

Prescripción de especialidades farmacéuticas genéricas (EFG) en atención primaria

Objetivo. Con la prescripción de medicamentos genéricos se consigue mejorar la eficiencia de la prescripción farmacéutica, al mantener la efectividad con una moderación del gasto farmacéutico^{1,2}. El objetivo de este estudio ha sido conocer la evolución de la prescripción de especialidades farmacéuticas genéricas (EFG) en una comarca sanitaria de atención primaria y valorar las diferencias en el uso de EFG en las distintas unidades de atención primaria (UAP) que la componen.

Diseño. Estudio descriptivo, retrospectivo, de utilización de medicamentos.

Emplazamiento. Comarca Gipuzkoa Oeste de atención primaria. Osakidetza-Servicio Vasco de Salud. Período enero de 1998 a enero de 2005.

Participantes. Se han utilizado datos de facturación de recetas dispensadas con cargo al Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco de prescripciones realizadas en atención primaria. No se han incluido datos de consumo hospitalario, recetas privadas y mutuas.

Mediciones principales. El indicador de prescripción de EFG se ha expresado en porcentaje de envases de EFG frente al total de envases dispensados anualmente desde el año 1998 hasta 2004 en la comarca. Durante el mes de enero de 2005 se ha obtenido el mismo indicador que se ha comparado frente a otras comarcas sanitarias de la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV) y también se ha desglosado por cada una de las 21 UAP de la comarca objeto de estudio.

Resultados. La prescripción de EFG en la comarca Gipuzkoa Oeste ha pasado de un valor de 0,08% en el año 1998 a un valor de 12,72% en el año 2004. Durante el mes de enero de 2005 se alcanza un valor de 14,65%, el mayor de los observados en las

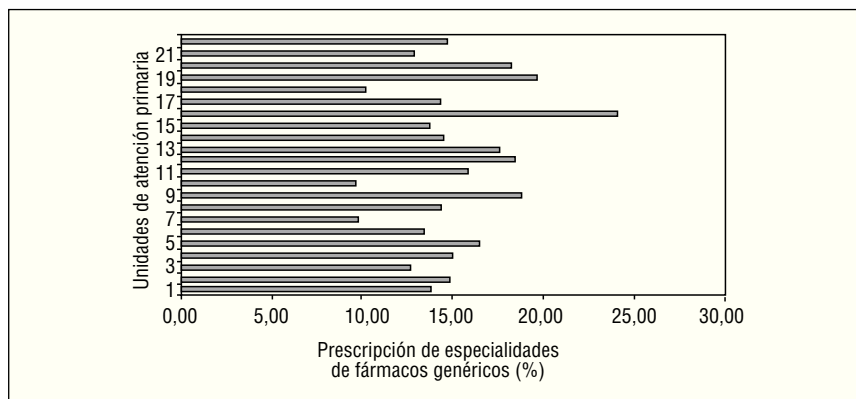


Figura 1. Prescripción de especialidades de fármacos genéricos por unidad de atención primaria en enero de 2005.

distintas comarcas sanitarias de la CAPV, que presenta una media de 11,99%. Los resultados del indicador desglosados por cada una de las 21 UAP de esta comarca sanitaria (fig. 1) muestran unos valores que oscilan entre un 9,64 y un 24,04%.

Discusión y conclusiones. Se ha observado un incremento de la prescripción de EFG en esta comarca, que se sitúa a la cabeza de entre todas las que componen la CAPV en prescripción de EFG. Sin embargo, aun realizando el mismo tipo de intervenciones para promover la prescripción de EFG (sesiones informativas y formativas, difusión periódica de información, etc.) en las distintas UAP, se aprecia una gran variabilidad en la respuesta, que también se ha evidenciado en otros trabajos^{3,4}. A pesar de los resultados todavía insuficientes en la prescripción de EFG que preocupan a algunos autores^{5,6}, los datos de esta comarca nos indican que la opción de prescribir EFG sigue siendo válida y, además, es posible.

M. Armendáriz-Cuñado^a,
A.I. Giménez-Robredo^b,
E. Olloquiegui-Biurrarena^c
y E. Valverde-Bilbao^c

^aC.S. Amorebieta. Osakidetza. España.

^bAmbulatorio de Leioa. España.

^cAmbulatorio de Tolosa. Osakidetza. España.

- Alcántara 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.
- Pedraza V, Schwarz H, Pascual M, Canelles JM, Pastor A, Trillo JL. Influencia de las características del médico de AP y del cupo en el precio medio de la receta y el porcentaje de genéricos prescritos en un área de salud de la Comunidad Valenciana. *Cuadernos de Gestión*. 2003;9:157-65.
- López-Picazo JJ. ¿Por qué los genéricos no acaban de arrancar en nuestro país? *Cuadernos de Gestión*. 2003;9:55-60.
- Orueta R. Medicamentos genéricos. ¿Por qué no cumplen las expectativas? *Aten Primaria*. 2005;35:227-8.

Evaluación de una experiencia comunitaria de intervención de ayuda en duelo

Objetivo. Evaluar la efectividad de un programa comunitario en duelo (tabla 1).

Diseño. Estudio observacional longitudinal (efectividad) y descriptivo cualitativo (grado de satisfacción).

Emplazamiento. Centro de Salud Olarizu de Vitoria-Gasteiz.

Participantes. Un total de 22 mujeres y 9 varones, con una edad media de 47 años, que han perdido a un ser querido entre los 3 meses y 2 años anteriores al inicio de la intervención, y que han acudido a nuestro

Palabras clave: Medicamentos genéricos. Estudios de utilización de medicamentos. Gasto farmacéutico.

Palabras clave: Duelo. Intervención comunitaria. Satisfacción de los usuarios. Evaluación.

Tabla 1. Características de los duelos

n = 31	Frecuencia	Porcentaje
Sexo		
Varones	9	29
Mujeres	22	71
Edad media, 47 años		
< 40 años	12	39
40-60 años	11	35
60-80 años	8	26
Causa de la muerte		
Natural	8	26
Neoplasias	9	29
Accidentes	13	42
Suicidio	1	3
Parentesco		
Cónyuge	9	29
Padre/madre	12	39
Hijo/a	5	16
Hermano/a	4	13
Abuelo/a	1	3
Cuidador principal		
No	19	61,3
Sí	12	38,7
Útil en la enfermedad		
No	1	3,2
Sí	30	96,8

Han abandonado 1 mujer y 3 varones.

centro entre los meses de enero a junio de 2004. Cuatro de ellos no completaron el estudio.

Intervenciones. Entrevistas individuales con seguimiento emocional pautado (REFINO, Neimeyer, Worden, Friedman y Roussel) y sesiones grupales psicoeducativas.

Mediciones principales. Inventario de experiencias en duelo (IED) de Sanders et al, al inicio y a los 6 meses, y encuesta de satisfacción global al finalizar las sesiones psicoeducativas.

Resultados. Al finalizar el programa se observa mejoría en las siguientes dimensiones del IED: desesperanza ($p = 0,006$), pérdida de control ($p < 0,001$), despersonalización ($p = 0,001$), somatización ($p = 0,002$), enfado/hostilidad ($p = 0,048$), ansiedad ante la muerte ($p = 0,021$), negación/ocultamiento ($p = 0,016$), pérdida de

energía ($p = 0,049$), optimismo ($p = 0,017$) y dependencia ($p = 0,030$). Más del 80% de los participantes ha visto cumplidas sus expectativas sobre el programa y lo recomendarían a otros dolientes.

Discusión y conclusiones. La intervención es efectiva a medio plazo, por lo que podría considerarse su puesta en práctica ante situaciones de duelo. Se recomienda estudiar la evolución a más largo plazo y con grupo control de comparación.

M.A. Azpeitia-Serón^a,
B. Ormaetxea-Imaz^a,
L.M. Amurrio-López de Gastiain^b
y F. Aizpuru-Barandiaran^c

^aUAP Olarizu. Osakidetza. Comarca Araba. Vitoria-Gasteiz. España. ^bAECC Vitoria-Gasteiz. España. ^cUnidad de Investigación Osakidetza. Comarca Araba. Vitoria-Gasteiz. España.

American Psychiatric Association. DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado. Barcelona: Masson, S.A.; 2001.

García-García JA, Landa Petralanda V, Trigueros Manzano MC, Gaminde Inda I. Inventario de experiencias en duelo (IED): adaptación al castellano, fiabilidad y validez. Aten Primaria. 2001;27:42-57.

James J W, Friedman R. Manual para superar pérdidas emocionales. Madrid: Libros del Comienzo; 2001.

Neimeyer RA. Aprender de la pérdida. Una guía para afrontar el duelo. Barcelona: Paidós; 2000.

Worden JW. El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia. Barcelona: Paidós; 1997.

El proceso de acreditación de calidad en una unidad de gestión clínica de atención primaria

Objetivo. En la Resolución de 24 de julio de 2003 de la Dirección General de Organización de Procesos y Formación de la

Palabras clave: Calidad. Acreditación. Evaluación.

Consejería de Salud de la Junta de Andalucía se estableció el sistema de Acreditación de la Calidad de los Centros y Unidades del Sistema Sanitario Público de Andalucía, de acuerdo con el Modelo de Acreditación de Andalucía.

Acreditar significa que algo sea digno de crédito y no cabe duda de que en la era de la evidencia científica y a la luz de las nuevas tecnologías, este proceso constituye una magnífica herramienta para el desarrollo de fórmulas de mejora en las diferentes vertientes del trabajo cotidiano.

Emplazamiento. La Unidad de Gestión Clínica de Vélez-Sur pertenece al Distrito Sanitario Axarquía y atiende una población de 18.300 usuarios. Está integrada por 11 médicos de familia, 3 pediatras, 8 enfermeras y 2 auxiliares de enfermería.

Método. El proceso de acreditación basado en el modelo andaluz se realiza según lo previsto en el Programa de Acreditación de Unidades Clínicas y tomando como referencia el Manual de Estándares para Unidades de Gestión Clínica: ME 5 1_02, y como herramienta para su manejo y transmisión de datos la aplicación informática en entorno web ME_jora 2.0.

En el desarrollo del proceso se establecen una serie de fases que se inician con su solicitud, tras lo cual se produce la visita de presentación, para continuar con la fase de autoevaluación, la visita de evaluación externa, la emisión del informe por la Agencia de Calidad y concesión del grado de acreditación, si procede, para continuar con los módulos de seguimiento para acceder a un grado de acreditación superior.

La Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía establece 112 estándares estructurados en 5 bloques:

- I. El ciudadano, centro del Sistema Sanitario.
- II. Organización de la actividad centrada en el paciente.
- III. Profesionales.
- IV. Estructura.
- V. Resultados.

En cada uno de los bloques establecidos, los estándares pueden pertenecer a 3 grupos:

– Grupo I: estándares que contemplan los derechos consolidados y los aspectos ligados a la seguridad, la continuidad y la satisfacción de los ciudadanos, y aquellas otras garantías y elementos prioritarios del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

– Grupo II: estándares asociados con el mayor desarrollo de la organización.

– Grupo III: estándares que llevan al centro o a la unidad a constituirse en referente para el resto del sistema.

En función del porcentaje de estándares logrados se establece el grado de acreditación, que puede ser:

- Avanzado.
- Óptimo.
- Excelente.

Resultados. En noviembre de 2003 se inicia el proceso de acreditación en nuestra unidad de gestión clínica, obteniendo el certificado de acreditación «avanzado» emitido por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía en febrero de 2004, estando actualmente en la fase de seguimiento para acceder a un grado de acreditación superior.

En la fase de autoevaluación se detectan 508 evidencias positivas y 157 áreas de mejora.

En la fase de evaluación externa realizada por los miembros de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía los principales resultados obtenidos son:

1. Cumplimiento por grupos. Los estándares del grupo I considerados obligatorios se cumplen en un 100%, mientras que los porcentajes de cumplimiento de los estándares no obligatorios son en el grupo I del

79%, en el grupo II del 58% y en el grupo III del 16%, lo que representa en total un 70% de porcentaje de cumplimiento.

2. Cumplimiento por criterios. Los porcentajes de cumplimiento de los estándares agrupados por criterios presentan los valores más elevados en los criterios de documentación clínica (100%); sistemas de información y tecnologías de la información (88,89%) y gestión de procesos asistenciales (80%), presentando los valores más bajos en los criterios de profesionales, desarrollo y formación (50%) y estructura, equipamiento y proveedores (50%).

Discusión y conclusiones. El proceso de acreditación de calidad ha permitido marcar un antes y un después en la trayectoria evolutiva de la unidad y se ha consuetudado en una nueva herramienta para la gestión que, dado su grado de estructuración, ha permitido reflexionar en todos los aspectos y las vertientes que configuran el quehacer diario de un equipo de atención primaria.

Es un proceso que debe cumplir las premisas de orientación al ciudadano como eje que presida nuestra actividad sanitaria, la participación de todos los profesionales como auténticos motores del revulsivo que el proceso implica y la perfecta conjunción bidireccional con el distrito sanitario para lograr trazar las líneas de actuación.

Todo ello realizado en un entorno web que permite una sincronía en su desarrollo con los miembros de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, supervisores de todo el proceso, que aseguran su buen discurrir a través de una tutoría personalizada y continua en el tiempo.

La obtención del grado «avanzado» en calidad según el Modelo de Acreditación Andaluz ha supuesto también un reconoci-

miento y una satisfacción para los profesionales de la unidad, así como un reflejo y una proyección a la sociedad y, por tanto, a los ciudadanos del trabajo realizado; pero, lo que es más importante, ha configurado un camino de aplicación de mejoras en las diferentes vertientes que repercuten en una mejor calidad prestada en la asistencia clínica a nuestros pacientes.

Agradecimientos. A todos nuestros ciudadanos. A todos los profesionales de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.

J.J. Sánchez-Luque^a, R. Carabaño-Moral^b, F. Zubeldia-Santoyo^a y T. Romero-López^b

^aUnidad de Gestión Clínica de Vélez-Sur. Distrito Sanitario Axarquía. SAS. España.

^bDistrito Sanitario Axarquía. SAS. España.

Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Manual de estándares. Programa de Acreditación de unidades de gestión clínica. Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía; 2003.

Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Manual de estándares. Programa de Acreditación de centros del sistema sanitario de Andalucía. Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía; 2003.

Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Manual de estándares. Programa de Acreditación de unidades de investigación. Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. 2003.