

Evaluación, mejora y monitorización de la prescripción de medicamentos genéricos

J.J. López-Picazo Ferrer^a, J.A. Sanz Moreno^b, J.M. Bernal Montañés^c y J.F. Sánchez Ruiz^d

Objetivo. Evaluar y mejorar la prescripción de medicamentos genéricos por los médicos de familia de una gerencia de atención primaria (GAP) mediante un programa de intervención.

Diseño. Estudio de intervención no controlado, basado en la metodología de evaluación y mejora de la calidad. Seleccionamos un indicador capaz de ser construido con los datos disponibles (cinta de facturación), eligiendo la proporción de genéricos prescritos sobre el total de envases en que existe alternativa genérica (PPEFG). Evaluamos, diseñamos una intervención para mejorar, reevaluamos y monitorizamos.

Emplazamiento. Cuarenta y cinco EAP de la GAP de Murcia.

Participantes. Un total de 339 médicos de familia.

Intervenciones. Realizadas durante 15 meses, fueron: remisión de informe mensual personalizado mostrando la evolución del PPEFG mediante gráficos de desarrollo; edición y entrega personalizada semestral de una tarjeta con los medicamentos genéricos disponibles y sus presentaciones; realización de 1-3 sesiones/EAP, e inclusión de un objetivo en PPEFG explícito e incentivado en los contratos de gestión.

Mediciones y resultados principales. El PPEFG preintervención fue del 2,79% y el postintervención de un 17,63%. La mejora absoluta es del 14,84% y la relativa de un 15,27%. Se ha monitorizado y analizado la variabilidad mediante gráficos de control. No se detecta variabilidad significativa en las fases pre y postintervención y sí (hacia la mejora) durante la intervención.

Conclusiones. Ha mejorado la prescripción de genéricos medida en PPEFG. Las técnicas de control estadístico de la calidad aplicadas son útiles en la evaluación y seguimiento de la intervención e imprescindibles para monitorizar, detectar precozmente oportunidades de mejora y actuar en consecuencia.

Palabras clave: Genéricos. Calidad. Atención primaria. Utilización de medicamentos.

EVALUATING, IMPROVING AND MONITORING GENERIC DRUG PRESCRIPTION

Objective. To evaluate and improve generic drug prescription by family physicians in a regional primary care district with a specially-designed intervention.

Design. Uncontrolled study of an intervention, based quality evaluation and improvement methods. We selected an indicator that could be constructed with the available data (monthly reports of prescriptions dispensed through the public national health system) and determined the proportion of prescriptions for generic drugs to the total number of prescriptions dispensed, for those medications that had a generic alternative (percentage of generic prescriptions, PGP). After these data were evaluated, an intervention was implemented to increase generic prescriptions. Prescribing behavior was again evaluated and monitored at the end of the intervention period.

Setting. Forty-five primary care teams in the Murcia (Southeast Spain) regional primary care district.

Participants. A total of 339 family physicians.

Interventions. During 15 months, individual reports of prescribing practices, in which changes over time were graphed, were sent to each participating prescriber. Each semester the physicians received a personal letter and a specially-printed, updated card showing the generic medications available and their pharmaceutical forms. One to three face-to-face clinical outreach sessions were held with each primary care team. Specific prescribing goals for the PGP were set and incentives to attain the goals were included in the terms of the contract for clinical services signed between the regional office of primary care management and each primary care team.

Main outcome measures. The PGP increased from a pre-intervention rate of 2.7% to a post-intervention rate of 17.63%. Absolute improvement was therefore 14.84%, and relative improvement was 15.27%. Variability was monitored and analyzed with control charts. There was no significant variability within the pre- and post-intervention phases, whereas variability increased significantly (indicating improvement) during the intervention phase.

Conclusions. The increase in PGP showed that prescribing for generic preparations improved. Statistical quality control tests were useful in evaluating and tracking the results of the intervention, and were indispensable for monitoring and promptly detecting opportunities to improve prescribing behavior and take appropriate measures.

Key words: Generic. Quality. Primary care. Use of medications.

English version available at

www.atencionprimaria.com/46.500

A este artículo sigue un comentario editorial (pág. 405)

Unidades de Calidad, Farmacia e Informática. Gerencia de Atención Primaria de Murcia. INSALUD.

^aDoctor en Medicina. Especialista en Medicina de Familia.

^bLicenciado en Farmacia. Especialista en Farmacia Hospitalaria.

^cDoctor en Farmacia. Especialista en Farmacia Hospitalaria.

^dIngeniero informático. Profesor asociado de la Universidad de Murcia.

Correspondencia:
Julio J. López-Picazo Ferrer.
Gerencia de Atención Primaria de Murcia.
C/ Escultor Sánchez Lozano, 7, 2.º.
30005 Murcia.

Correo electrónico:
jlopezpicazo@gapmu91.insalud.es

Manuscrito aceptado para su publicación el 12-XI-01.

Introducción

La prescripción de medicamentos constituye un proceso de toma de decisiones que el médico ha de llevar a cabo con gran frecuencia¹ y es una de las causas más importantes de consumo de recursos en el Sistema Nacional de Salud². Su abordaje, sujeto a gran variabilidad, no es sencillo^{3,4} ya que reúne aspectos no sólo de efectividad, sino también de eficiencia y de las necesidades y expectativas del paciente⁵.

Según la Organización Mundial de la Salud, la evaluación continuada de las prescripciones debería ser una práctica habitual para garantizar la calidad de los tratamientos y controlar el riesgo iatrogénico⁶. El uso de medicamentos cumple además las tres características sugeridas para seleccionar aspectos sobre los que dirigir actividades de evaluación y monitorización (alta frecuencia, alto riesgo y tendencia a presentar problemas)⁷. Su abordaje puede efectuarse desde una triple perspectiva, que Saturno⁸ denomina racionalidad farmacológica (eficacia y efectividad de los medicamentos), económica (eficiencia y optimización de su utilidad) y estructural. Su análisis sistemático se convierte por ello en una necesidad para mejorar el uso de los medicamentos⁹.

Sin embargo, este enfoque (mediciones de lo que se hace más actuaciones para hacerlo mejor) no es el más conocido. En nuestro país la Administración ofrece información sobre todo cuantitativa y orientada al control del gasto¹⁰, aunque adopta cada vez más un enfoque cualitativo^{11,12} (consciente quizá de que una mejor prescripción comporta, a la larga, un menor gasto¹³). El aporte de esta información no parece ser suficiente por sí solo para mejorar. Así, la Organización Mundial de Médicos de Familia (WONCA) define 5 pasos que deben seguirse para producir y mantener una mejora en el uso de medicamentos¹⁴. El presente estudio nace con el objetivo de evaluar y mejorar la prescripción de los médicos de familia (MF) adscritos a una Gerencia de Atención Primaria (GAP), mediante un programa de intervención.

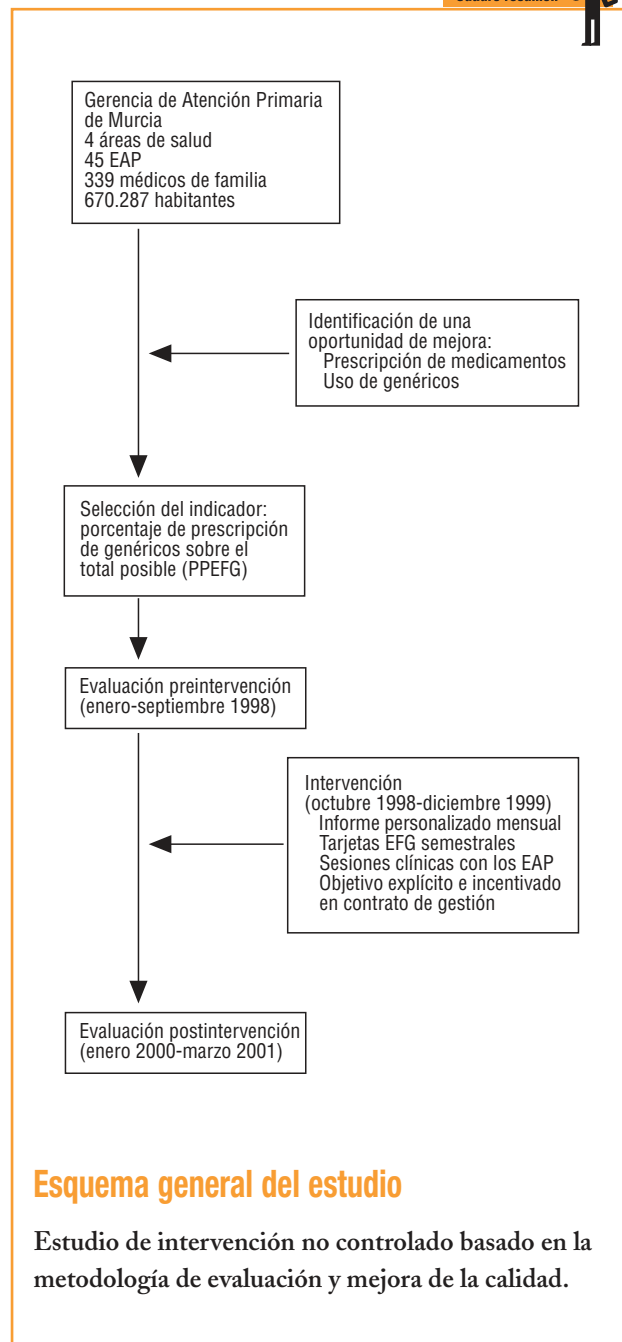
Material y métodos

La GAP de Murcia abarca 4 de las 6 áreas de salud de la Región de Murcia. En 1998, inicio del estudio, cuenta con 339 MF, que atienden a 670.287 habitantes en 45 equipos de atención primaria (EAP).

Elección del indicador

Los datos sobre prescripción de que dispone la GAP son los de la cinta de facturación mensual que remite el Colegio Oficial de Farmacéuticos. En ella se recogen los medicamentos prescritos, financiados y retirados de las oficinas de farmacia identificando al médico, pero no al paciente objeto de la prescripción. De entre los que podemos construir, el indicador que hemos decidido seleccionar es la proporción de envases de medicamentos genéricos prescritos en un mes sobre el total de envases prescritos en los que existe alternativa de prescripción con formato genérico ese mes, expresada en porcentaje (PPEFG). Entendemos como medicamento genérico todo aquél que se ha comercializado con el nombre de la denominación común internacional más el

Material y métodos Cuadro resumen



nombre del laboratorio fabricante, y que ha demostrado la equivalencia terapéutica con la especialidad de referencia mediante los correspondientes estudios a un menor precio que ésta (en España posee las siglas EFG: especialidad farmacéutica genérica)¹⁵.

Desarrollo de la intervención

A partir de octubre de 1998, y hasta marzo de 2000, la GAP diseñó una intervención para facilitar la mejora, consistente en:

1. Remisión de un informe mensual personalizado a todos y cada uno de los MF, en donde se les informaba de su valor de

**TABLA
1****Número de envases analizados y porcentaje de prescripción de genéricos sobre total posible (PPEFG) por mes. Media y desviación estándar (DE) del PPEFG en las 3 fases del estudio**

Etapa	Mes	Envases facturados		PPEFG	
			Mensual	Media	DE
Preintervención					
	Enero 1998	866.672	1,77		
	Febrero 1998	798.987	2,62		
	Marzo 1998	829.810	3,13		
	Abril 1998	780.539	3,46		
	Mayo 1998	800.073	4,09	3,12	0,88
	Junio 1998	774.525	3,98		
	Julio 1998	745.685	4,22		
	Agosto 1998	677.975	2,26		
	Septiembre 1998	755.547	2,52		
Intervención					
	Octubre 1998	788.122	6,05		
	Noviembre 1998	681.272	6,05		
	Diciembre 1998	703.090	7,77		
	Enero 1999	873.344	7,28		
	Febrero 1999	880.018	8,21		
	Marzo 1999	847.465	9,36		
	Abril 1999	847.298	10,22		
	Mayo 1999	832.117	13,45	11,9	4,34
	Junio 1999	758.674	13,42		
	Julio 1999	768.638	13,83		
	Agosto 1999	668.042	13,80		
	Septiembre 1999	807.867	15,14		
	Octubre 1999	836.734	17,17		
	Noviembre 1999	790.240	18,06		
	Diciembre 1999	829.339	18,67		
Postintervención					
	Enero 2000	964.860	16,54		
	Febrero 2000	870.026	16,50		
	Marzo 2000	874.383	19,00		
	Abril 2000	794.971	17,57		
	Mayo 2000	861.630	16,20		
	Junio 2000	844.479	18,82		
	Julio 2000	853.306	20,91		
	Agosto 2000	670.257	19,03	20,25	3,82
	Septiembre 2000	896.530	16,35		
	Octubre 2000	890.840	20,41		
	Noviembre 2000	986.740	20,75		
	Diciembre 2000	900.588	27,97		
	Enero 2001	980.640	21,34		
	Febrero 2001	918.352	26,88		
	Marzo 2001	1.035.132	25,45		

PPEFG y su evolución desde enero de 1998 mediante un gráfico de desarrollo. Además, se ofreció idéntica información referida a su EAP y al total de la GAP. No se eliminó la remisión de datos sobre gasto farmacéutico.

2. Confección de una tarjeta con los medicamentos EFG disponibles y sus presentaciones, ordenados por ámbito de aplicación (antiinfecciosos, neuropsiquiatría, cardiovascular, digestivo, analgésicos y antiinflamatorios, miscelánea) y alfabético. La tarjeta se

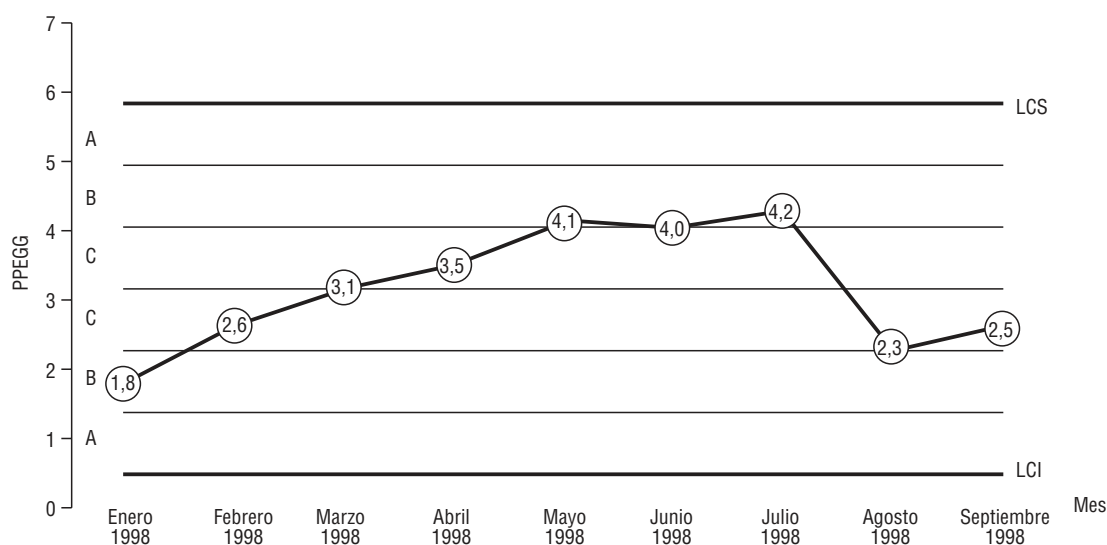


FIGURA 1

Gráfico de control del porcentaje de prescripción de genéricos sobre el total posible (PPEFG) en la fase de preintervención. LCS: línea de control superior, y LCI: línea de control inferior.

reeditó cada 6 meses para adaptarla a las nuevas comercializaciones, que eran resaltadas. Se entregó, acompañada de una carta personalizada del gerente, a todos los MF de la GAP y a todos los facultativos contratados de forma eventual. Su diseño intenta ser atractivo: cartón de alto gramaje, plastificado, colores que diferencian los campos y dimensiones apropiadas (165 x 100 mm) para llevar en el bolsillo de la bata o adaptar a la funda del emisor de etiquetas informatizadas para recetas (TAIR).

3. Realización de sesiones clínicas en la totalidad de los EAP por la unidad de farmacia de la GAP (1-3 por EAP; moda, 2). Son convocadas por el responsable de calidad del EAP y realizadas en horario laboral. En ellas se comenta el informe enviado sobre genéricos y las mejores alternativas de prescripción.

4. Inclusión de un objetivo explícito en PPEFG para el año 1999 (12,0%) y el año 2000 (20,0%) en el contrato de gestión clinicoasistencial que se suscribe entre la GAP y cada uno de los EAP. Este contrato se ratifica mediante la firma de cada facultativo e implica, de alcanzarse sus objetivos, la percepción de incentivos económicos de hasta 1.502,56 euros (250.000 pts.) por profesional. Su cuantía se concreta para cada EAP según los objetivos cubiertos por éste, entre los que figuran, además del PPEFG, las coberturas en cartera de servicios, el cumplimiento presupuestario en sustituciones, gasto farmacéutico, accesibilidad y tiempos de espera, encuesta de satisfacción, etc. Los perciben los profesionales que suscribieron el contrato, mediante unos criterios de reparto consensuados en cada EAP y ratificados por la GAP.

Evaluación de la efectividad

La efectividad de la intervención se ha valorado mediante dos vías: por un lado, se ha estimado la mejora conseguida midiendo la diferencia absoluta y relativa entre el PPEFG observado durante los 3 meses inmediatamente anteriores a la intervención (julio a septiembre de 1998) y los 3 meses inmediatamente posteriores

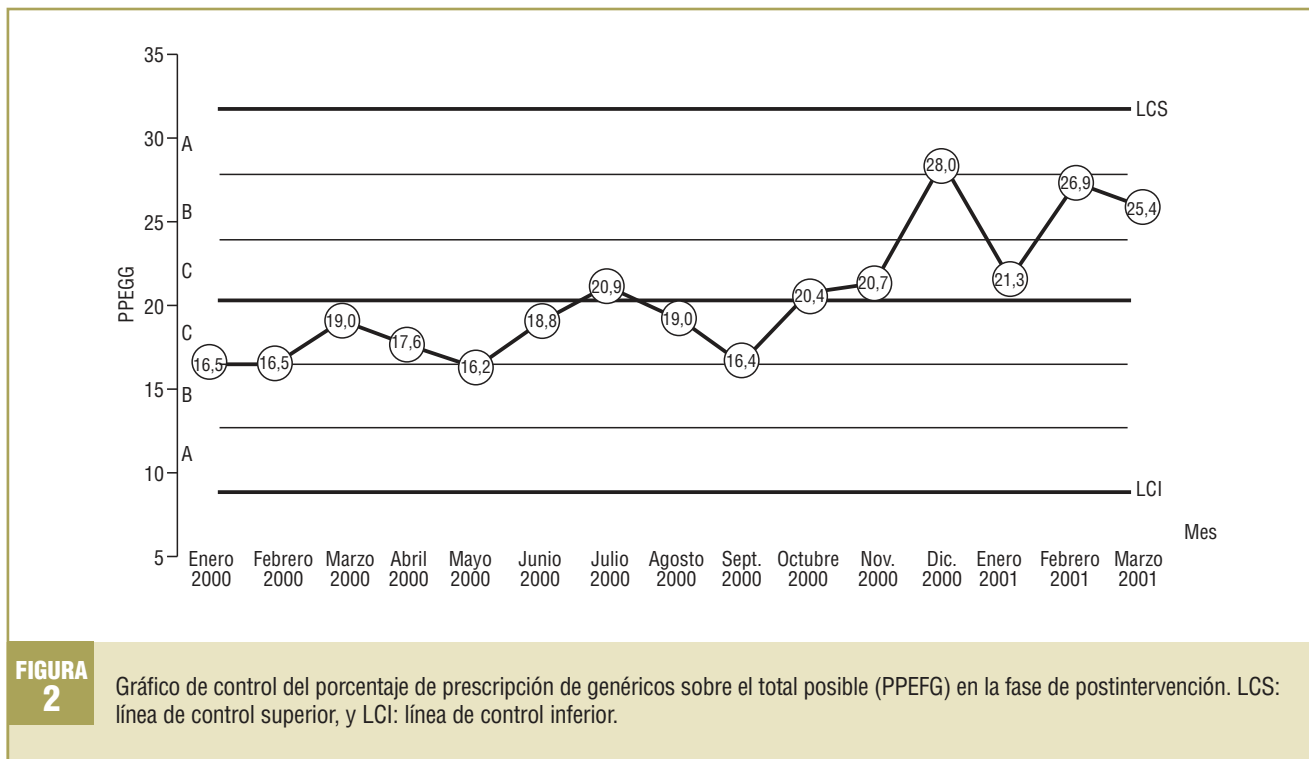
(enero a marzo de 2000). Para el cálculo de la mejora relativa, se ha referido la mejora absoluta al espacio de mejora posible.

Por otro, se ha monitorizado el PPEFG utilizando técnicas de control estadístico de la calidad¹⁶. Éstas consisten esencialmente en monitorizar, mediante un análisis gráfico, la variabilidad del indicador medido para decidir si éste se comporta o no de una manera estable, mediante un esquema similar a las pruebas de contraste de hipótesis tradicionales. La hipótesis nula contempla la estabilidad del indicador y la alternativa su variabilidad, identificada de forma visual al analizar la morfología del gráfico construido. Nosotros hemos monitorizado el PPEFG mediante gráficos de control¹⁷. En ellos se representa su evolución alrededor del promedio y unos límites de control situados a ± 3 desviaciones estándar (DE), que supone un riesgo de error $\alpha < 0,01$. Definimos además 3 zonas situadas por encima y debajo del promedio (A, B y C) delimitadas por los valores de ± 1 DE, ± 2 DE y ± 3 DE, para facilitar la aplicación de patrones de distribución del indicador sugestivos de variabilidad y aumentar la sensibilidad del gráfico. Los patrones contemplados son los propuestos por Kume¹⁷ y Farnum¹⁸, y adaptados por Saturno¹⁶.

La misma técnica se ha aplicado para comprobar la estabilidad del indicador antes y después de la intervención. Para el análisis preintervención se han utilizado los valores de PPEFG desde enero hasta septiembre de 1998. Para el análisis postintervención, los del año 2000 y 2001 (de enero de 2000 a marzo de 2001).

Resultados

Se ha analizado la prescripción de la totalidad de los MF de la GAP: 24.466.872 envases de medicamentos, lo que supone una media de 827.816 envases/mes (máximo, 1.035.132; mínimo, 668.042; DE, 86.904).



El PPEFG preintervención fue del 2,79% y el postintervención del 17,63%. La mejora absoluta conseguida por la intervención ha sido del 14,84%, y la relativa del 15,27%. El PPEFG mensual ha oscilado en un 1,77-27,97%, situándose su media en el 13,08% y su DE en un 7,54%. En el período preintervención (anterior a octubre de 1998) el PPEFG medio se situó en el 3,12%. Durante éste (desde octubre de 1998 a diciembre de 1999) en un 11,90% y, tras él (desde enero de 2000 a marzo de 2001), en el 20,25%. La tabla 1 resume la evolución del PPEFG y del número de envases prescritos en las 3 fases.

Los gráficos de control correspondientes a cada fase se recogen en las figuras 1-3. Con los criterios utilizados no se han apreciado signos de variabilidad significativa en las fases de pre y postintervención. En la fase de intervención se observa una secuencia de variabilidad significativa, consistente en más de 5 mediciones sucesivas ascendentes (junio de 1999 y posteriores).

Discusión

Indicador seleccionado

La elaboración y uso de indicadores es una de las actividades reconocidas como básicas en los programas de monitorización y mejora de la calidad¹⁹. Para aplicarlos al uso de medicamentos, parece reconocido que éstos, además de poseer validez y fiabilidad suficientes, deben mantener un enfoque específico²⁰. En este sentido, los indicadores

construidos a partir de informes del usuario parecen representar una de las elecciones más aconsejables²¹, ya que han demostrado poseer validez suficiente^{22,23} y facilitar información cuya obtención no es posible mediante otra fuente²⁴, al sustituir al fármaco como centro de atención²⁵ y convertir al paciente en unidad de estudio preferente^{26,27}. Sin embargo, a la hora de seleccionar indicadores el determinante tradicionalmente más usado ha sido la disponibilidad de los datos y su facilidad de obtención⁸. Esta vía, seguida aquí al usar la cinta de facturación como fuente, puede parecer no idónea al proporcionar indicadores de enfoque global y/o relacionado con la eficiencia¹⁰. No obstante, una elevada prescripción de genéricos se ha relacionado con un mejor uso de los medicamentos⁸, existiendo múltiples ejemplos de ello en la bibliografía²⁸⁻³². También se reconoce su relación con una mejora en la eficiencia^{33,34}, una de las dimensiones de la calidad reconocida por la mayoría de los autores. Por ello (validez reconocida) y por la accesibilidad que poseíamos a los datos hemos decidido utilizar el uso de genéricos como indicador para evaluar, mejorar y monitorizar el uso de medicamentos, aun siendo conscientes de la existencia de otros aspectos de la prescripción que no contemplamos y que participan en el uso racional de los medicamentos.

La elección del indicador PPEFG, propuesto por el INSALUD en su programa de mejora¹¹, frente a otros utilizados tradicionalmente en los estudios sobre genéricos²⁸⁻³² (porcentaje bruto de genéricos prescritos, por población ajustada, en dosis diarias definidas por 1.000 habitantes,

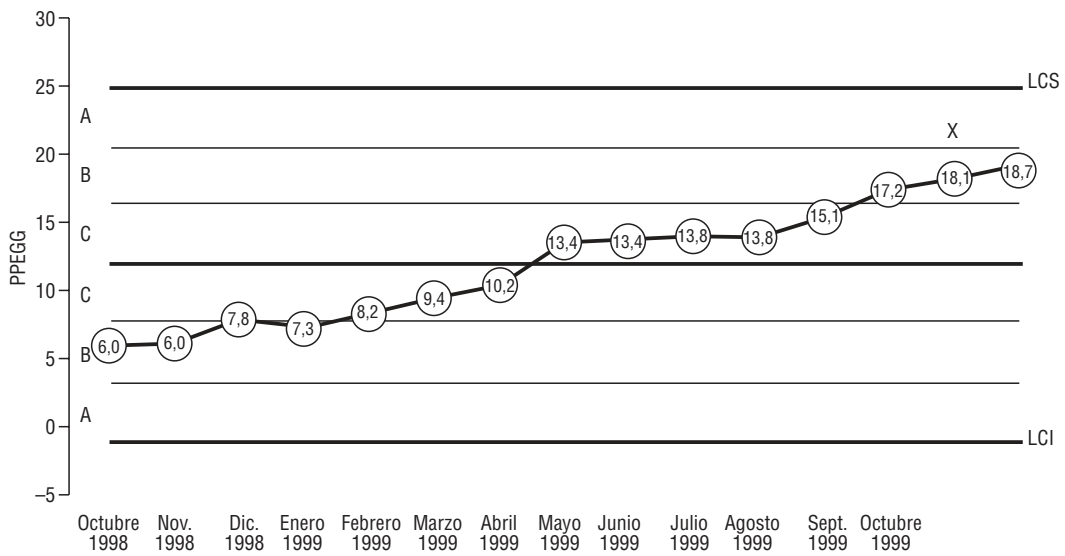


FIGURA 3

Gráfico de control del porcentaje de prescripción de genéricos sobre el total posible (PPEFG) en la fase de intervención. LCS: línea de control superior, y LCI: línea de control inferior. La marca «X» señala la aparición de un patrón anormal que sugiere variabilidad.

por selección de algunos principios activos, por importe ahorrado, etc.) se justifica por la rápida aparición de nuevas especialidades y principios activos en formato EFG durante el desarrollo del estudio. Un indicador que no tuviera en cuenta este hecho, como sí lo hace el nuestro, podría mostrar una evolución artificial hacia la mejora, al aumentar de forma importante el volumen de prescripciones en donde la alternativa EFG es posible.

Intervención realizada

Las medidas que pueden tomarse para mejorar el uso de medicamentos son muchas y variadas. Su efectividad parece ser superior si utiliza la metodología de control de calidad, son de carácter preferentemente interno y se realizan en grupos pequeños, preferentemente cara a cara^{35,36}. Para algunos, las medidas que redundan en la formación son las más útiles³⁷; sin embargo, su aplicación no puede ser ilimitada, pues hay estudios que demuestran que llevar a cabo más de 2 o 3 intervenciones al año implica que éstas pierdan su efectividad³⁸.

Las medidas educativas que hacen hincapié en el suministro de información sobre la propia prescripción también han demostrado ser efectivas^{39,40} y mantener su efectividad a largo plazo⁴¹. Ésta se condiciona en gran medida por el tipo de indicadores que contiene la información proporcionada: los que monitorizan aspectos de la prescripción sobre los que no existe un claro consenso entre los MF y/o se limiten a representar el perfil de prescripción⁴² no parecen ser capaces de mejorar significativamente la calidad de

prescripción. El uso de genéricos, aspecto escogido por nosotros, no se encuentra en este grupo y ha demostrado su utilidad en otras ocasiones^{28,39}.

Nuestra intervención pretende incluir características que se han demostrado asociadas a una mayor efectividad. Entre ellas destacamos: a) envío de información personalizada, tanto de la propia prescripción como de las propuestas de mejora (tarjeta de genéricos); b) uso de un formato gráfico (gráficos de control) más atractivo y asimilable para los MF; c) realización de entrevistas con los MF, en forma de sesiones, para aprovechar la fuerza a favor representada por la presión de los compañeros; d) suministro de información actualizada, acerca de qué hacer para mejorar, en la tarjeta semestral; e) fijación de un objetivo a alcanzar, identificable con el «estándar de calidad» deseado, y f) inclusión de éste en el sistema de incentivación, que exige el compromiso explícito de los profesionales.

Efectividad demostrada

Los resultados obtenidos reflejan un incremento en la prescripción de genéricos, tanto a través de los porcentajes de mejora conseguidos como de los gráficos de control utilizados (tabla 1). El uso de la totalidad de las prescripciones facturadas para construir el PPEFG (se cuenta con valores reales del total de la GAP y no con estimaciones) hace innecesario realizar pruebas de significación estadística para evidenciar la mejora. Por el contrario, la utilización de técnicas de control estadístico de la calidad, que han demostrado un comportamiento estable del indicador

Discusión
Cuadro resumen

Lo conocido sobre el tema

- La prescripción de medicamentos es una de las actividades más realizada por los médicos de familia y una de las causas más importantes de consumo de medicamentos que debe someterse a un análisis sistemático.
- Mejorar y mantener la prescripción de medicamentos genéricos redundaría en una mayor eficiencia de la prescripción.
- El uso de la metodología de control de calidad, unido a cierto tipo de intervenciones (formación específica, suministro de información sobre la propia prescripción no orientada a perfiles o datos de consumo, etc.) parece ser capaz de mejorar el uso de medicamentos.

Qué aporta este estudio

- La proporción de genéricos prescritos sobre el total de envases en que existe alternativa genérica (PPEFG) es un indicador fiable para evaluar la prescripción de medicamentos genéricos ante cambios en la oferta de este tipo de fármacos.
- Las intervenciones propuestas poseen características reconocidas como efectivas en la bibliografía y son fáciles de ejecutar con los recursos habitualmente disponibles.
- Mediante técnicas de control estadístico de la calidad (gráficos de control), es posible detectar precozmente evoluciones desfavorables y actuar en consecuencia.

antes y después de la intervención (figs. 1 y 2) y una variabilidad significativa hacia la mejora durante ésta (fig. 3), sugiere que es precisamente ella la responsable de la mejora.

Conviene señalar que INSALUD informa del aumento generalizado en el uso de genéricos en este período¹⁰, situación esperable al existir cada vez mayor oferta de este tipo de fármacos. Sin embargo, el uso de porcentajes de prescripción brutos en sus informes hace posible que estas mejoras sean «falsos positivos» inducidos precisamente por el cada vez mayor número de genéricos disponibles, situación que tratamos de evitar con nuestro PPEFG (que «estandariza» por él).

Sin embargo, no debemos olvidar que nuestro trabajo se centra en la evaluación y mejora de la prescripción de medicamentos y no está diseñado explícitamente para evaluar la efectividad de la intervención. Por ello no ofrece suficiente evidencia para afirmar que la mejora observada sea

consecuencia directa de ésta. Para ello sería necesario dirigir futuras investigaciones a comparar los resultados con los obtenidos en un grupo control, que no hemos podido hacer nosotros al incluir en la intervención a todos los MF de la GAP. Como el nuestro, muchos estudios consultados sobre el tema no reúnen estos requisitos y, como apuntan varios autores^{28,43}, la efectividad de las intervenciones que proponen debe interpretarse con cautela.

Las técnicas de control estadístico aplicadas se han demostrado útiles y parecen imprescindibles para una ágil monitorización de los niveles conseguidos. Mediante ellas es posible detectar precozmente oportunidades de mejora (evoluciones desfavorables) y actuar en consecuencia.

Agradecimientos

El presente trabajo ha podido realizarse gracias a las enseñanzas y disponibilidad del Dr. Pedro J. Saturno, de la Unidad Docente de Medicina Preventiva de la Universidad de Murcia. Ha sido también fundamental la formación y apoyo ofrecidos por el Programa EMCA de la Consejería de Sanidad de la Región de Murcia.

Bibliografía

1. Tomson Y, Wessling A, Tomson G. General practitioners for rational use of drugs. Examples from Sweden. *Eur J Clin Pharmacol* 1994;47:213-9.
2. Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud. Sucinta descripción del sistema y evaluación del mismo. Apéndice de la Comisión. Madrid, 1991.
3. Harris CM, Heywood PL, Clayden AD. The analysis of prescribing in general practice. A guide to audit and research. London: HMSO, 1990.
4. Taylor D. Prescribing in Europe: forces for change. *BMJ* 1992;304:239-42.
5. Baos V. Factores que influyen en la selección de medicamentos por el médico de atención primaria. *Aten Primaria* 1997;20(Supl 1):76-80.
6. WHO. Euro reports and studies 91. Drugs in general practice. Geneva: WHO, 1982.
7. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Quality assurance in ambulatory care. 2nd ed. Chapter 4. Chicago: JCAHO, 1990.
8. Saturno PJ. Monitorización del uso de medicamentos para mejorar la calidad de prescripción. Problemas, métodos e indicadores. *Aten Primaria* 1996;18:331-8.
9. Barber N. What constitutes good prescription? *BMJ* 1995;310:923-5.
10. INSALUD. Indicadores de calidad de prescripción. Madrid: INSALUD, 1993.
11. INSALUD. Programa de mejora de la prescripción farmacológica en atención primaria. Madrid: INSALUD, 1998.
12. Del Río A, Guerra L. Informe sobre indicadores cualitativos de la prescripción de medicamentos. Subdirección General de Prestaciones y Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1994.

13. Dowell JS, Snadden D, Dunbar JA. Changing to generic formulary: how one fundholding practice reduced prescribing costs. *BMJ* 1995;310:505-8.
14. Marwick J, Grol R, Borgiel A. Quality assurance for family doctors. Report of the Quality Assurance Working Party. World Organization of Family Doctors. WONCA: Wellington, 1992.
15. Boletín Oficial del Estado. Ley 13/96 de 30 de diciembre, de Medidas Fiscales, Administrativas y del Orden Social. Artículo 169, de modificación de la Ley del Medicamento, 25/1990.
16. Saturno PJ. Control estadístico de la calidad. Monitorización con gráficos de control. En: Tratado de calidad asistencial en atención primaria. Vol. II. Madrid: Dupont Pharma, 1997; p. 307-44.
17. Kume H. Gráficas de control. En: Herramientas estadísticas básicas para el mejoramiento de la calidad. Bogotá: Norma, 1992; p. 101-51.
18. Farnum NR. Control chart concepts. En: Modern statistical quality control and improvement. Belmont: Duxburg Press, 1994.
19. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Characteristics of clinical indicators. *QRB* 1989;nov.: 330-9.
20. Saturno PJ, Gascón JJ. Validez de la utilidad terapéutica y el valor intrínseco como indicadores de calidad de la prescripción farmacéutica: análisis de los tratamientos en casos de resfriado común. *Aten Primaria* 1997;19:400-6.
21. López-Picazo Ferrer JJ. El informe del usuario como herramienta para la evaluación y mejora de la calidad de prescripción de medicamentos. Murcia: Universidad de Murcia, 1999.
22. Epstein KR, Laine C, Farber NJ, Nelson EC, Davidoff F. Patients' perceptions of office medical practice: judging quality through the patients' eyes. *Am J Med Qual* 1996;11:73-80.
23. Gascón JJ, Saturno PJ, Sánchez JA y Grupo de Trabajo del Proyecto PROSPER. Utilidad del informe del usuario en la monitorización del uso racional de medicamentos. *Aten Primaria* 2001;27:395-402.
24. López-Picazo JJ, Saturno PJ, Gascón JJ. Medición de la calidad de prescripción de medicamentos a través de informes de usuario. XVII Congreso de la SECA. *Rev Calidad Asistencial* 1999;14:455.
25. Hepler CD, Strand LM. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *Am J Hosp Pharm* 1990;47:533-43.
26. Rupp MT. Screening for prescribing errors. *Am Pharma* 1991;31:71-9.
27. Wilner S, Winickoff RN, Schoenbaum SC, Coltin KL. The role of patient interventions in ambulatory quality assurance programs. *Health Educ Q* 1982;9:42-54.
28. Calvo MJ, Iñesta A. Impacto de una estrategia de intervención en la prescripción de genéricos en un área de atención primaria. *Aten Primaria* 1999;23:419-24.
29. Camarena Y, Sicilia A. Consumo de especialidades con denominación genérica en el Área I de la Comunidad Autónoma de Aragón. *Aten Primaria* 1999;23:301-5.
30. Guerra FJ, Crespo B. Prescripción de genéricos. *Aten Primaria* 1994;13:223-4.
31. Díaz A, López A. Prescripción de genéricos en Área de Salud de Zamora. Beneficios para el usuario y el Sistema Nacional de Salud. *Aten Primaria* 1997;20:499-504.
32. Siles M, Goldaracena M. Medicamentos genéricos en España: primera etapa. *Aten Primaria* 2000;26:66-76.
33. Torralba M, Gilbert A, Peláez de Loño J, Faixedas MT. Implantación de medicamentos genéricos (EFG) en España y Cataluña: posibilidades de ahorro. *Aten Primaria* 2000;26:38-51.
34. Ansa I, Aguado C, Artázcoz M, Carnicero J. Utilidad de la prescripción de genéricos en la contención del gasto en prestación farmacéutica. Análisis en la Comunidad Foral de Navarra. *Aten Primaria* 1996;17:411-4.
35. Saturno PJ, Imperatori B, Corbella T. Garantía de calidad en atención primaria: opciones y resultados del programa ibérico. Libro de comunicaciones al X Congreso de la semFYC. Barcelona, 1990.
36. Ray WA, Schaffner W, Tederspiel CF. Persistence of improvement in antibiotic prescribing in office practice. *J Am Med Assoc* 1985;253:1774-6.
37. Hogerzeil HV. Promoting rational prescribing: an international perspective. *Br J Clin Pharmacol* 1995;39:1-6.
38. Armstrong D, Reyburn H, Jones R. A study of general practitioners' reasons for changing their prescribing behaviour. *BMJ* 1996;312:949-52.
39. Gelbach SH. Improving drug prescribing in a primary care practice. *Medical Care* 1984;22:193-201.
40. Pérez MT, Crusat D, Ibáñez JL, Jiménez J. Impacto de un proceso de feed-back informativo sobre la prescripción farmacéutica. *Aten Primaria* 1996;18:386-9.
41. Hershey CD, Harold I, Goldberg M, Cohan DI. The effect of computerized feed-back coupled with a newsletter upon outpatient prescribing charges. *Med Care* 1988;26:88-94.
42. O'Connell DL, Henry D, Tomlins R. Randomised controlled trial of effects of feedback on general practitioners' prescribing in Australia. *BMJ* 1999;318:507-11.
43. Soumerai SB, Avorn J. Predictors of physicians prescribing change in an educational experiment to improve medication use. *Medical Care* 1987;25:210-21.

COMENTARIO EDITORIAL

Oportunidades de mejora y prescripción de EFG

M. Ausejo Segura

Farmacéutica de Atención Primaria. Área 11. INSALUD. Madrid.

El escenario internacional en el que surgieron los genéricos en los años setenta era muy distinto al que podemos observar en la actualidad. Las principales razones por las que aparecieron medicamentos genéricos fueron básicamente cuatro: por una aceleración del ritmo de caducidad de las patentes, por una reducción del ritmo de las innovaciones importantes, por mayores controles legislativos para novedades terapéuticas y debido a una deceleración repentina en el crecimiento de la economía occidental¹.

Quince años después, a mediados de los años ochenta, comienza una nueva era, la de medicamentos caros, basada en nuevos fármacos que se comercializan con grandes diferencias de precios en comparación con los medicamentos antiguos existentes¹. En hipertensión arterial, los IECA supusieron una gran diferencia con diuréticos y bloqueadores beta, y actualmente los ARAII también han supuesto otro gran diferencial de coste frente a los IECA; en hipercolesteremia, estatinas frente a fibratos; en depresión, ISRS frente a antidepressivos tricíclicos; en úlcera gástrica, inhibidores de la bomba de protones frente a anti-H₂; en hipertrofia benigna de próstata, finasterida y bloqueadores alfa frente a extractos de plantas; en psiquiatría, nuevos neurolépticos frente a neurolépticos tradicionales. Este diferencial de precio se produce tanto en países con precio intervenido como en países de precio libre (Estados Unidos).

Además, la esperanza de vida se ha incrementado, la economía ha estado en una fase de crecimiento y los genéricos aparecen en nuestro país de forma real apenas hace 4 años, en un entorno muy diferente al de los años setenta. En el ámbito mundial, con la introducción de los genéricos, el objetivo, junto con otras medidas, es impulsar la contención del gasto farmacéutico dentro de unos márgenes aceptables². Las distintas medidas estructurales para el control del gasto farmacéutico en España desde 1997 han sido: acuerdo con Farmaindustria (que ha contribuido a un ahorro del 18%), listas negativas (12%), márgenes y descuentos (43%), reducciones de precios (24%), genéricos y precios de referencia (3%)³. Como se puede observar, la aportación al ahorro del gasto público de los genéricos y precios de referencia ha sido hasta el momento muy mo-

Cuadro puntos clave

- A mediados de los años ochenta comienza una nueva era, la de medicamentos caros, basada en nuevos fármacos que se comercializan con grandes diferencias de precios en comparación con los medicamentos antiguos existentes.
- La aportación al ahorro del gasto público de los genéricos y precios de referencia ha sido hasta el momento muy modesta; sin embargo, para su éxito precisa de la implicación activa de los médicos.
- Aunque el indicador de genéricos sea elevado, puede estar repleto de artificios. El indicador de genéricos siempre dará idea de eficiencia cuando se utilice junto con otros indicadores complementarios sobre calidad de prescripción.
- Los sistemas de información mejorarán muchísimo en estos años y los distintos servicios de salud serán un catalizador para impulsar medidas que arrojen la utilización racional, razonada, eficiente, juiciosa, basada en la evidencia de los medicamentos.

desta; sin embargo, de todas ellas es la única que necesita de la implicación activa de los médicos para su éxito. Saltando al terreno clínico, y disipadas las dudas iniciales sobre calidad que suscitaban los genéricos en nuestro país, hoy día la única diferencia significativa entre un genérico y su marca puede venir dada por la composición de excipientes⁴ o la morfología⁵. Tras la introducción de los precios de referencia, el consumo de especialidades EFG en nuestro país se estancó en el año 2001, a pesar del esfuerzo de la Administración por agilizar los procesos para su autorización. Hasta ese mismo año también se observaba una fuerte variabilidad en la prescripción entre comunidades autónomas, siendo Madrid, Cataluña y Baleares las que alcanzaron mayores valores⁶. Para conseguir contener el gasto farmacéutico también se proponen medidas en el terreno clínico, como las ligadas a la incentivación de los médicos, ya que este es el protagonista verdadero de la asignación de recursos en atención

primaria, en donde se genera un 80% del gasto farmacéutico⁷.

Evaluar y mejorar la prescripción de genéricos es lo que plantea el artículo de J.J. López-Picazo et al⁸, a través de una intervención que incluye: informe personalizado a los médicos, tarjeta con información sobre los EFG disponibles, realización de sesiones clínicas y percepción de incentivos económicos. Como apuntan los autores, las técnicas de control estadístico de la calidad aplicadas son útiles en la evaluación y seguimiento de la intervención realizada sobre EFG⁸. Conocer la prescripción de EFG de cada clínico con el indicador propuesto por estos autores o el porcentaje de envases de genéricos es muy interesante, ya que proporciona siempre oportunidades de mejora a los clínicos, pero este indicador se ha de utilizar complementariamente a otros, ya que por sí solo no da idea de la calidad de la prescripción, que es la oportunidad de mejora más requerida. La verdadera calidad de la prescripción se inicia con el correcto diagnóstico del paciente, que no es tarea sencilla. Un segundo paso es la selección o no de un medicamento. Cuando ésta es positiva vienen las decisiones sobre el grupo terapéutico y el principio activo. A partir de aquí estaría la discusión de un medicamento de marca, genérico con/sin nombre del laboratorio, sin entrar en la discusión de la sustitución de la dispensación.

Aunque el indicador de genéricos sea elevado, puede estar repleto de artificios, antibióticos utilizados indiscriminadamente o para procesos virales, cefalosporinas genéricas frente a penicilinas de marca⁹, genéricos de utilidad terapéutica dudosa, afán por incrementar el indicador de genéricos a base de duplicar los envases prescribiendo los de menor tamaño, recetando genéricos muy económicos como analgésicos, etc.

El indicador de genéricos siempre dará idea de eficiencia cuando se utilice junto con otros indicadores complementarios sobre calidad de prescripción. Los sistemas informatizados de las historia clínica proporcionarán la información necesaria para profundizar en la calidad de la prescripción unida a criterios diagnósticos, de comorbilidad, tratamientos asociados y factores individuales de cada paciente.

Siendo conscientes de que el incumplimiento terapéutico es muy elevado¹⁰, de que de los medicamentos que no utilizan los pacientes una tercera parte está intacta¹¹, de los riesgos de las intervenciones¹² y del abuso de algunos medicamentos como los antibióticos¹³, está claro que el ahorro económico principal es la correcta indicación de cada medicamento, y para ello hace falta mucha formación continuada y sistemas o herramientas que permitan a los mé-

dicos de atención primaria tener acceso a la información en el punto de atención al paciente, en donde los farmacéuticos de atención primaria tratamos de ser un verdadero soporte.

Los sistemas de información mejorarán muchísimo en estos años y los distintos servicios de salud serán un catalizador para impulsar medidas que arropen la utilización racional, razonada, eficiente, juiciosa, basada en la evidencia, de los medicamentos. Las medidas únicas y mágicas para solventar la contención del crecimiento del gasto y mejorar la calidad de la prescripción no existen. La aportación de los genéricos en el entorno sanitario actual es modesta, pero todavía tiene amplias posibilidades de expansión.

Bibliografía

1. Lobo F, Velásquez F. Los medicamentos ante las nuevas realidades económicas. Madrid: Civitas, 1997.
2. Almirall M. Las especialidades farmacéuticas genéricas: medicamentos bioequivalentes e intercambiables. *Aten Primaria* 1998;21:477-80.
3. Plaza F. Los protagonistas y las claves de la nueva gestión de la prestación farmacéutica. El futuro de la gestión sanitaria. Madrid: Fundación General de la Universidad Complutense de Madrid, 2002 (documento docente).
4. Córdoba R. Especialidades farmacéuticas genéricas: no es oro todo lo que reluce. *Aten Primaria* 1999;24:387-9.
5. Ausejo M, Fernández I, Mataix A. ¿Existen diferencias galénicas y morfológicas entre las especialidades farmacéuticas genéricas? V Congreso de la Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Primaria. A Coruña, octubre 2000.
6. Torralba M, Gilabert A, Peláez J, Faixedas MT. Implantación de medicamentos genéricos (EFG) en España y Cataluña: posibilidades de ahorro. *Aten Primaria* 2000;26:210-5.
7. Rey ME. Precios de referencia. *Aten Primaria* 1999;24:252-4.
8. López-Picazo Ferrer JJ, Sanz Moreno JA, Bernal Montañés JM, Sánchez Ruiz JF. Evaluación, mejora y monitorización de la prescripción de medicamentos genéricos. *Aten Primaria* 2002;29:389-96.
9. Díaz A, López A. Prescripción de genéricos en el área de salud de Zamora. Beneficios para el usuario y el sistema nacional de salud. *Aten Primaria* 1997;20:499-504.
10. Sacristán JA, García FM, Martínez-Mir I, Palop V, Amado E. Cumplimiento terapéutico. Madrid: semFYC, SEFAP, Fundación Lilly, 2001.
11. Delgado M, Díaz F, Rupérez O, Fernández D, López G, Caballero A. Medicamentos depositados voluntariamente por los pacientes en los centros de atención primaria. VI Congreso de la Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Primaria. Madrid, octubre 2001.
12. Weingart S. Epidemiology of medical error. *BMJ* 2000;320:774-7.
13. Organización Mundial de la Salud. Informe de la Organización Mundial de la Salud sobre enfermedades infecciosas 2000. Contengamos la Resistencia Microbiana. Ginebra: OMS 2000.