

Problemas sentidos por médicos de Atención Primaria del Área 3 de Madrid en la prescripción de medicamentos genéricos. Estrategias de mejora

T. Morera Bañas^a, O. Larrubia Muñoz^b y E. Escortell Mayor^c

^aFarmacéutico de Área de Atención Primaria. Servicio Madrileño de Salud. Área 3. Madrid.

^bFarmacéutica. Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios. Consejería de Sanidad y Consumo. Madrid.

^cTécnico de Salud en Atención Primaria. Servicio Madrileño de Salud. Área 3. Madrid.

OBJETIVO. Mejorar la utilización de genéricos entre los profesionales del Área 3 de Atención Primaria de Madrid. Investigar las reticencias de los facultativos para su prescripción.

MÉTODOS. Diseño: estudio cualitativo con entrevista individual y cuantitativo.

Estrategias de intervención: 1) intervención grupal: sesión específica sobre genéricos impartida por el farmacéutico de Atención Primaria del Área en el Centro de Salud a 5 equipos de Atención Primaria; 2) intervención individual:

– Entrevista del farmacéutico de Atención Primaria a 30 facultativos, realizada en su consulta. Análisis de la prescripción, información comparada con el resto de facultativos (equipo de Atención Primaria y Área) y principios activos sustituibles por especialidades farmacéuticas genéricas.

– Monitorización mensual personalizada.

Estas dos estrategias se compararon con un grupo control interno (resto de equipos del Área) y un grupo control externo, global Atención Primaria Comunidad de Madrid.

Ámbito geográfico y periodo de estudio: Área 3 de Atención Primaria. 2005.

Sistema de información: DataWareHouse específico de la Comunidad de Madrid, farm@drid.

RESULTADOS. La eficacia de la intervención grupal fue ligeramente superior a la de la individual y bastante más eficaz que la no intervención. La desviación inicial del Área 3 sobre la Comunidad de Madrid se redujo notablemente (diferencia de 0,06% en diciembre de 2005). Los médicos del Área 3 detectan dificultades al prescribir genéricos, relacionadas generalmente con existencia de principios activos de

uso habitual sin genérico, problemas estructurales e intrínsecos del profesional.

CONCLUSIONES. Ambas intervenciones fueron eficaces, el resultado de la grupal fue ligeramente superior al de la individual. Los profesionales concluyen que es importante incrementar el tiempo dedicado por el médico al paciente y realizar campañas informativas.

Palabras clave: Atención Primaria, medicamentos genéricos, investigación cualitativa.

OBJECTIVE. To improve the use of generic drugs among the professionals of primary health care area 3. Investigate the reluctance of the professionals to prescribe them.

METHODS. Design: qualitative study with individual and quantitative interview.

Intervention strategies: 1) group intervention: Specific session on generic drugs given by the primary health care Pharmacist in the health site to 5 primary health care teams; 2) individual intervention:

– Interview of the Area Pharmacist to 30 general practitioners in the health site. Analysis of the prescription, information compared with the rest of the general practitioners (Health Care Teams and Area) and active ingredients that could be substituted by generic pharmaceutical products.

– Personalized monthly monitoring.

These two strategies were compared with an Internal Control Group (the rest of the area teams) and an External Control Group, global primary care of the Madrid Community (MC).

Geographic scope and study period: Area 3 of Primary Care. 2005.

Information system: DataWareHouse specific for the MC, farm@drid.

RESULTS. Efficacy of the group intervention was slightly greater than that of the individual one and much more than

Correspondencia: T. Morera Bañas.
Gerencia de Atención Primaria. Área 3.
Ntra. Sra. del Pilar s/n, 1.ª planta.
28803 Alcalá de Henares. Madrid.
Correo electrónico: tmorera.gapm03@salud.madrid.org

Recibido el 15-02-06; aceptado para su publicación el 19-09-06.

non-intervention. The initial deviation of Area 3 on the MC was significantly reduced (difference of 0.06% in December 2005). Area 3 physicians detect difficulties when prescribing generic drugs, generally related with the existence of active ingredients that are generally used without generic drugs, structural and intrinsic problems of the professional.

CONCLUSIONS. Both interventions were efficacy. The result of the group one was slightly greater than the individual one. The professionals concluded that it is important to increase the time dedicated by the physician to the patient and to make information campaigns.

Key words: Primary Care, generic drugs, qualitative research.

INTRODUCCIÓN

Promover la utilización de genéricos ha sido un objetivo institucional en el último decenio. Esta preocupación se ha reflejado en el *Plan estratégico de política farmacéutica para el Sistema Nacional de Salud*, aprobado en noviembre de 2004, en el cual se establecen diferentes medidas encaminadas a conseguir que los genéricos alcancen un papel importante en el Sistema Nacional de Salud, aportando ahorros en la factura sanitaria pública. En dicho plan el Ministerio de Sanidad y Consumo se compromete a agilizar los trámites de autorización de aquellos genéricos que supongan más de un 30% de ahorro respecto a la marca de referencia, aumentar la formación e información a los médicos y promover la educación de la población respecto a estos fármacos¹.

Estas acciones en conjunto tratan de conseguir un despegue en la cifra de prescripción de genéricos con el fin de aproximarnos a las cifras de otros países europeos o Estados Unidos. En el momento actual, los genéricos sólo representan en el conjunto del Sistema Nacional de Salud una cuota del mercado de un 6%².

Los beneficios de la utilización de genéricos son reales y relevantes: calidad contrastada y avalada por las autoridades sanitarias, facilitan la prescripción, disminuyen el riesgo de errores, contribuyen a que los precios de referencia sean inferiores a los previamente existentes, disminuyen el gasto público... Por ese motivo, este objetivo institucional, se ha incluido en los últimos años en los contratos para la provisión de servicios que firman las gerencias con los equipos de Atención Primaria (EAP) (Contrato de Gestión, Contrato Programa, Programa de Actuación Sanitaria...).

Por tanto, en el momento actual, es pertinente realizar un estudio para mejorar la utilización de genéricos en el Área 3, al tiempo que se exploran las reticencias de estos facultativos para su prescripción.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño

El estudio tiene dos partes diferenciadas, una cualitativa y otra descriptiva.

En el apartado cualitativo se utilizó la técnica de entrevista individual que es habitual en los estudios de investigación cualitativa^{3,4}.

Al final del año 2004 se evaluó en la Gerencia de Atención Primaria del Área 3 de Madrid el seguimiento de los indicadores de calidad de prescripción incluidos en el Programa de Actuación Sanitaria de la Comunidad de Madrid (CM). El valor alcanzado en la cifra de genéricos estaba muy por debajo del valor de la CM. Se analizó posteriormente la información desagregada por el EAP y médicos (Código de Identificación de Asistencia Sanitaria [CIAS]).

En aquellos EAP con valores de genéricos muy alejados de la media del Área 3 (grupo de intervención), se decidió realizar una actividad específica en el año 2005, con el fin de mejorar este indicador.

Se diseñaron dos tipos de estrategias:

– Intervención grupal. El farmacéutico de Atención Primaria (FAP) del Área se desplaza al centro de salud con el fin de impartir una sesión específica sobre genéricos.

– Intervención individual. El FAP del Área se entrevista con el médico en su consulta previo acuerdo telefónico de la cita. En esta reunión, el FAP informa al médico de las características de los genéricos y de las ventajas para su prescripción y le proporciona información específica de la misma, en la que se comparan los valores alcanzados con el resto de facultativos del EAP y el conjunto de médicos del Área. Se le proporciona asimismo información detallada de los principios activos que está utilizando como marcas y en los cuales existe un amplio margen para el cambio por especialidades farmacéuticas genéricas (EFG).

A aquellos facultativos (40 médicos de familia) que transcurridos seis meses desde las intervenciones (grupal o individual) no mostraron un notable incremento de este indicador, se les envió dos cartas personalizadas. En ellas se reiteraba la necesidad de incrementar la prescripción de EFG y se les solicitaba que contestasen a una pregunta abierta, donde se recogieran los problemas o razones que encontraban para conseguir equipararse con el nivel de genéricos del equipo en el que ejercían. El resultado se haría llegar por escrito al Servicio de Farmacia (fig. 1).

A los médicos incluidos en la estrategia individual se les realizó una monitorización pormenorizada: envió mensual de un informe personalizado en el que se incluía el valor obtenido en genéricos en el mes en estudio y en el período acumulado y gráficos con los valores acumulados de prescripción de genéricos del facultativo, del EAP y del Área.

Estas dos estrategias se compararon con un grupo control interno del Área 3 que está constituido por el resto de los equipos del Área no afectados por intervención grupal.

En el grupo control no se realizó ninguna actividad específica sobre genéricos, ni individual ni colectiva, y se le concedió a este indicador el mismo protagonismo que al resto de indicadores incluidos en el Programa de Actuación Sanitaria.

Al considerarse que la prescripción de genéricos es un objetivo estratégico en el Área 3, se podría producir un efecto de contaminación entre el grupo control y los

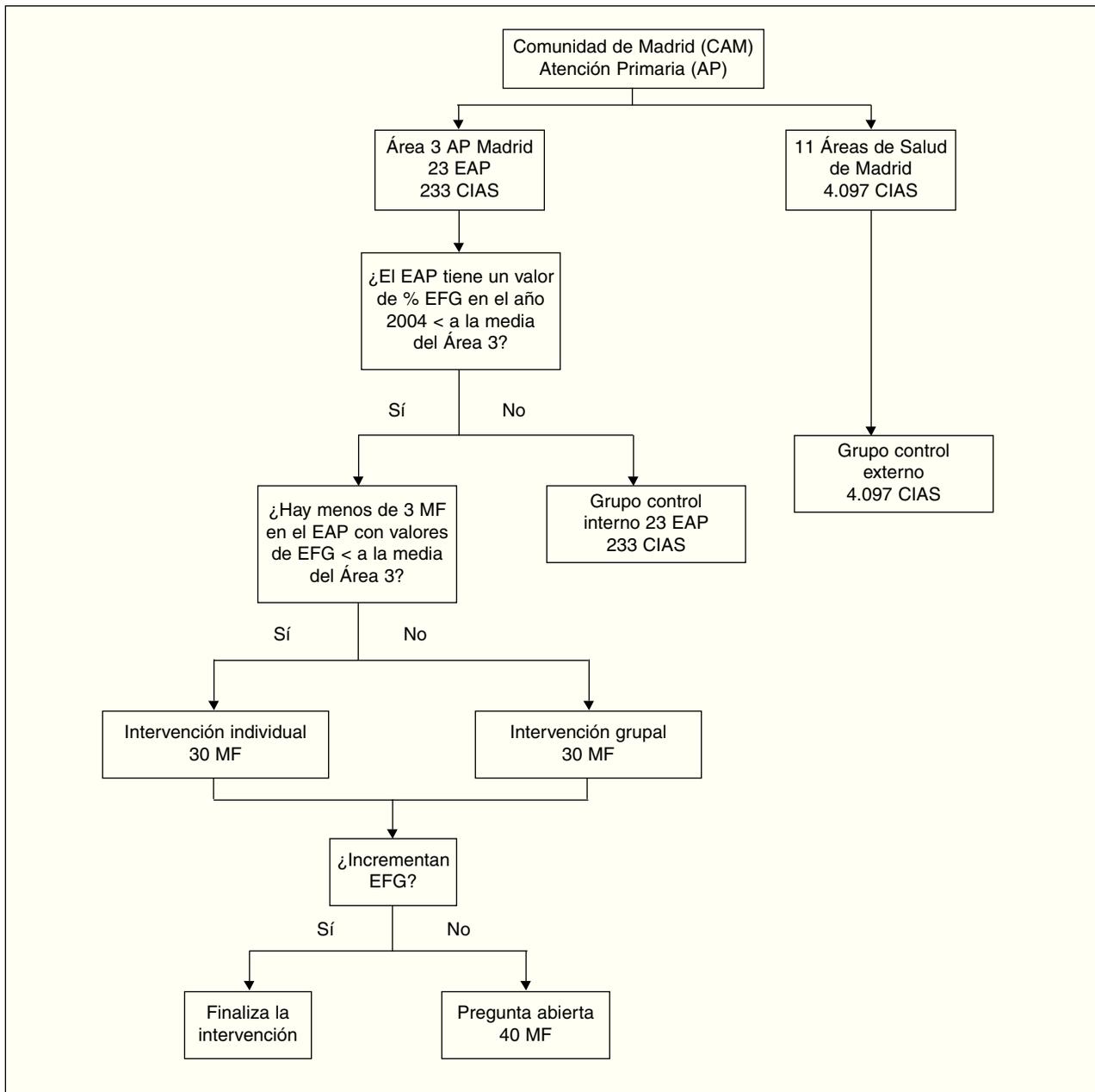


Figura 1. Estructura del estudio.

MF: Médico de familia.

Nota: Los CIAS incluyen a los profesionales de pediatría.

grupos de intervención, por eso se incluye de forma adicional un grupo control externo que corresponde con el global de la CM, Atención Primaria.

Para asignar los facultativos a una u otra estrategia, se siguió un criterio de operatividad: cuando el valor de genéricos alcanzado por el EAP era inferior al del Área, pero estaba motivado por 1-3 facultativos, se realizaba entrevista individual. Sin embargo, cuando fueron más de tres facultativos del mismo EAP los que tenían este valor bajo, se eligió intervención grupal.

Ámbito geográfico

El estudio se realizó en el Área 3 de Atención Primaria de la CM a lo largo del año 2005.

Número de facultativos

Se seleccionaron 30 facultativos para la intervención individual y cinco equipos para la intervención grupal. El grupo control interno está formado por los 23 EAP del Área 3 y el Grupo Control Externo, por el resto de áreas de Atención Primaria (AP) de la CM.

Tabla 1. Valores de prescripción de genéricos al inicio y al final del estudio alcanzados en cada intervención

	% EFG acumulado enero-diciembre 2004	% EFG acumulado enero-diciembre 2005
Intervención grupal	15,01%	19,47%
Intervención individual	12,08%	16,26%
Grupo control interno*	18,30%	21,72%
Grupo control externo**	19,28%	21,78%

*Formado por los valores del Área 3; **formado por los valores de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid.

Cronograma y duración

El estudio se diseñó durante el mes de enero de 2005 y las intervenciones se realizaron en febrero de ese mismo año. La evaluación de resultados se ha realizado a partir de los datos acumulados hasta el mes de diciembre.

Sistema de información de la prescripción

Se ha utilizado un *DataWareHouse* específico de la CM, farm@drid. Se diseñaron informes específicos para poder realizar el seguimiento personalizado de la prescripción de genéricos.

RESULTADOS

En la tabla 1 se representan los resultados globales alcanzados en genéricos al principio y al final del estudio. Como se puede observar, los EAP que componen el grupo de intervención grupal, presentaban al principio del estudio

una diferencia de 3,29 puntos porcentuales respecto al valor medio del Área 3 y los facultativos en los que se realizó la intervención individual tenían una desviación de 6,22 puntos también sobre esa media.

En la figura 2 se describe el porcentaje de incremento medio en la prescripción de EFG según el tipo de intervención (individual o grupal) y el grupo control (interno y externo). Se observan diferencias que no fueron analizadas estadísticamente aunque se aprecia que los incrementos fueron mayores en los grupos de intervención.

Si al inicio del estudio el Área 3 tenía una desviación sobre la CM de casi un punto por debajo, esta diferencia se redujo prácticamente hasta su equiparación en diciembre de 2005 con una diferencia de 0,06%.

A continuación se indican los motivos argumentados para no prescribir genéricos de los 21 facultativos que contestaron a la pregunta abierta. Se han agrupado en tres categorías de análisis, según se muestra en la tabla 2.

Un facultativo argumentaba la elevada presión asistencial tanto en consultas a demanda como programadas con un porcentaje de mayores de 65 años muy elevado. Indicaba las numerosas consultas con Atención Especializada que arrojaban prescripciones de medicamentos con nombre comercial, así como una alta utilización de medicamentos que no tienen principio activo con denominación genérica y que tienen elevado coste, dificultad de la población anciana para entender las equivalencias farmacológicas, los continuos cambios de envase que les dan en la farmacia y, por último, indicaba que si el cambio por EFG lo realiza el médico de cabecera, el paciente no entiende el porqué de esta sustitución, ya que para los pacientes todos

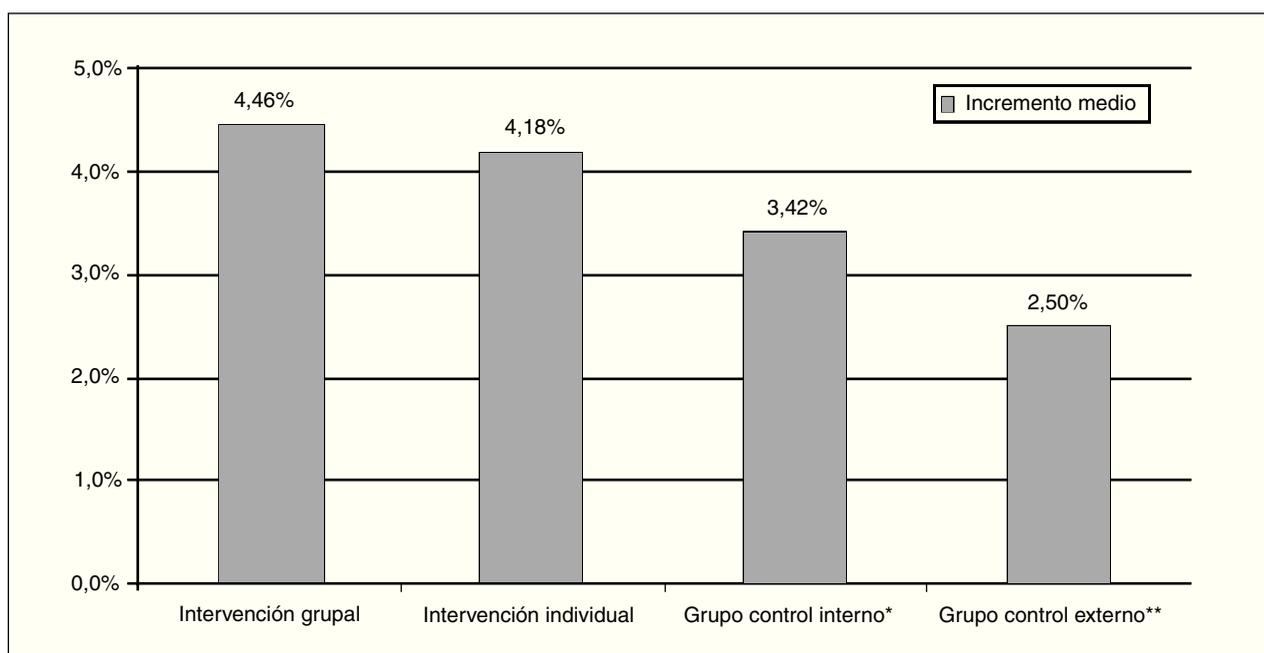


Figura 2. Porcentaje de incremento medio en la prescripción de especialidades farmacéuticas genéricas en el Área 3. Servicio Madrileño de Salud. 2004-2005.

*Formado por los valores del Área 3.

**Formado por los valores de la Comunidad de Madrid, Atención Primaria.

los medicamentos están financiados. Finalmente comentaba que procuraría elevar la prescripción de EFG.

Un facultativo se sentía sorprendido, ya que a pesar del esfuerzo por incrementar este indicador, los resultados no se veían reflejados en un aumento. Indicaba que incrementar la prescripción de medicamentos EFG no es un cometido fácil, ya que los pacientes están habituados a prescripciones de marca y oponen bastante resistencia al cambio por prescripciones EFG. Consideraba que era una cuestión de tiempo lograr este objetivo. Terminaba su informe indicando que haría todo lo posible para incrementar este porcentaje de genéricos.

Otro facultativo refería la dificultad para implicar a otros profesionales sanitarios como los especialistas y que la prescripción inducida era en parte la responsable de la baja utilización de genéricos. También indicaba que un cambio sistemático en la prescripción por genéricos provocaría desconfianza en el paciente. También estaba de acuerdo con la política de contención del gasto e incremento del indicador.

Dos facultativos alegaron enfermedad indicando que la prescripción era de otro médico. Uno de ellos argumentaba la elevada demanda asistencial, resistencia por parte del paciente, farmacias que sustituyen genéricos de un laboratorio por otro, siendo éstas las beneficiadas. Terminaba indicando que la competencia en la prescripción recaía en el

médico. Asimismo, concluía indicando que haría todo lo que estuviera en su mano para incrementar la prescripción de genéricos.

Dos médicos de modelo tradicional (cupo) indicaron que soportaban una elevada demanda asistencial; uno ellos comentaba que llevaba más de 25 años de ejercicio y disponía de vademécum propio en el que basaba sus prescripciones por su efectividad y experiencia. Resaltaba que la responsabilidad de los actos médicos era suya, por lo que debía ser él el que realizara la prescripción sin presión alguna. Continuaba su argumentación comentando que estaba de acuerdo con la política de genéricos por su ahorro, por lo que los estaba incorporando a su vademécum, aunque no con la intensidad que le gustaría dadas las condiciones de presión asistencial, ya que en dos minutos debía hacer anamnesis, exploración, diagnóstico, prescripción y tareas burocráticas, siendo un trabajo contra reloj, por lo que es inevitable que la prescripción la realizase con los fármacos que ya figuran en el ordenador, no facilitando el cambio por genéricos. Continuaba su razonamiento comentando que dada la elevada presión asistencial y la nula ayuda para recetas de crónicos (salvo por las administrativas) realizan las prescripciones a través de un sobre y las recogen a los 4 o 5 días y que, al no estar presente el enfermo, no puede informar del cambio. Comentaba que las diferencias respecto al resto de sus compañeros era que

Tabla 2. Motivos argumentados por los facultativos para no prescribir genéricos (n = 21 médicos de familia que contestan a la pregunta abierta)

Problemas encontrados	Causa argumentada
Alta prescripción de principios activos incluidos como novedades terapéuticas y de los cuales no existe genérico	Tratamientos inducidos por especialistas: principalmente reumatólogos, cirujanos vasculares, psiquiatras, cardiólogos, internistas, etc. Imposibilidad de cambiar tratamientos impuestos con nombres comerciales por el especialista Creencia de que lo nuevo es mejor y que al prescribir lo nuevo aumenta la calidad Falta de información contrastada, facilitada únicamente por la industria farmacéutica
Problemas estructurales que dificultan la prescripción de genéricos	Alta frecuentación: todos los días las consultas llenas Imposibilidad de modificar hábitos higiénicos y dietéticos, todo se soluciona con medicamentos Cupos con poblaciones muy envejecidas y segmentos muy desprotegidos socialmente Hacer guardias y tener residentes a su cargo Poco tiempo de atención al paciente para dialogar En su cupo están los pacientes incluidos en residencia de enfermos psíquicos Demasiada complacencia del facultativo ante el paciente Posibilidad de reclamación por parte del paciente al realizar el cambio Reajuste de su cupo y está empezando a utilizar tratamientos TLD Trabajo en consultorio local y en consulta de pediatría Elevado volumen de desplazados, que vienen sin orden de tratamiento y no son de su cupo Imposibilidad de tener informatizada la consulta para saber cuándo tiene que volver el paciente
Problemas intrínsecos del facultativo y otros	Baja formación en farmacoterapia racional Dificultad de prescribir en OMI-AP por principio activo Falta de interés, de motivación, descontento, desidia, etc. En la farmacia realizan cambios y no le dan el EFG prescrito por el médico

EFG: especialidad farmacéutica genérica; TLD: tratamiento de larga duración. OMI-AP: programa informático de historia clínica en Atención Primaria.

disponían de cinco minutos por enfermo, ayuda en las recetas por personal de enfermería y que se turnaban las urgencias sin interrupción de las consultas. Por último, concretaba que además de los objetivos en genéricos debería contemplarse el objetivo de mejorar la presión asistencial que soportan.

Una facultativo estimaba su convicción de que los medicamentos genéricos suponen una herramienta útil en el uso racional de los medicamentos, que había duplicado su porcentaje de prescripción en los últimos años y que discrepaba de la forma de la carta, pues le resultaban profundamente desagradables los términos en los que estaba redactada y la manera en que se cuestiona lo que forma parte de su actividad diaria, ya que se le pedían, a su entender, explicaciones en plazo sobre los problemas/razones por los que no empleaba un determinado grupo de fármacos, un determinado número de veces de cada cien. Justificaba que su prescripción no era arbitraria ni caprichosa, ya que cuando trata a un determinado paciente con un fármaco en concreto, sea éste o no un EFG, lo hacía en función de razones fundamentadas en cada caso. Explicaba que las situaciones como ésta no contribuyen en absoluto a la motivación del profesional, aunque terminaba su informe comentando su disposición a incrementar, en la medida de sus posibilidades, su porcentaje de genéricos y su actitud de colaboración, aunque siempre con la prevalencia de su criterio profesional.

Una profesional indicaba que estaba en ello, trabajando como todos los agentes implicados, medicamentos, pacientes, médicos y farmacia, mientras estuviera la situación así establecida.

Los dos últimos médicos que informaron al Servicio de Farmacia comentaron lo siguiente: uno resaltaba que el escrito utilizaba un tono imperativo que consideraba negativo en la comunicación entre profesionales, causándole impresión que se estuviera tan pendiente de los genéricos, como si fuera la vida en ello. Al revisar su participación, no dejaba de reconocer que aunque sigue siendo baja respecto al EAP y Área, también se debería reconocer que en enero de 2005 comenzó con un 9% y en junio de 2005 llevaba un 14%, con lo que se había incrementado más de un 50%.

Proseguía comentando que continuaría en la línea de incrementar su participación por razones del evidente ahorro económico, en un imparable gasto farmacéutico. También explicaba que aunque fuera bajo su porcentaje respecto al EAP, también era más bajo su gasto, con lo que en su caso, esta cuestión no debería ser la más importante. Además, argumentaba que los genéricos no son todo en la vida del médico que prescribe y que estaba convencido de que más temprano que tarde llegaría al anhelado objetivo. Por último exponía que faltaba por pulir el reflejo de fármacos de toda la vida que tienen correspondiente genérico y que estaba abierto a seguir hablando personalmente del tema, aunque siempre desde la cordialidad y dejando a un lado los tics autoritarios que nos salen en época de tensión.

El último facultativo resaltaba que estaba haciendo un esfuerzo por incrementar su ratio, para lo que nos instaba

a que viéramos la comparativa con datos del año pasado. Indicaba que no era fácil realizar el cambio debido a determinadas particularidades de su plaza asistencial que ayudarían a explicar esos resultados. En primer lugar, un elevado número de pensionistas al que atiende, muchos con medicación crónica no siempre puesta por él; también indicaba que son necesarias muchas dotes de persuasión y de paciencia para explicar al paciente el cambio en una prescripción realizada por un especialista. Por otra parte, había que tener en cuenta que muchos pacientes están acostumbrados a identificar durante mucho tiempo sus medicamentos por su forma, color y apariencia. Además hay otras variables, como el farmacéutico que cambia de genérico a su conveniencia, con lo que puede ocasionar una desorientación peligrosa para el paciente.

En segundo lugar, implícito con el anterior, había que tener en cuenta la masificación de las consultas en parte originada por la elevada edad de sus pacientes, no disponiendo de tiempo necesario para dar las explicaciones del cambio y llevan a cabo labores de persuasión.

Otras cuestiones aludían a la reticencia natural de los pacientes más consumidores.

Este facultativo comentaba entender y compartir las razones económicas, aunque consideraba que tenía una obligación moral con aquellos pacientes a los que sabía que podría originar perjuicio con dicho cambio. Por último, comentaba que se proponía elevar el porcentaje de EFG en los meses que restaban hasta el final del ejercicio todo lo que fuera racionalmente posible.

DISCUSIÓN

La investigación cualitativa en el ámbito de las ciencias de la salud ha despertado en los últimos años la atención tanto de quienes trabajan en la investigación sobre los sistemas de salud, como de los que realizan su trabajo en el ámbito clínico³.

La segunda parte de la intervención individual (respuesta a la pregunta abierta) podría interpretarse como una entrevista en profundidad, aunque sin el interlocutor delante, lo que puede tener una parte positiva ya que posibilita al médico meditar sobre sus respuestas. Además, facilita respuestas que posiblemente no se obtendrían teniendo al entrevistado delante. Por otra parte, una respuesta pensada elimina a priori frescura y espontaneidad, con lo que se pueden cometer algunos sesgos de información.

Hay que considerar que cuando se parte de valores de EFG bajos, como es el caso del Área 3, existe un mayor margen de incremento potencial. En los grupos de control el punto de partida en cuanto al porcentaje de prescripción de EFG era más elevado, por lo que la capacidad de incrementar dicho indicador puede ser más limitada (efecto techo).

También hay que tener en cuenta que algunos facultativos en los que se ha intervenido individualmente, son conscientes de la desviación en la que se encuentran pero no les preocupa este aspecto. Los intentos para modificar

estos hábitos de prescripción y lograr incrementos notorios resultan complicados, máxime si el profesional se muestra desmotivado o reticente a cambios en su práctica clínica.

Los motivos señalados por los facultativos para no usar genéricos están en línea con los propuestos por otros profesionales y que podríamos agrupar en:

Factores en relación con los médicos prescriptores

Diversos autores han propuesto que se debe profundizar en las políticas de incentivos a los médicos prescriptores como una forma de cambiar hábitos arraigados de prescripción⁵. La falta de concienciación/motivación por parte de la Administración hacia los profesionales es una opinión vertida también por médicos de familia, como Blasco Oliete⁶, para explicar cifras alcanzadas de genéricos inferiores a las esperadas. Estos datos son congruentes con el hecho de que por ejemplo, en la región de Murcia, en el período en el que se incentivó directamente a los profesionales, las cifras de genéricos pasaron del 2,79% a un 17,6%⁷.

Otras veces los médicos consideran que los genéricos no tienen garantizada la bioequivalencia⁸. Otro motivo esgrimido por los médicos americanos ha sido el hecho de no confiar en la utilización de genéricos en fármacos con estrecho margen⁹. En este sentido, la legislación española garantiza que sólo se puedan comercializar como genéricos fármacos con amplio margen terapéutico.

Reticencias por parte de los pacientes en cuanto a la sustitución de medicamentos de marca por genéricos

Diversos estudios observacionales muestran que la población española que recibe información por su médico es partidaria de cambiar la prescripción a un genérico en un 71%¹⁰ o en un 87%¹¹. Los factores que más se han asociado al rechazo al cambio son el desconocimiento de lo que es un genérico y el hecho de que la prescripción inicial no la haga el médico de familia¹¹.

La aceptación del cambio desde marca a genérico se ha observado también en un estudio de intervención con estrategias educativas realizado en 31 Centros de Salud que siguieron a 4.620 pacientes durante un año y en el que se observó una mayor aceptación de los genéricos en el grupo de intervención¹².

Por otro lado, en estudios poblacionales relacionados con población americana, se observa que los pacientes consideran que la utilización de genéricos tiene más riesgo que la utilización de los mismos productos de marca¹³.

Sustituciones en oficinas de farmacia

La existencia para un determinado principio activo de una gran cantidad de especialidades farmacéuticas genéricas de diferentes laboratorios (algunos casi desconocidos), dificulta la gestión del *stock* de la oficina de farmacia, lo que propicia la sustitución por el farmacéutico, lo que no siempre es del agrado del médico prescriptor¹⁴. La legislación es restrictiva en cuanto a las sustituciones, pero en la práctica se produce con mayor frecuencia que la deseada

y el médico siente una mayor seguridad de que se respete su prescripción cuando prescribe con marca comercial.

Prescripción inducida desde el segundo nivel asistencial

Algunos autores cifran entre un 20-40% la prescripción inducida desde Atención Especializada, donde la utilización de genéricos es minoritaria¹⁴. Se necesitan políticas comunes entre Atención Primaria y Atención Especializada y estrategias integrales desde la Administración¹⁴.

Minimización del ahorro de la prescripción de genéricos con la entrada en vigor de los últimos precios de referencia

La autorregulación del mercado ha motivado que todos los medicamentos tengan un precio inferior al de referencia, lo que reduce las diferencias de precio entre los medicamentos genéricos y de marca.

Todas estas opiniones relativas a los factores que están influenciando en la baja utilización de genéricos, han intentado completarse con los resultados de encuestas dirigidas a conocer las actitudes de los médicos españoles ante los genéricos^{15,16}. Sin embargo, el índice de participación de las mismas es muy bajo (222 encuestas de 3.000 muestreados)¹⁵, lo que dificulta la interpretación de los resultados.

En este sentido, la posibilidad de recabar las opiniones de los médicos utilizando técnicas de investigación cualitativa, permite ir profundizando en todos aquellos aspectos que pueden estar incidiendo negativamente en la utilización de genéricos y, en la medida de lo posible, ir corrigiéndolos.

En relación con las respuestas vertidas por los profesionales del Área 3 de Madrid, parece necesario incrementar el tiempo dedicado por el médico a su paciente, ya que la masificación y la falta de diálogo entre ambas partes es uno de los factores que influyen en la no utilización de genéricos. También parece importante realizar campañas informativas a la población, con objeto de informar correctamente de la conveniencia de estas prescripciones.

Las limitaciones de este estudio son:

- La falta del análisis estadístico impide el estudio de la posible influencia de: edad, especialidad, titularidad de la plaza...

- Tampoco se ha controlado el posible efecto coercitivo de solicitar a un facultativo que informe por escrito, a un miembro del Equipo Directivo de una Gerencia, de los problemas que encuentra a la hora de prescribir genéricos.

Parece pertinente extremar las precauciones a la hora de abordar estos temas, debido a que algunos profesionales presentan una susceptibilidad elevada, así como un celo excesivo, en lo que valoran como competencia profesional exclusiva.

Por último, parece necesario perseverar en la realización de intervenciones grupales e individuales, y profundizar en el conocimiento de los problemas sentidos por los profesionales, para mejorar la calidad de la prescripción farmacéutica.

AGRADECIMIENTOS

Para la realización de este estudio, es necesario agradecer la colaboración de todos los facultativos que prestan sus servicios en el Área 3 de Atención Primaria del Servicio Madrileño de Salud y en particular a todos aquellos médicos que han sido monitorizados a lo largo del año 2005, ya que gracias a ellos se ha podido obtener esta información.

También es necesario reconocer la colaboración de la Gerencia, tanto por parte del Dr. Alejandro Gracia Cenamor, como del Dr. Alberto Sebastián Palomino. Asimismo, agradecer el estímulo de D. Julio Zarco Rodríguez para que este artículo fuera publicado en la Revista de SEMERGEN. Por último, reconocer la colaboración de Nieves López Ortega, cuyo apoyo administrativo ha sido esencial para realizar este estudio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan estratégico de política farmacéutica para el Sistema Nacional de Salud Español. [monografía en Internet]. Madrid, 2004. [citado 12-enero-2005]. Disponible en: <http://www.la-moncloa.es/NR/rdonlyres/0436DEE5-9C01-411F-99DE-9652934C2287/78269/PlanEstrat%C3%A9gicodePol%C3%ADticaFarmac%C3%A9utica23noviembre20.pdf>
2. Asociación Española de fabricantes de Sustancias y Especialidades farmacéuticas Genéricas. [monografía en Internet]. [citado 12-enero-2005]. Disponible en: <http://www.aeseg.es/>
3. Mira JJ, Pérez-Jover V, Lorenzo S, Aranaz J, Vitaller J. La investigación cualitativa: una alternativa también válida. *Aten Primaria*. 2004;34:161-9.
4. Pérez C. Sobre la metodología cualitativa. *Rev Esp Salud Pública*. 2002;76:373-80.
5. Azagra-Ledesma R, Aguyé-Bautista A. Los medicamentos genéricos y algunos de los problemas para su implantación en España. *Aten Primaria*. 2002;30:348-9.
6. Blasco-Oliete M. A vueltas con los genéricos. *Aten Primaria*. 2005;36:289-90.
7. López-Picazo JJ, Sanz JA, Bernal JM, Sánchez JF. Evaluación, mejora y monitorización de la prescripción de medicamentos genéricos. *Aten Primaria*. 2002;29:397-406.
8. Meredith P. Bioequivalence and other unresolved issues in generics drug substitution. *Clin Therap*. 2003;25:2875-90.
9. Henderson J, Esham R. Generics substitution: issues for problematic drugs. *Southern Med J*. 2001;94:16-21.
10. Casado-Buendía S, Sagardui-Villamor JK, Lacalle M. Sustitución de medicamentos de marca por genéricos en la consulta de atención primaria. *Aten Primaria*. 2002;30:343-7.
11. Sagardui-Villamor JK, Lacalle M, Casado-Buendía S. Sustitución de medicamentos de marca por genéricos en atención primaria. Factores asociados al rechazo. *Aten Primaria*. 2005;36:489-93.
12. Vallés JA, Barreiro M, Cereza G, Ferro JJ, Martínez MJ, Cucurull E, et al. Aceptación de los fármacos genéricos en equipos de atención primaria: efecto de una intervención educativa y de los precios de referencia. *Gac Sanit*. 2002;16:505-10.
13. Ganther JM, Kreling DH. Consumer perceptions of risk and required cost savings for generic prescription drugs. *J Am Pharmaceutical Assoc*. 2000;40:378-83.
14. Orueta R. Medicamentos genéricos ¿Por qué no se cumplen las expectativas? *Aten Primaria*. 2005;35:227-8.
15. Bergoñón-Fuster S, Guerrero-García T, Cobos-Carbó A, Ordás-Hernández C. Encuesta sobre la prescripción de genéricos en el ámbito de la atención primaria. *Aten Primaria*. 2004;33:120.
16. García AJ, Martos F, Leiva F, Sánchez F. Genéricos ¿buenos o malos? Conocimientos y actitudes de los médicos ante los medicamentos genéricos. *Gac Sanit*. 2003;17:144-9.