

Plan de incentivación a la racionalización de la prescripción en receta médica oficial en Atención Primaria (PIRPRMOAP). Procedimiento de actuación.

Ceferino Pérez Vázquez
Joaquín Serrano Peña
Arturo Louro González
Médicos del Centro de Salud de Cambre. A Coruña

Cad Aten Primaria
Año 2009
Volumen 16
Páx. 81-85

Admitido para publicación en novembro de 2008

1. INTRODUCCIÓN

Actualmente sigue existiendo un debate abierto sobre los medicamentos genéricos (MG) entre los profesionales de la medicina, farmacéuticos y también entre los pacientes por ser potenciales consumidores. Quizás lo que suscita más polémica es si hay distinta concentración de principio activo en las especialidades genéricas con respecto al medicamento original, hablándose incluso erróneamente que el MG puede llevar en su composición un 20% menos en concentración de principio activo. Este mensaje interesado, a veces se trasmite al usuario, al que se hace dudar de los medicamentos sin marca¹.

Por este motivo, convendría hacer algunas aclaraciones:

- En el proceso de prescripción de medicamentos, empleamos con frecuencia los términos: uso racional de medicamentos (URM), calidad de prescripción (CP), prescripción de calidad, MG, etc.
- Hablamos de URM, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), cuando los pacientes reciben la medicación apropiada a sus necesidades clínicas, en las dosis correspondientes a sus propios requisitos, durante un periodo adecuado de tiempo y con el menor coste posible para ellos y para la comunidad.
- La Calidad de prescripción (CP) es un concepto más amplio y, según González y cols., pudiera entenderse como la adecuación del medicamento prescrito y su dosis a la indicación terapéutica correspondiente, determinada por el correcto diagnóstico del problema de salud que presenta el paciente, para el que existe un tratamiento efectivo.

Podríamos decir que la CP se da cuando, a partir de un diagnóstico correcto, se prescriben las medidas farmacológicas y/o no farmacológicas efectivas, se adapta el tratamiento a las necesidades clínicas y sociales del paciente, teniendo en cuenta sus preferencias y aceptabilidad, el acceso a los medicamentos es fácil e informado, en un contexto asistencial en el que se minimizan riesgos y costes y se obtiene el mejor resultado posible.

- Entendemos por MG a todo el que se ha comercializado con el nombre de la denominación común internacional (DCI), más el nombre del laboratorio fabricante y que ha demostrado equivalencia terapéutica con la especialidad de referencia, a menor precio. Se identificará por llevar las siglas EFG (especialidad farmacéutica genérica) en el envase².

El requisito técnico que condiciona la evaluación de la seguridad y eficacia clínica de los genéricos y que más preocupa a los profesionales, es la demostración de la equivalencia terapéutica con el fármaco original, con el fin de garantizar su intercambiabilidad. Esta condición se demuestra mediante ensayos clínicos de bioequivalencia o equivalencia in vivo³.

Con la prescripción de MG se consigue la eficiencia de la prescripción farmacéutica, al mantener la efectividad con una moderación del gasto farmacéutico^{4,5}.

- Medicamentos Básicos Esenciales: nos referimos a un número muy pequeño de fármacos que cubren el 95 % de las patologías. La OMS recomienda la prescripción por la DCI y la utilización de Medicamentos Esenciales, en base a la aplicación de criterios de eficacia, efectividad, seguridad, conveniencia y coste. <http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/en/index.html>.

2. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN

El acto médico es un proceso que va acompañado, la mayoría de las veces, por una o más prescripciones farmacológicas, sin caer en la simplificación de que los únicos determinantes están relacionados con Atención Primaria (AP), conviene recordar que gran parte de la prescripción y del gasto sanitario en medicamentos, recae en este servicio^{6,7}.

La importancia del medicamento en el conjunto del gasto sanitario está entre el 20-25% del total, representa el segundo lugar de gasto después del apartado de personal; por lo que la prescripción de MG es un buen indicador de utilización racional de los recursos⁸.

El uso racional de los recursos y una prescripción de calidad depende, entre otros, de los siguientes determinantes:

- La información y formación en prescripción de medicamentos en el pregrado, el período de la especialización médica y en el postgrado.

En AP, la información externa, para la toma de decisiones terapéuticas, si es de mala calidad, ocasionará casi siempre decisiones inadecuadas y si es buena, será una condición necesaria, aunque no suficiente para una decisión óptima.

El ingente arsenal terapéutico, que aumenta progresivamente por la introducción de nuevos fármacos, origina un aumento de información científica, y la gestión de la misma puede ser difícil cuando el profesional no ha sido entrenado suficientemente.

La accesibilidad a la información, es la clave. Puede ser accesibilidad física (disponibilidad de recursos de información), funcional (en el puesto en donde se necesita) e intelectual (capacidad para evaluarla y aplicarla). Otros factores serían: el tiempo disponible, la percepción de calidad de las fuentes y la probabilidad de haber encontrado respuestas en ellas⁶. Esto podríamos esquematizarlo con la fórmula siguiente:

$$\text{Utilidad de la información} = \frac{\text{Relevancia} \times \text{Validez}}{\text{Trabajo}}$$

Utilidad de la información. Tomada de Slawson DC, Shaughnessy AF, Bennett JH. Becoming a medical information master: feeling good about not knowing. J Fam Pract 1994;8:505-13

FIGURA 1

Ecuación de la utilidad de la información en la toma de decisiones⁹

Por lo que la accesibilidad a la información, en el lugar de trabajo y la capacidad para evaluarla y aplicarla, con el menor esfuerzo, hacen que ésta sea más útil, válida y relevante.

- El médico prescriptor, de AP y otros (médicos de hospital, privados, especialistas). Estos últimos inducen más del 45% de la prescripción de marca que ejecuta el médico de familia, esto es especialmente importante por tratarse de pacientes con enfermedades crónicas, generando, según algunos estudios, más del 50% del gasto total en recetas de un cupo de AP^{6,10}.
- La elaboración y revisión de directrices o guías de práctica clínica sobre información terapéutica, y uso racional de medicamentos^{11,12}.
- Incentivos individuales y colectivos: la dimensión económica de la prescripción depende, por una parte, de la financiación pública de los tratamientos médicos por el Sistema Nacional de Salud (SNS), bajo el principio coste-efectividad, restricciones presupuestarias, etc y, del comportamiento de usuarios y médicos, respondiendo a estímulos económicos, incentivos individuales y colectivos, que en último término, afectan a la calidad terapéutica¹³.

- Los farmacéuticos de AP: la intervención del farmacéutico de AP en tareas informativas y formativas, influye positivamente en el URM y la prescripción de MG, aunque con gran variabilidad en la respuesta por parte de los médicos de AP, aún impartiendo el curso la misma persona^{14,15}.
- Las oficinas de farmacia: impartiendo información al usuario y con el cumplimiento de la Ley de Medidas Fiscales, Administrativas y de Orden Social, permitiendo solo el cambio de MG prescrito en las dos situaciones establecidas por la ley, desabastecimiento y urgencia¹⁶.
- La industria farmacéutica: conviene recordar que de los medicamentos que utiliza un médico de AP de forma habitual, más de la mitad se han lanzado al mercado después de su período de formación reglada. La información sobre estos fármacos ha llegado al médico, principalmente a través de la industria farmacéutica, con las ventajas e inconvenientes que esto conlleva, de ahí lo fundamental de poner en marcha planes de formación continuada en una prescripción de calidad¹⁷.
- El SNS:
 - revisando el precio de referencia al final de cada año, ajustando este en relación a los de menor precio, favoreciendo así la competencia y el ahorro.
 - Estableciendo normas de sustitución de medicamentos de marca por MG.
 - Ampliando la oferta de MG.
- Los usuarios: en los que suele haber un alto grado de aceptación, sobre todo en los pacientes jóvenes, tan solo un 13% los rechazan, tras el consejo breve de su médico de familia. El rechazo es mayor por encima de los 60 años^{18,19}, y éste se multiplica casi por cuatro, cuando es el médico de urgencia del hospital u otro especialista el que inicia la prescripción con un medicamento de marca²⁰.
- La presión asistencial: en donde casi siempre se cumple que a más demanda, menor tiempo de consulta, mayor prescripción y de menor calidad¹³.

Situación en la Unión Europea (UE): si tenemos en cuenta que el gasto farmacéutico es el producto de precios por cantidades, en la mayor parte de los países de la UE, el nivel gasto público en farmacia es menor y supone un menor porcentaje en el PIB que en España, aún teniendo niveles de precios más bajos que en la mayoría de los países de la UE (nos medicamos más, el co-pago es bajo, menor tiempo de consulta en AP, etc.)¹³.

En la UE la variedad y el consumo de MG está consolidado, países productores e investigadores, como Alemania y el Reino Unido, tienen un porcentaje de consumo de MG, sobre el total de gasto farmacéutico del 41% y 49% respectivamente y un catálogo de especialidades de MG muy superior, alrededor de 500 especialidades Alemania, frente a 150 en España. Algún país, como Dinamarca, consiguió en el decenio 1995-2005 reducir el gasto total en farmacia, pasando del 9,1%, al 8,9% su porcentaje total de gasto.

En España: el consumo de MG no es homologable al de la UE, el porcentaje de consumo se encuentra ligeramente por encima del 15%, debido en parte a una menor oferta y menos competencia entre la industria farmacéutica.

Dado el crecimiento del gasto con los nuevos medicamentos de marca, solo un aumento muy significativo del consumo de genéricos puede compensar estos incrementos.

- En Galicia: según datos del SNS y el SERGAS, sobre prestaciones farmacéuticas, recogen que el porcentaje total de gasto en farmacia se ha disparado a cifras en torno al 31%, con un incremento en el período de Enero Marzo 2007- Enero Marzo 2008 del 4,78% y es la comunidad que menos MG prescribe, por tanto éstos tienen un menor porcentaje sobre el total de gasto farmacéutico, que está entorno al 3,63%, frente a un 12,23% de la comunidad autónoma de Andalucía.

Si comparamos el porcentaje de consumo de MG que facilitan los médicos sobre el total de recetas suministradas, este porcentaje está en Galicia alrededor del 8% (menos de 1 de cada 10 recetas suministradas son genéricos), frente a más de un 23% más de (una de cada cinco), en comunidades como Cataluña, Andalucía, Baleares o Madrid.

En el área de A Coruña, los datos disponibles a 31 de marzo de 2008, son los expresados en el anexo 1 (ver Tabla 1: indicadores de calidad de prescripción de MG en el área de A Coruña periodo Enero-Marzo 2008).

Estos resultados demuestran que el porcentaje de prescripción de genéricos es de un 11.72% de media, con una gran variabilidad, dependiendo del Centro y del profesional prescriptor (8,32% - 19,60%).

Dentro de los Centros docentes de Medicina Familiar y Comunitaria del área, los porcentajes de prescripción de MG son los representados en la Tabla 1. La media es de 14,53%, con una variabilidad entre el 11,17%-17,42% (Anexo 1).

3. MOTIVOS PARA CAMBIAR E INCENTIVAR LA PRESCRIPCIÓN DE MG

- Por el uso responsable y racional de medicamentos y calidad de prescripción.
- Por eficiencia: Menor precio, igual eficacia, más ahorro (- = +) .
- Por coherencia y cumplimiento de la mayoría de procedimientos y guías de práctica clínica en AP.

Para el control del gasto farmacéutico público y contribuir a la sostenibilidad de SNS¹³.

4. CREAR LA DINÁMICA DEL CAMBIO: "SI QUIERES, PUEDES"

- Incentivar la Información: reforzando la imagen de calidad de los MG ante los profesionales, médicos, farmacéuticos, y la sociedad,

así como mantener su defensa en los medios de comunicación. Podríamos hacerlo con apoyo gráfico, carteles, folletos de mesa (díptico, tríptico, etc.), en nuestros centros de trabajo.

- Integración de las necesidades de información terapéutica a las actividades diarias con una mayor accesibilidad a las fuentes de información a través de internet (páginas web, guías clínicas, libros digitales, revistas clínicas, etc.) y, en la docencia general de un centro de salud, área y servicio de salud, teniendo en cuenta las características propias de la AP, intentando la integración en el programa de formación de los centros de salud, sesiones clínicas rutinarias sobre calidad de prescripción, uso racional de medicamentos, seguridad, reacciones adversas, MG, cursos de actualización terapéutica, haciendo mención a las novedades terapéuticas, lo que aportan, etc^{11,12}. Estas intervenciones serían impartidas algunas veces por los farmacéuticos, asignados a la Xerencia de AP, que además de esta función, tienen otras muchas, como la elaboración de boletines y otro material informativo sobre fármacos, que distribuyen entre todos los profesionales^{6,17}. Las intervenciones sobre los MG serían 1-2 al año, aprovechando la difusión periódica de información, seguimiento, monitorización del área, respetando la privacidad en cuanto a la información individual.
- Elaboración de directrices o guías de práctica clínica conjuntas entre niveles asistenciales, lo que implicaría mayor coordinación y colaboración entre atención primaria y atención especializada y, de este modo, incentivar también a los hospitales de referencia, para que se promueva una prescripción de calidad, racionalización del gasto y uso de MG al alta hospitalaria.
- MANIFIESTO DE CENTROS ADSCRITOS A INCENTIVAR EL CAMBIO Basándonos en el Plan de Obxetivos Estratéxicos (POE) de la Consellería de Sanidade.
- Elección de un responsable en cada Centro de Salud / PAC), que pudiera ser el coordinador u otra persona motivada, estableciendo cual es la situación inicial, estimulando que la prescripción de receta nueva, si es posible sea un MG, marcando unos objetivos, elaborando un procedimiento y haciendo un seguimiento, revisión de la información aportada periódicamente por el servicio de farmacia dependiente de la Xerencia de AP.

Formularemos un mecanismo para que éste sea efectivo, según el formato de historia clínica que manejemos en cada Centro de Salud:

A- Historia Clínica informatizada (IANUS/OMI):

Si utilizamos el programa IANUS / OMI, dependiendo de lo que se decida en cada Centro de Salud, pueden establecerse varios niveles de actuación, según la motivación de los profesionales:

A 1.- Solo manejaremos la información periódica aportada por el Servicio de Farmacia de AP, comunicando los resultados, 1-2 veces al año, haciendo una sesión monográfica o aprovechando cualquier otra, reunión de equipo, cuando se disponga de los datos oficiales.

A 2.- Cuando la motivación e implicación sea mayor, haríamos una autoevaluación continua, revisando las historias clínicas

- 12- González-González AL, Sánchez Mateos JF, Sanz Cuesta T, Riesgo Fuentes R, Escrpteñill Mayor E, Hernández Fernández T. Estudio de las necesidades de información generadas por los médicos de atención primaria, proyecto ENIGMA. *Aten Primaria* 2006;38:219-24.
- 13- González Lopez – Valcarcel B. Aspectos económicos de la Calidad Terapéutica. En *Calidad terapéutica: como entenderla y como aplicarla*. Grupo de Calidad Terapéutica Semfyc. Sanofi-aventis S.A. 2008, 211-228.
- 14- Gandía-Moya MC. *Aten Primaria*. 2006 Apr 30;37(7):386-91. Spanish. PMID: 16733020 [PubMed - indexed for MEDLINE]
- 15- Edrera V, Schwarz H, Pascual M, Caselles JM, Pastor A, Trillo JL. Influencia de las características del médico de Atención Primaria en el precio medio de la receta y el porcentaje de Genéricos en un área de salud de la Comunidad Valenciana. *Cuadernos de Gestión*.2003; 9:157-65.
- 16- Ricarte Díez JL, Bengunna H, Belarde Mayol C, Torres García RM. Diferencias entre prescripción y dispensación de genéricos en atención primaria. La excepción como regla. *Gac. Sanit*. 2007;21:404-6.
- 17- Bravo R. La gestión del conocimiento en medicina: a la búsqueda de la información perdida. *An Sist Sanit Navar*. 2002;25(3):255-72.
- 18- Vallés JA, Barreiro M, Cereza G, Pedro JJ, Marínez MJ, Cucumill E, et al. Aceptación de los fármacos genéricos en los equipos de Atención Primaria: efecto de una intervención educativa y de los precios de referencia. *Gac. Sanit*. 2002;16:505-10.
- 19- Honrubia Alujer F, Carbajal de Lara JA, Cebrián Picazo C, Cuéllar Bolas B, Silvestre Molina P, Merino Campos P, López-Torres Hidalgo R, Gascón Escibano MJ, Martínez Tebar E, Cano Verdejo T, Andrés Cifuentes E, Salar Pomares F, Gómez Escibano E, Giménez Benítez E; Grupo de Investigación del COF Albacete. *Aten Primaria*. 2007 Feb;39(2):81-5. Spanish. PMID: 17306169 [PubMed - indexed for MEDLINE]
- 20- Sagardui-Villamor JK, Lacalle Rodríguez-Labajo M, Casado-Buendía S. *Aten Primaria*. 2005 Nov 30;36(9):489-93. Spanish. PMID: 16324506 [PubMed - indexed for MEDLINE]