BEZAFIBRATO- Difaterol, Eulitop

BIPERIDENO- Akinetón

BISMUTO COLOIDAL- Gastrode-
nol, Lacertral

BROMAZEPAM- Lexatín

BROMOCRIPTINA- Lactixmine,
Parlodol

BUDESONIDO- Neo Rinactivo,

Olfex, Pulmicort

BUTILESCOPOLAMINA- Busca-
pina

C

CALCIO, CARBONATO- Calcium
Sandoz Forte, Mastical

CALCITONINA DE SALMON-
Bionocalcin, C. Almirall, C. El-
mu, C. Hubber, C. Zambon,

Calogen, Calcinar, Miacacic,
Oseototal, Sical, Tonocaltin,
Ucecal.

CALCITONINA HUMANA- Ciba-
calcin

CAPTOPRIL- Tensoprel

CARBAMAZEPINA- Tegretol

CEFAZOL- Ceclor

CEFALEXINA- C. Antibiotico, C.
Lafsa

CEFONICIDA- Monocld, Uniclo

CEFUROXIMA, AXETILO- Niva-
dor, Selan, Zinnat

CETIRIZINA- Alerlisin, Virlix, Vol-
tric, Zyrtec

CIMETIDINA- C. Efarmes, C.
Inexfa

CIPROFLOXACINO- Belmacina,
Catex, Estecina

CLARITROMICINA- Bremon, Kla-
cid, Kofron

CLEBOPRIDA- Clanzol, (Cleboril),
Vuxolin

CLINDAMICINA- Clinwas, (Dala-
cin)

CLOMETIAZOL- Distraneurine

CLOMIPRAMINA- Anafranil

CLORAZEPATO DIPOTASICO-
Nansius, (Tranxilium)

CLOROQUINA- C. Llorente

CLORPROMAZINA- Largactil

CLORTALIDONA- Higrotona

CLOXACILINA- Anaclosil, (Orbe-
nin)

CODEINA- Codeisan, Perduretas,

Codeina, Solcodein

COLCHICINA- C. Houde, Colchi-
max

COLESTIPOL- Colestid

COLESTIRAMINA- Lismol, Resin-
colestiramina

CROMOCLICATO- C. Frumtos,
C. Fisons, Frenal, Intal, Nebu-
lasma

CROTAMITON- Euraxil

D

DEFLAZACORT- Dezacor, Zama-
ne

DEXAMETASONA- D. Alonga,
(Artrosone), (Solone), (Forte-
cortin), (Decadran)

DEXCLORFENIRAMINA- Polara-
mino

DIAZEPAN- Calmaven, (D. Pro-
des), (Stesolid), (Valium)

DICLOFENACO- D. Llorens

DIETILCARBAMIZINA- Filarcidan

DIGOXINA- D. Boehringer, Lana-
cordin

DIHIDROCODEINA- Contugesic

DIHIDROERGOTAMINA- Dihy-
dergot, Tenuatina

DILTIAZEM- Clauden, (Anigio-
drox), (Cardiser), (Carreldon),
(Clovendian), (Dilacian), (Diliti-
was), (Doctis), (Lacerol)

DOMPERIDONA- D. Gamir, (Nau-
zelin)

DOXICICLINA- Dosil, Doxicrisol,
Doxinate

E

ENALAPRIL- E. Ratiopharm

ERGOTAMINA- Cafergot, Hemi-
cranial

ERITROMICINA, ESTOLATO-
Eritroveinte, Neolloticina

ERITROMICINA, ETILSUCCINA-
TO- Eritrogobens, E. Estedi,

(Pantomicina)

ESPIRAMICINA- Rovamycine

ESPIRONOLACTONA- Aldactone

ESTAMBUTOL- Inagen, Cidam-
butol, Myambutol

ETOSUXIMIDA- E. Faes, Simatin

F

FAMOTIDINA- F. Ratiopharm

FENITOINA- Neosidantoina,
(Epanutin)

FENOBARBITAL- Gardenal, Lu-
minal, Luminaletas

FENOFIBRATO- Liparison, Seca-
lip

FLUCONAZOL- Lavisa, Loitín,
Nesporac

FLUOXETINA- Adofen, Prozac,
Renouron

FLUVOXAMINA- Dumirox

FÓLICO, AC.- A. F. Aspol, Acfol

FOSFOMICINA- Monofoscin, Mo-
nurool

FUROSEMIDA- Diurolasa, (Segu-
ril)

G

GEMFIBROZIL- Bolutol, Decre-
lip, G. Doma, G. Sat, Grasul,

Litarek, Lopid, Taborcil, Trial-
min

GLIBENCLAMIDA- Glucolón,
Norglicem

GLICLACIDA- Diamicrón

GLIPIZIDA- Glibenese

GLIQUIDONA- Glurenor

H

HALOPERIDOL- Haloperidol

HIDRALAZINA- Hydrapes

HIDROCL+AMILORIDE- Ameride

HIDROCLOROTIAZIDA- Esidrex,
Hidrosaluretil

HIDROXIZINA- Atarax

HIERRO II, SULFATO- Fero Gradumet, Glutaferro, Tardiferon
HIERRO II, ASCORBATO- Ferro Semar
HIERRO III, SORBITEX- Yectofo

L

IBUPROFENO- Dalsy, I. Hubber, (Neobrufen)
IMIPRAMINA- Tofranil
INDAPAMIDA- Extur, Tertensif
INDOMETACINA- Artrinovo, I. Liade, (Inacid)
IPRATROPIO, BROMURO- Atrivent, Disneasmon, Narilet, Rinoberen
ISONIAZIDA- Cemidon, Pyreacid, Rimifon
ISONIAZIDA+RIFAMPICINA- Rifacida, Rifinah, Rimactacid
ISONIAZIDA+RIFAMPICINA+PIRAZINAMIDA- Rifater
ISOSORBIDA, DINITRATO- Iso Lacer, Isordil, Maycor
ISOSORBIDA, MONONITRATO- Coronur, Edistol, Indur Durules, Ismo, Isonitriil, Olicard, Pancardiol, Percorina, Pertil, Uniket
ITRACONAZOL- Canadiol, Hongoseril, Sporanox

K

KETOCONAZOL- K. Ratiopharm, (Fungarest), (Ketoisdin), (Panfungol)
KETOPROFENO- K. Ratiopharm, Reumoquin
KETOTIFENO- Globofil, Zasten

L

LACTULOSA- L. Juventus, L. Llorente, (Duphalac)
LACTITOL- Emportal, (Oponaf)
LEVODOPA+BENSERAZIDA- Madopar
LEVODOPA+CARBIDOPA- Sine-met
LEVOTIROXINA- Dexnon, Le-

vothroid, Thyrax
LOPERAMIDA- L. Belmac, L. Inkey
LORATADINA- Civerán, Clarityne, Optimin, Velodán
LORAZEPAN- Donlx, (Idalprem)
LORMETAZEPAN- Sedobrina, (Loramet)
LOVASTATINA- Lipoftren, Mevacor, Nergadan, Taucor

M

MAGALDRATO- Bemolán, Minotón
MAPROTILINA- Ludionil
MEBENDAZOL- Sufil
MEBEVERINA- Duspatalin
MECLOFENAMICO- Meclomen
MEQUITAZINA- Mircol
MESALAZINA- Claversal, Lixacol
METADONA- Metasedin, Sedo Ripide
METAMIZOL- Neo Melubrina, (Nolotil)
METFORMINA- Glucophage
METILDOPA- Aldomet
METILPREDNISOLONA- Depo-moderin, Urbason
METOCLOPRAMIDA- Metaglid, (Primperan)
METOPROLOL- Lopresor, Selo-ken
METRONIDAZOL- Flagyl, Tricowas B
MINOCICLINA- Minocin
MORFINA- Oblioser, MST Continus, Sevredol

N

NAPROXENO- N. Ratiopharm, (Naprosyn)
NEDOCROMILO- Brionil, Cetimil, Ildor, Tilad
NIFEDIPINO- N. Ratiopharm, (Adalat), (Dilcor)
NITROFURANTOINA- Furantoina
NITROGLICERINA- Colenitral, Solinitrina
NERFLOXACINA- Amicrobin, Baccidal, Esclevin, Espeden,

Nalion, N. Inkey, Noroxin, Senro, Uroctal, Vicnas

O

OFLOXACINA- Surnox, Tarivid
OMEPRAZOL- Ulceral
OPRENOLOL- Trasicor

P

PARACETAMOL- Apiretal, Auxidor, Dolgesic, Dolostop, Duorol, Efferalgan, Febrectal, Gelocatil, Marecs, Melabon, P. Hubber, P. Winthrop, Pediaprin, Termalgin
PARACETAMOL+CODEINA- Dolgesic codeina, (Termalgin codeina)
PAROMOMICINA- Humatín
PENICILINA, FENOXIM- Bendralan, Penilevel oral
PIPEMIDICO, AC.- Nuril
PIRANTEL- Lombriareu, Trilombrin
PIRAZINAMIDA- P. Prodes
PIRIMETAMINA- Daraprim
PIROXICAM- P. Ratiopharm, P. Reig Jofre, P. Smaller
POTASIO, ASCORBATO- Bci K.
PLANTAGO OVATA- Cenat, Plantaben
PRAZOSINA- Miniprés
PREDNISONA- P. Alonga, Dacortin
PROPRANOLOL- Sumial

R

RANITIDINA- Coralen, Quantor, Ranidin, Ranilonga, Ranix, Ranuber, Tanidina, Terposen, Zantac
RIFAMPICINA- R. Cepa

S

SALBUTAMOL- Buto Asma, (Ventolin)
SALMETEROL- Beglan, Betamican, Inaspir, Serevent

SIMVASTATINA- Colemin, Pantok, Zocor
SUCRALFATO- Gastral
SULFASALAZINA- Salazopyrina
SULINDAC- Sulindal
SULPIRIDA- Digton, Dogmatil, Guastil, Levopride, Neoride, Psicocen, Tepavil

T

TEOFILINA- Chantaline, Godafilin, Piridasmin, T. Aristegui, Theoplus, Unilong, Vent-Retard
TERBUTALINA- Tedipulmo, Terbasmin
TERFENADINA- Cyater, Rapidal, T. Normon, Triludan
TETRABAMATO- Sevrium, Chantaline, Godafilin, Piridasmin, T. Aristegui, Theoplus, Unilong, Vent-Retard
TETRAZEPAM- Myolastan
TIABENDAZOL- Triasox
TIAPRIDA- Tiaprizal
TINIDAZOL- Tricolam
TIORIDAZINA- Meleril
TRAZODONA- Deprax
TRIAMTERENO- Urocaudal
TRIHEXIFENDILO- Artane
TRIMETOPRIM+SULFAMETOXAZOL- Bactifor, Seprin

V

VALPROICO, AC.- Depakine
VEERAPAMILO- Maridon

Anexo 3

Sesión sobre medicamentos genéricos

MEDICAMENTOS GENERICOS

INDICE

¿QUE ES UN GENERICO?

CONDICIONES QUE DEBE CUMPLIR

¿HAY DIFERENCIAS CON LOS DE MARCA?

¿SON SEGUROS?

¿TIENEN LOS MISMOS CONTROLES DE CALIDAD QUE LOS DE MARCA?

¿CADA MTO DE MARCA TIENE UN EQUIVALENTE GENERICO?

¿POR QUÉ CUESTAN MENOS LOS GENERICOS?

¿QUE GENERICOS HAY COMERCIALIZADOS EN ESPAÑA?

¿QUE ES UN GENERICO?

Medicamentos identificados por su DCI.

Se comercializan después de que la patente del mismo medicamento de marca ha expirado.

Tiene la misma composición química activa y son bioequivalentes.

- EQUIVALENTES QUIMICOS: Dos o más productos que contienen la misma cantidad y el mismo ingrediente activo en la misma dosificación
- BIOEQUIVALENTES: Son equivalentes químicos que administrados al mismo individuo normal y sano tendrá el mismo grado de absorción, igual nivel en plasma y el mismo porcentaje de excreción.
- EQUIVALENTES CLINICOS O TERAPEUTICOS: Son equivalentes químicos que cuando se administran a pacientes con la misma enfermedad producen esencialmente los mismos efectos clínicos, como curar o controlar los síntomas.

CONDICIONES PARA SER GENERICO

1. Patente de producto caducada.
 2. Precio inferior comparado con el de marca.
 3. Prescripción y venta bajo DCI.
 4. Cumple los estándares normativos en cuanto a calidad, presentación y prospecto.
-

¿HAY DIFERENCIAS GENERICO-MARCA?

Principios activos son los mismos

Equivalentes quimicos

Se ha demostrado su seguridad y efectividad

Son fabricados bajo normas de BPF

Excipientes: está permitido que sean diferentes siempre que no afecten a la seguridad o eficacia.

SEGURIDAD

No existen datos que demuestren que los genericos, como una clase de medicamentos, tengan efectos adversos atribuidos a ellos y que sean distintos de los que se asocian a los de marca equivalentes.

¿CUMPLEN LOS MISMOS CRITERIOS
DE CALIDAD QUE LOS DE MARCA?

SI

¿CADA MTO DE MARCA TIENE SU EQUIVALENTE GENERICO?

NO

Nº Especialidades

Genericos: 502 (aproximadamente 76 principios activos)

Total: 13.000

¿POR QUE LOS GENERICOS SON MAS BARATOS?

Genericos son 1/2 ó 2/3 partes mas baratos que los de marca

RAZONES:

- Menos gasto en publicidad, promoción, marketing, investigación y desarrollo
 - Menor margen de beneficio
 - Varios proveedores de genéricos.

Razones a favor y en contra del uso de medicamentos genéricos

A favor de los genéricos

- El genérico normalmente indica la clase química a que pertenece el medicamento.
- El uso de un solo nombre para un medicamento reduce las posibilidades de confusión. Protege de la prescripción simultánea del mismo medicamento.
- La enseñanza pre y posgraduada se hace casi universalmente en nombre genérico.
- Los farmacéuticos pueden reducir su stock al evitar repeticiones del mismo medicamento.
- El costo medio de los genéricos es inferior a los productos de marca.

En contra de los genéricos

- Las marcas suelen tener un nombre más sencillo y fácil de recordar y pronunciar que los genéricos.
- La calidad de los genéricos se ha dicho que es inferior a los medicamentos de marca.
- La diferente presentación de los distintos preparados sean de marca o genéricos difieren a menudo en tamaño, color, sabor, etc.
- Los excipientes pueden diferir entre los productos de marca y sus diferentes genéricos.
- Los proveedores de genéricos son a veces difíciles de localizar después de la dispensación.

PRINCIPIO ACTIVO: ENALAPRIL

GENERICOS

ENALAPRIL RATIOPHARM

MARCAS

ACETENSIL, BARIPRIL, BITENSIL, CLIPTO, CONTROLVAS, CRINOREN, DABONAL, DITENSOR, RISTALEN, HIPOARTEL, NACOR, -NAPRILENE, NEOTENSIL, PRESSITAN, RECA, RENITEC, RISTALEN.

FORMA FARMACEUTICA	PVP MARCA	PVP GENERICO	AHORRO AL UTILIZAR EL GENERICO envase	coste/tto dia
20mg 28 comp	3.693	2.955	738	25
5mg 10 comp	367	293	74	7
5mg 60 comp	2.204	11.764	440	7

DICIEMBRE 1993 DR..x
MEDICAMENTOS MARCA/GENERICOS

Durante el mes de diciembre Vd. ha prescrito:

<u>Envases</u>	<u>Especialidad</u>	<u>Importe total</u>
12	Renitec 20mg 28comp	44.316 ptas
10	Acetensil 20mg 28comp	36.930 ptas

Total: 22 envases 81.246 ptas

Si hubiese utilizado el generico de esta marca el ahorro hubiese sido el siguiente:

<u>Envases</u>	<u>Especialidad</u>	<u>Importe total</u>
22	Enalaprilato Ratiopharm 20mg 28 comp	65.010 ptas

AHORRRO..... 16.236 PTAS/MES

Anexo 4

Informe de prescripción

INFORMACION SOBRE LA PRESCRIPCION

Dr/a .
Centro: .

ENERO 1994

A. INFORMACIÓN CUANTITATIVA

1.- El coste de sus prescripciones durante este mes es de:

Total	1856291	pts.
Activos	272337	pts.
Pensionistas	1583954	pts.

2. El consumo de envases prescritos es el siguiente:

Total	1416	envases
Activos	227	envases
Pensionistas	1189	envases

3. El número de recetas utilizadas durante este mes es de:

Total	1351	recetas
Activos	219	recetas
Pensionistas	1132	recetas

ANEXO 1

En el anexo se incluye información sobre:

- Gasto por receta (de activos y de pensionistas)
- Gasto por persona (activa y pensionista)
- N^o de recetas prescritas por persona (activa y pensionista)

En la tabla aparecen en cada apartado anterior tres columnas:

- La columna denominada "médico" contiene datos de su prescripción.
- En la columna denominada "centro" aparecen los datos de la prescripción media de su centro.
- La columna denominada "% desviación" da información sobre su situación con respecto al resto de los médicos de su centro. Cuando el dato que aparece en esta columna es con signo negativo, significa que se encuentra por debajo de la media de su centro en un "X %", y cuando no aparece ningún signo significa que está por encima de la media del centro.

INDICADORES CUANTITATIVOS

Nº Colegiado: ██████████
 Centro: CASTILLO DE UCLES

Dr/a: ██████████ ██████████ ██████████
 Tipo de medico: MEDICINA GENERAL E.A.P.

INDICADOR	MEDICO	CENTRO	% DESVIACION RESPECTO AL CENTRO	AREA	% DESVIACIÓN RESPECTO AL AREA	
Gasto por Receta (Ptas)	Activos	1224	1422	- 13,92	1428	- 14,28
	Pensionistas	1331	1418	- 6,13	1438	- 7,44
Gasto por persona (Ptas)	Activos	481	486	- 1,02	561	- 14,26
	Pensionistas	2365	2874	- 17,71	3176	- 25,53
Recetas por Persona	Activos	,393	,342	14,98	,393	,13
	Pensionistas	1,776	2,026	- 12,35	2,208	- 19,54

La información que aparece bajo la denominación "MEDICO" es el indicador correspondiente adaptado a la población que Vd. tiene según datos de tarjeta sanitaria. En la columna de "CENTRO" se refiere a la media de los médicos generales de su centro. El "%DESV/CENTRO" y "%DESV/AREA", se corresponde con su desviación respecto al centro o al Area. Cuando aparece con un signo negativo significa que en ese indicador está por debajo de la media en ese porcentaje. Cuando no aparece ningún signo, significa que está por encima de la media.

Nº colegiado: [REDACTED]

Dr/a: [REDACTED]

Centro: CASTILLO DE UCLES

Anexo 2a: Información cualitativa

Relación de los 10 subgrupos más prescritos por Vd. durante este mes ordenados por número de envases.

SUBGRUPO TERAPÉUTICO (Código y descripción)	ENVASES
N02B OTROS ANALGESICOS ANTIPIRETICOS	150
N05B TRANQUILIZANTES	80
A02A1 ANTIACIDOS SOLOS	57
M01A1 ANTIINFLAMA., ANTIRREUMATICOS NO ESTEROIDES S	51
R06A ANTIHISTAMINICOS SISTEMICOS	39
C01D2 ANTAGONISTAS DEL CALCIO	39
M02A ANTIINFLAMA., ANTIRREUMATICOS TOPICOS	36
A02B1 ANTAGONISTAS H2	29
C02E HIPOTEN. DE ACCION SOBRE EL SISTEMA RENINA-AN	27
C04A VASODILATADORES PERIFERICOS	26

Nº Colegiado: [REDACTED]

Dr/a: [REDACTED]

Centro: CASTILLO DE UCLES

Anexo 2b: Información cualitativa

Relación de los 10 subgrupos más prescritos por Vd. durante este mes ordenados por importe (ptas.)

SUBGRUPO TERAPÉUTICO (Código y descripción)	IMPORTE
C02E HIPOTEN. DE ACCION SOBRE EL SISTEMA RENINA-AN	83.067
C01D2 ANTAGONISTAS DEL CALCIO	78.051
A02B1 ANTAGONISTAS H2	72.255
23C06 ABSORBENTE INC ORINA SUP-NOC ANAT	63.360
B04A PREPARADOS HIPOLIPEMIANTE/ ANTIATEROMATOSOS	60.665
V03B ANTIDOTOS, QUELANTES, RESINAS	59.619
R03A1 BRONCODILATADORES, OTROS ANTIASMATICOS POR IN	51.024
R06A ANTIHISTAMINICOS SISTEMICOS	50.330
N04A ANTIPARKINSONIANOS	45.859
C04A VASODILATADORES PERIFERICOS	45.431

INDICADORES DE CALIDAD

Con los perfiles farmacoterapéuticos se pretende conocer la calidad de la prescripción, para ello se han elaborado una serie de indicadores cualitativos que son los que aparecen en el Anexo 3 del presente informe. La descripción de cada uno de ellos es la siguiente:

UTILIDAD TERAPEUTICA BAJA (UTB)

Son aquellos medicamentos que hasta el momento no han demostrado su eficacia terapéutica. Con estos medicamentos agrupados en subgrupos terapéuticos se ha diseñado un indicador común de calidad de prescripción. Este indicador es la suma de los medicamentos de utilidad terapéutica baja frente al total de los fármacos prescritos. El valor ideal de este indicador sería 0, cuanto más cerca del 0 se encuentre este valor se considerará como prescripción de mejor calidad.

El indicador UTB incluye la suma de los envases de los siguientes subgrupos:

- 1.- UTB1: Medicamentos de escaso valor intrínseco por falta de evidencia demostrada de sus principios activos tanto monofármacos como asociaciones. En general, se dispone de muy poca bibliografía que avale su uso y sin embargo, son de amplia utilización.

Dentro de este grupo, se encuentran los siguientes subgrupos terapéuticos:

- C04A Vasodilatadores periféricos y N06D Neurotónicos
- J07B Vacunas anticatarrales
- C05B Protectores capilares y C05C Terapia antivaricosa
- M02A AINES tópicos
- R05C2 Expectorantes y mucolíticos.

- 2.- UTB2: Asociaciones que contienen uno o varios principios activos de eficacia reconocida y cuya prescripción no es aconsejable.

- A03D Antiespasmódicos y anticolinérgicos gastrointestinales asociados con analgésicos.
- A03E Antiespasmódicos y anticolinérgicos gastrointestinales asociados con otras sustancias.
- C02F1 Alcaloides de la Rauwolfia asociados con diuréticos.
- C03D2 Diuréticos asociados con otras sustancias excluidos C02F (hipotensores y diuréticos en asociación) y C07B (betabloqueantes asociados con sustancias).
- D06C Antibióticos asociados a sulfamidas tópicos.
- D07B1 Corticosteroides tópicos asociados con antibióticos
- D07B2 Corticosteroides tópicos asociados con antimicóticos.
- D07B3 Corticosteroides tópicos asociados con antibióticos y antimicóticos.
- D07B4 Corticosteroides tópicos asociados con otras sustancias.
- G03E Andrógenos asociados con hormonas femeninas.
- G04A2 Antisépticos y antiinfecciosos urinarios en asociación.
- H02B Corticosteroides sistémicos asociados con otros.
- J01K1 Antibióticos asociados entre sí.
- M01A2 AINES asociados con otros.
- M01B AINES asociados con corticosteroides.
- M03B2 Miorrelajantes de acción central asociados con otros.
- N05C4 Hipnóticos y sedantes en asociación
- N06C Psicolépticos asociados con psicoanalépticos
- R03B Antiasmáticos asociados con otros.
- R05C1 Antiinfecciosos con expectorantes mucolíticos
- S02C Corticoides asociados con antiinfecciosos de administración ótica.
- S01C Corticoides asociados con antiinfecciosos de administración oftálmica.

Anexo 3: Indicadores de calidad

Centro: CASTILLO DE UCLES

Nº Colegiado: [REDACTED]

Nombre: [REDACTED]

DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR	VALOR	UNIDAD
UTILIDAD TERAPÉUTICA BAJA:		
UTB TOTAL / CONSUMO TOTAL	,093	ENVASES
UTB(pensionistas)/CONSUMO (pensionistas)	,110	ENVASES
UTB TOTAL / POBLACIÓN TOTAL	,082	ENV/PER
UTB(pensionistas)/CONSUMO (pensionistas)	,199	ENV/PER
CONSUMO DE ANTIHIPERTENSIVOS DE SEGUNDA ELECCIÓN:		
(IECAS+Antagonistas del calcio)/Total antihipertensivos	,625	ENVASES
CONSUMO DE CALCITONINAS		
H04 (pensionistas)/Población pensionista	,000	GTO/PER

ANÁLISIS CUALITATIVO DE PRESCRIPCIÓN

- PORCENTAJE DE SU PRESCRIPCIÓN QUE CORRESPONDE A MEDICAMENTOS
LA GUÍA FARMACOTERAPÉUTICA:

33,12 %

- PORCENTAJE DE SU PRESCRIPCIÓN QUE CORRESPONDE A MEDICAMENTOS
GENÉRICOS:

2,33 %

- PORCENTAJE DE MEDICAMENTOS PRESCRITOS POR VD. COMO MEDICAMENTO DE MARCA
QUE PODRÍA HABER PRESCRITO BAJO DENOMINACIÓN GENÉRICA:

16,53 %

Anexo 5

*Gráficas enviadas
con los informes*

INFORMACION SOBRE LA PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS DE LA GUIA FARMACOTERAPÉUTICA Y GENERICOS

PORCENTAJE DE PRESCRIPCIÓN DE GENERICOS

En la siguiente gráfica se representa el porcentaje de su prescripción de genericos frente al estandar óptimo que se podría prescribir según los genéricos comercializados en la actualidad.

Para elegir el estandar se ha tenido en cuenta la media de prescripción de genéricos (en número de envases) de los médicos de EAP del Area más la media de prescripción de medicamentos que tienen alternativa genérica (en número de envases) y por tanto podrían haber sido utilizados bajo denominación genérica.

Este dato supone que el valor óptimo de la prescripción de genéricos debería estar en el 22%

PORCENTAJE DE PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS DE LA GUIA FARMACOTERAPEUTICA DEL AREA

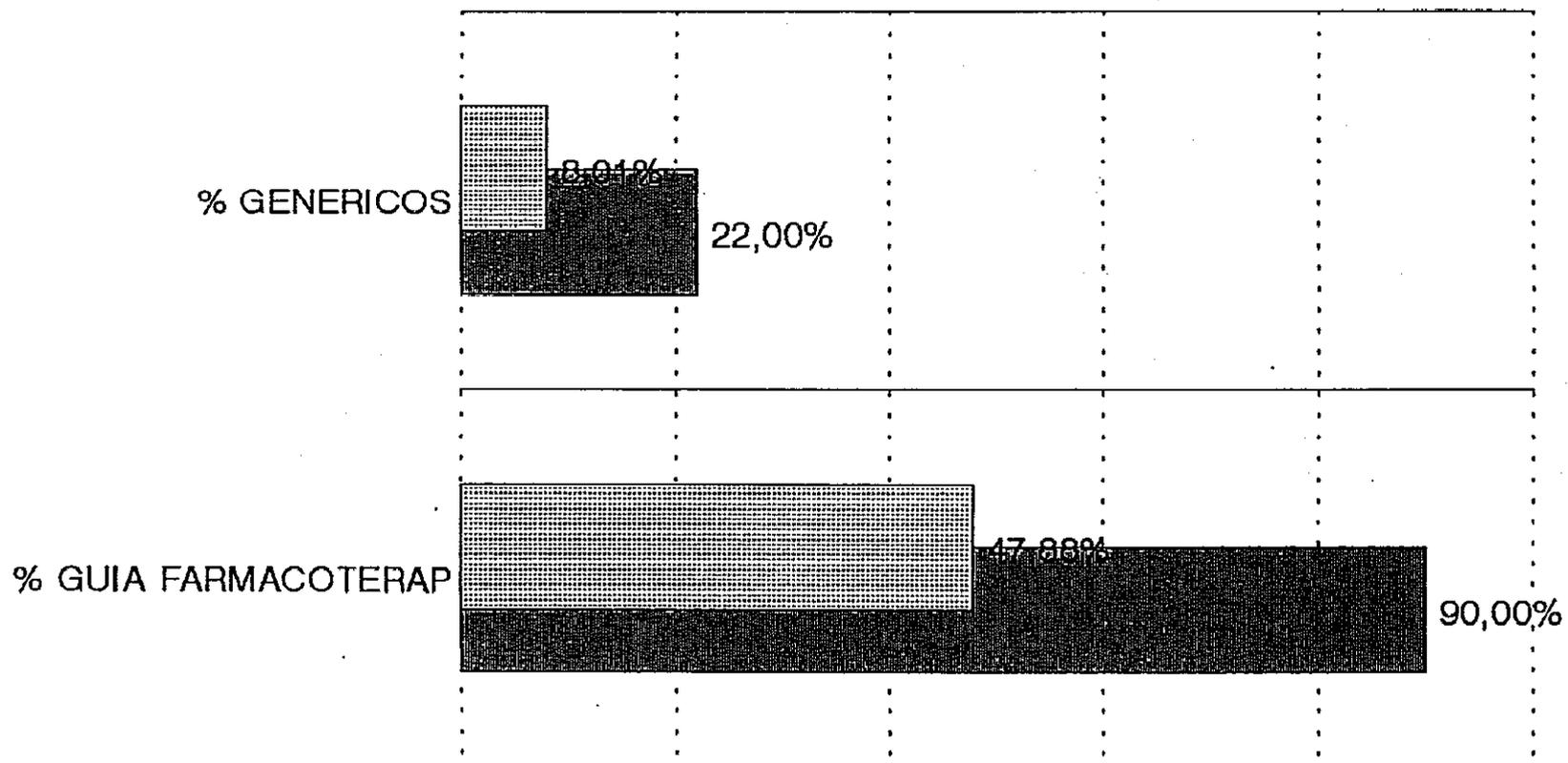
En la segunda serie de la gráfica se representa el porcentaje que suponen los medicamentos de la guía farmacoterapéutica en el total de su prescripción frente al estandar óptimo.

El estandar se ha fijado en un 90%, ya que se estima que con los medicamentos seleccionados en la guía farmacoterapéutica se puede cubrir la práctica totalidad de las patologías que se atienden en la consulta de Atención Primaria. Se estima también que un 10% de la prescripción del médico de Atención Primaria es debida a medicamentos derivados de atención especializada.

INDICADORES CUALITATIVOS

Dr

Julio 1994



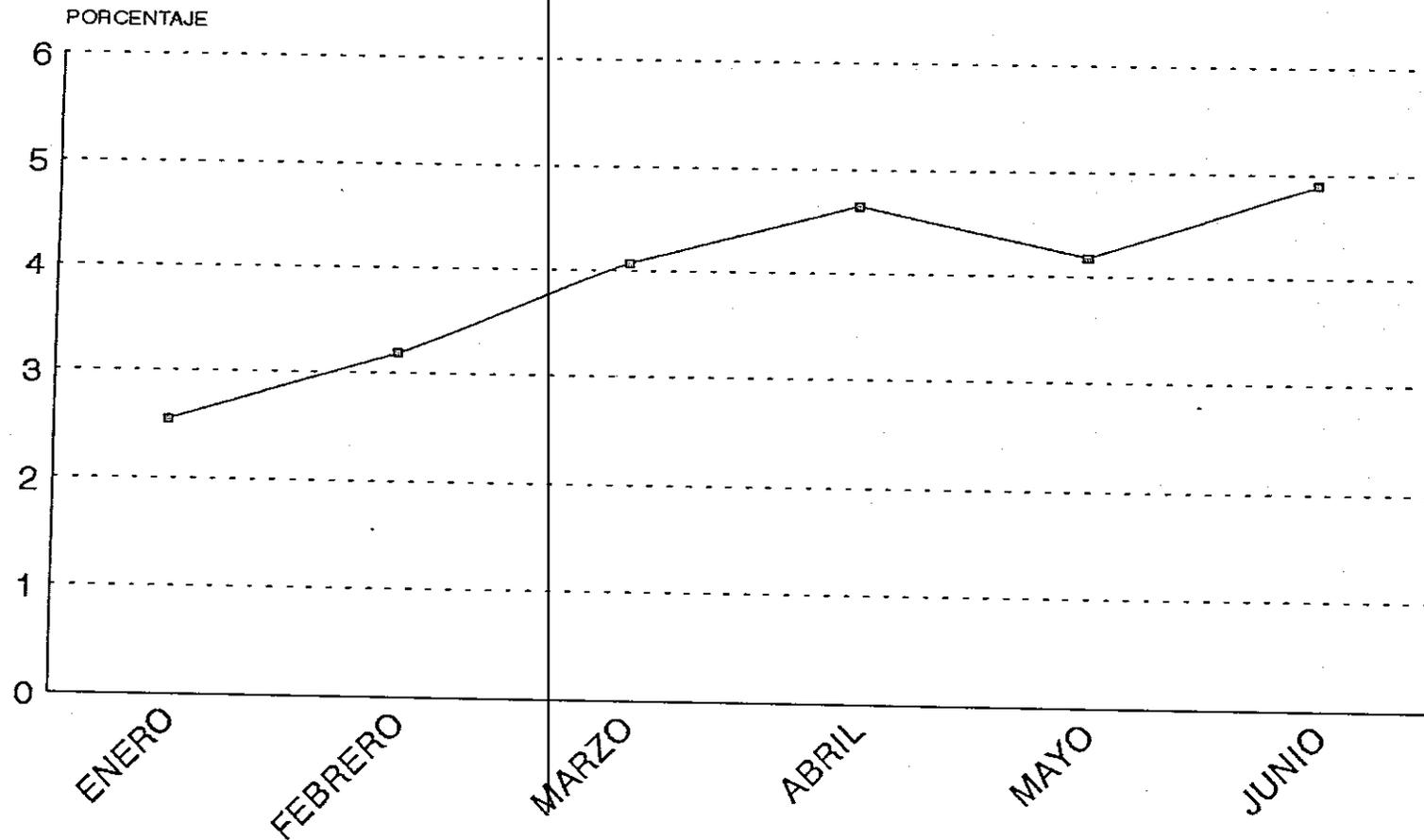
	% GENERICOS	% GUIA FARMACOT.
CUMPLIMIENTO	8,01%	47,88%
ESTANDAR	22,00%	90,00%

 CUMPLIMIENTO
  ESTANDAR

En esta gráfica se representa el % de prescripción de genéricos y de medicamentos de la guía farmacoterapéutica del Área, frente a los valores ÓPTIMOS que se podrían prescribir.

EVOLUCIÓN DE SU PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS GENERICOS

Dr. Enero-Junio 1994

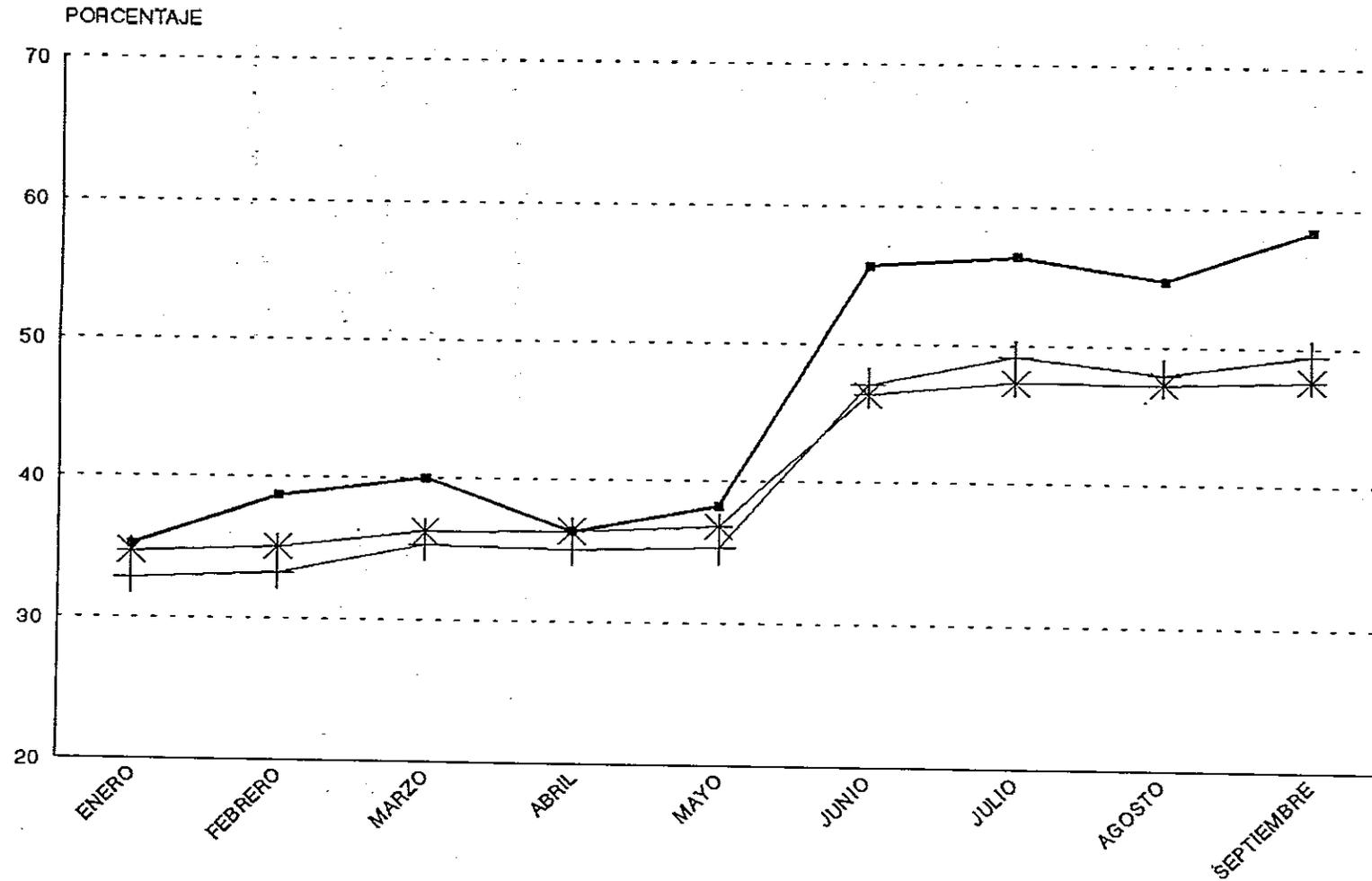


% GENERICOS	2,55	3,19	4,07	4,64	4,18	4,89
-------------	------	------	------	------	------	------

□ % GENERICOS

EVOLUCION DE LA PRESCRIPCION DE MEDICAMENTOS GUIA FARMACOTERAPEUTICA

DR. Chocron Enero-Septiembre 1994



Dr Chocron	■	35,19	38,68	40,02	36,35	38,24	55,62	56,29	54,73	58,9
MEDIA CENTRO	+	32,8	33,20778	35,27556	35,05333	35,26889	47,13	49,17111	47,98222	49,40667
MEDIA AREA	✱	34,67	35,06	36,24	36,35	36,82	46,35	47,31	47,28	47,61

Presidentes:

Dr. ANGEL M. VILLAR DE ERICIA

Reunido, en el día de hoy, el Tribunal que al

merced se expresa, para juzgar esta tesis doctoral,
por UNANIMIDAD la calificarla

Vocales:

Dr. JOSÉ M. PLÁ DE FINA

con APTO CUM LAUDE

Dr. FRANCISCO HONZALEZ SANZ

Madrid, 12 de DICIEMBRE de 1986

Dr. LON LEPIDON PRIETO YERRO

El Secretario del Tribunal

Secretario:

Dr. ALBERTO HERRERA DE TERANA

