

La prescripción en la atención primaria

Factores que influyen en la prescripción farmacológica
realizada por los médicos de familia
y cómo pueden modificarse las tendencias actuales

A. Scoggins, J. Tiessen, T. Ling y L. Rabinovich



La prescripción en la atención primaria

Factores que influyen en la prescripción farmacológica
realizada por los médicos de familia
y cómo pueden modificarse las tendencias actuales

A. Scoggins, J. Tiessen, T. Ling y L. Rabinovich

La investigación descrita en este informe se ha llevado a cabo a petición de la National Audit Office

Reservados todos los derechos. Queda prohibida la reproducción total o parcial de los contenidos de esta publicación por cualquier medio, incluida la traducción, así como su tratamiento informático, sin el permiso previo y por escrito del Editor. El uso de cualquier dato o material de esta publicación sin autorización podrá ser penalizado. A pesar de la recopilación y revisión cuidadosa de la información incluida en esta publicación, el Editor no se hace responsable de la actualización de la información ni de ningún error ni omisión de los datos contenidos en esta publicación. Los contenidos de esta publicación se representan tal y como han sido escritos por sus autores, sin ninguna garantía, incluida cualquier garantía implícita de adaptación para fines particulares. Los contenidos de esta publicación están dirigidos exclusivamente a profesionales de la medicina y deben utilizarse exclusivamente con fines informativos y de investigación. El uso del contenido de la presente publicación con fines diagnósticos y/o terapéuticos, o la aplicación del mismo de forma directa en la práctica médica diaria o en la atención de pacientes será de responsabilidad exclusiva del profesional que lo lleve a cabo. El contenido de la presente publicación nunca ha de suplir la relación médico-paciente y en ningún caso substituye a la opinión ni prescripción médica. Debido a la rapidez de los avances médicos se recomienda verificar de manera independiente los diagnósticos. Igualmente, en el caso de que hubiera mención de productos o fabricantes, en ningún caso debe entenderse como prescripción, recomendación o sugerencia de ninguna clase. Así mismo, el Editor no será responsable de los daños personales ni materiales derivados de la aplicación de métodos, productos, directrices, ideas o cualquier otra información contenida en esta publicación. Del mismo modo, el Editor tampoco será responsable de las decisiones tomadas por cualquier individuo que no sea profesional de la medicina ni de las acciones realizadas por éste a partir de la información incluida en esta publicación. Por último, el Editor no será responsable en ningún caso de la pérdida de beneficios ni de los daños asociados ni siquiera en el caso de haber sido informado de la posibilidad de que estos se produjesen.

© Copyright 2006 RAND Corporation

RAND® es una marca registrada

RAND Corporation es una organización sin fines de lucro dedicada a la investigación, que ofrece análisis objetivos y soluciones efectivas ante los desafíos a los que se enfrentan el sector público y privado en todo el mundo. Las conclusiones de RAND no reflejan necesariamente la opinión de sus clientes y patrocinadores.

De la edición en español:

© 2008 Prous Science, S.A.U. or its licensors. All rights reserved
Provenza 388, 08025 Barcelona

Dep. legal: B-0000-08
Impreso en España

Junta directiva de la SEFAP

Presidente

JUAN CARLOS MORALES SERNA
Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Primaria
C/ Villanueva, 11 7ª planta
28001 Madrid
Tfno: 914312560 Fax: 915763905
jmorales1@sefap.org

Vicepresidente

CARMEN SUÁREZ ALEMÁN
Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Primaria
C/ Villanueva, 11 7ª planta
28001 Madrid
Tfno: 914312560 Fax: 915763905
csuarez1@sefap.org

Tesorero

CARLOS FERNANDEZ OROPESA
Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Primaria
C/ Villanueva, 11 7ª planta
28001 Madrid
Tfno: 914312560 Fax: 915763905
csuarez1@sefap.org

Secretario

Mª TERESA MOLINA LÓPEZ
Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Primaria
C/ Villanueva, 11 7ª planta
28001 Madrid
Tfno: 914312560 Fax: 915763905
csuarez1@sefap.org

Vocales

Andalucía Occidental
JUAN CARLOS DOMÍNGUEZ CAMACHO
jcdominguez@sefap.org

Andalucía Oriental
JOSE LUIS CASTRO CAMPOS
jcastro@sefap.org

Aragón - Cantabria
Mª CONCEPCIÓN CELAYA LECEA
mcelalay@sefap.org

Asturias

ANA IGLESIAS CARBAJO
aiglesiasc1@sefap.org

Canarias

CARMEN MARGARITA GONZÁLEZ GÓMEZ
cgonzalezg1@sefap.org

Castilla la Mancha

ANGELES LLORET CALLEJO
allorete1@sefap.org

Castilla y León

Mª DEL MAR ÁLVAREZ GARCÍA
malvarezg1@sefap.org

Cataluña y Baleares

ARANTXA CATALÁN RAMOS
acatalanr@sefap.org

Comunidad Valenciana

Mª ANUNCIACIÓN FREIRE BALLESTA
mfreireb1@sefap.org

Extremadura

GALO AGUSTÍN SÁNCHEZ ROBLES
gsanchezr1@sefap.org

Galicia

Mª DE LAS MERCEDES GUERRA GARCÍA
mguerrag@sefap.org

Madrid

ANA BELÉN GANGOSO FERMOSE
anab@sefap.org

Navarra

JUAN ERVITI LÓPEZ
jerviti1@sefap.org

País Vasco

RITA SAINZ DE ROZAS APARICIO
rsainzrozasa@sefap.org

Prefacio

El presente informe, elaborado a petición de la Oficina Nacional de Auditoría del Reino Unido (*National Audit Office*, NAO) recoge los resultados de un estudio realizado sobre la prescripción farmacológica en la atención primaria. Su objetivo es determinar qué factores influyen en los médicos de familia ingleses a la hora de prescribir y cómo puede mejorarse la relación coste-eficacia en este sentido con vistas al futuro. Se ha realizado un estudio cualitativo que forma parte de una investigación más amplia que está llevando a cabo la NAO en relación con los hábitos de prescripción en la atención primaria en Inglaterra y, más concretamente, respecto a cómo podrían ahorrarse costes, al tiempo que se mejora la atención a los pacientes.

En primer lugar, se hizo un análisis teórico y, posteriormente, se procedió a realizar una investigación en dos áreas básicas de salud (ABS) bien seleccionadas. Se llevaron a cabo tres entrevistas con los directores de cada ABS para identificar los posibles problemas de prescripción. Después, se organizaron dos grupos de trabajo con los médicos de familia y, finalmente, se desarrolló un taller en el que participaron los directores de cada centro, médicos de familia y otros profesionales interesados (por ejemplo, farmacéuticos). Todos ellos debatieron sobre los factores que influyen en la prescripción, las estrategias de comunicación y *marketing*, y la forma de mejorar el coste-eficacia de las prescripciones.

Se formularon 27 recomendaciones en el transcurso de las entrevistas, los grupos de trabajo y los talleres, que basadas en la opinión de los participantes se pueden agrupar en seis áreas temáticas: 1) una mejor comunicación para una mejor relación coste-eficacia de las prescripciones; 2) unos incentivos adecuados; 3) un enfoque dirigido a toda la comunidad implicada en el proceso de prescripción; 4) el fomento del compromiso de los médicos de familia con el sistema de atención primaria; 5) una mayor cooperación y encuentros frecuentes entre los profesionales; y 6) la transmisión del mensaje a los pacientes.

El presente informe tendrá especial interés para el *Health Value for Money Team*, el equipo de la NAO encargado de analizar la relación calidad-precio en el sector de la salud. También será útil para otros organismos nacionales de auditoría, las ABS, los médicos de familia, los responsables de las políticas y toda la comunidad formada por los interesados en establecer hábitos de prescripción coste-eficaces.

RAND Europe es una organización independiente sin fines de lucro cuya misión es ayudar a mejorar las políticas implantadas y los procesos de toma de decisiones a través de la investigación y el análisis objetivo. Llevamos a cabo nuestra misión realizando investigaciones y análisis objetivos, equilibrados y relevantes, compartiendo puntos de vista e información, trabajando al unísono con nuestros clientes y estableciendo colaboraciones. Este informe ha sido revisado con arreglo a las normas de garantía de calidad de RAND (disponibles en <http://www.rand.org/standards>). Si desea obtener más información sobre RAND Europe o sobre el presente documento, póngase en contacto con:

Profesor Tom Ling
Director de Evaluación y Auditoría
RAND Europe
Westbrook Centre
Cambridge CB4 1YG
Reino Unido
Tel.: +44 1223 353 329
Fax: +44 1223 258 845
Correo electrónico: ting@rand.org
Correo electrónico: scoggins@rand.org

Amanda Scoggins
Analista
RAND Europe
Westbrook Centre
Cambridge CB4 1YG
Reino Unido
Tel.: +44 1223 273 881
Fax: +44 1223 258 845

Índice

Resumen	5
Agradecimientos	9
1. Introducción	11
2. Enfoque	13
Fase 1: Selección de los casos de estudio	13
Fase 2: Entrevistas con los directores generales	14
Fase 3: Grupos de trabajo	15
Fase 4: Taller	15
Fase 5: Síntesis y análisis	16
3. Observaciones clave	17
El problema de las prescripciones realizadas por los médicos de familia	17
Factores que influyen en los hábitos de prescripción de los médicos de familia	17
4. Cómo mejorar la relación coste-eficacia en las prescripciones de los médicos de familia	29
Cómo desarrollar formas de mejorar el coste-eficacia en las prescripciones	29
Formas de mejorar el coste-eficacia en las prescripciones de los médicos de familia	31
Cómo mejorar las prescripciones de los médicos de familia, por prioridades	33
Bibliografía	35
Apéndices	
Apéndice A: Protocolo de la entrevista	37
Apéndice B: Protocolo del grupo de trabajo	39
Apéndice C: Protocolo del taller	43

Resumen

La Oficina Nacional de Auditoría del Reino Unido (*National Audit Office, NAO*), ha encargado a RAND Europe la realización de un estudio cualitativo sobre los hábitos de prescripción de los médicos de familia ingleses. Dicho estudio forma parte de una investigación más amplia que está llevando a cabo la NAO acerca de estos hábitos en Inglaterra y, más concretamente, sobre cómo podrían ahorrarse costes y mejorar la atención a los pacientes.

La finalidad del estudio es determinar los factores que influyen en los médicos de familia a la hora de prescribir, y cómo se podría mejorar el coste-eficacia en el futuro. En el contexto en el que se desarrolla la investigación se observan importantes variaciones en el incremento de los costes de prescripción de los médicos de familia a escala nacional. En 1994, la Comisión de Auditoría estableció una serie de orientaciones con las que trataba de instituir unos hábitos de prescripción más coherentes. Las directrices más recientes del Instituto Nacional para la Salud y la Excelencia Clínica del Reino Unido (*National Institute of Health and Clinical Excellence, NICE*), se centran en tratamientos específicos. En junio de 2006, se calculó que solamente con el uso de las estatinas genéricas, en el marco de unos mejores hábitos de prescripción, podrían ahorrarse más de dos billones de libras esterlinas en el plazo de cinco años.

ENFOQUE

El estudio se dividió en cinco fases clave. La primera consistió en un análisis teórico y en la selección de dos áreas básicas de salud (ABS), representativas de niveles relativamente bajos y altos, respectivamente, de cumplimiento de las directrices del NICE para la prescripción de estatinas (una práctica que se adoptó para determinar la eficacia de la prescripción). Las administraciones elegidas fueron la *Northumberland Care Trust* (ABS de Northumberland) y la *Greater Peterborough Primary Care Partnership* (ABS de Peterborough).

Para identificar los problemas preliminares de prescripción, se entrevistó a los directores de cada centro (Fase 2). El

propósito de estas entrevistas era conocer su opinión sobre los hábitos de prescripción de los médicos de familia, los factores que influyen en ellos, según su criterio, y cómo creen que podrían introducirse cambios en el futuro. También se analizaron las medidas adoptadas por las ABS para controlar e influir en los hábitos de prescripción, para incentivar a los médicos de familia e influir en la conducta general de prescripción.

Posteriormente, se formaron dos grupos de trabajo con los médicos de familia de cada ABS (Fase 3). El objetivo era abrir un debate sobre las experiencias de los médicos de familia en cuanto a sus hábitos de prescripción, cómo valoran la información de las distintas fuentes, los factores que influyen en ellos a la hora de prescribir medicamentos y las medidas que podrían adoptarse para introducir cambios en el futuro. También se les dio la oportunidad de valorar una serie de materiales publicitarios que facilitaron las compañías farmacéuticas y las ABS, y se les preguntó sobre la viabilidad, adecuación y aceptabilidad de distintas estrategias encaminadas a mejorar el coste-eficacia de las prescripciones.

Después se realizó un taller en cada ABS en el que participaron los directores a cargo de cada administración, los médicos de familia y otros profesionales implicados en el proceso (por ejemplo, farmacéuticos), para analizar algunos resultados preliminares e identificar las medidas hábitos que podrían adoptarse para mejorar la rentabilidad de la prescripción entre los médicos de familia y los ABS (Fase 4).

En la etapa final (Fase 5) se sintetizaron y analizaron los resultados de las entrevistas, los grupos de trabajo y los talleres, así como los datos publicados en la literatura. Inicialmente, y a consecuencia de ello, se identificó una serie de factores que influyen en los médicos de familia a la hora de prescribir.

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA PRESCRIPCIÓN DE LOS MÉDICOS DE FAMILIA

En los hábitos de prescripción de los médicos de familia influyen muchos factores, que actúan a distintos niveles del siste-

ma de atención sanitaria. A nivel nacional e internacional, destaca la influencia que ejercen los resultados de los estudios presentados en publicaciones de renombre en relación con distintos tratamientos y fármacos. A nivel de las ABS, influyen las orientaciones locales, los boletines informativos, las visitas in situ de los asesores de prescripción, los contactos personalizados y las recomendaciones de los especialistas y consultores de la atención secundaria. En la consulta, la experiencia profesional de los médicos de familia, las necesidades clínicas del paciente y sus exigencias, los contactos entre profesionales del sector y los representantes de las compañías farmacéuticas tienden a influir en las decisiones de prescripción.

MEJORA DE LA RELACIÓN COSTE-EFICACIA EN LAS PRESCRIPCIONES DE LOS MÉDICOS DE FAMILIA

Durante las entrevistas, los grupos de trabajo y los talleres, se pidió a los participantes que identificaran las formas de mejorar la relación coste-eficacia de las prescripciones. Siguiendo nuestro guión, la mayor parte del debate se centró en las iniciativas que podrían llevarse a cabo en las ABS o en las consultas. La Tabla 1 resume las recomendaciones hechas por los participantes.

Tras analizar las 27 recomendaciones formuladas y considerar las observaciones clave, así como los factores que influyen en los hábitos de prescripción de los médicos de familia, las recomendaciones pueden agruparse en seis áreas temáticas relevantes, que se describirán más adelante. En general, cada una de ellas hace referencia a más de una recomendación y está respaldada por alguna de las partes implicadas, incluidos los médicos de familia, los directores de las ABS, los farmacéuticos y los asesores de prescripción.

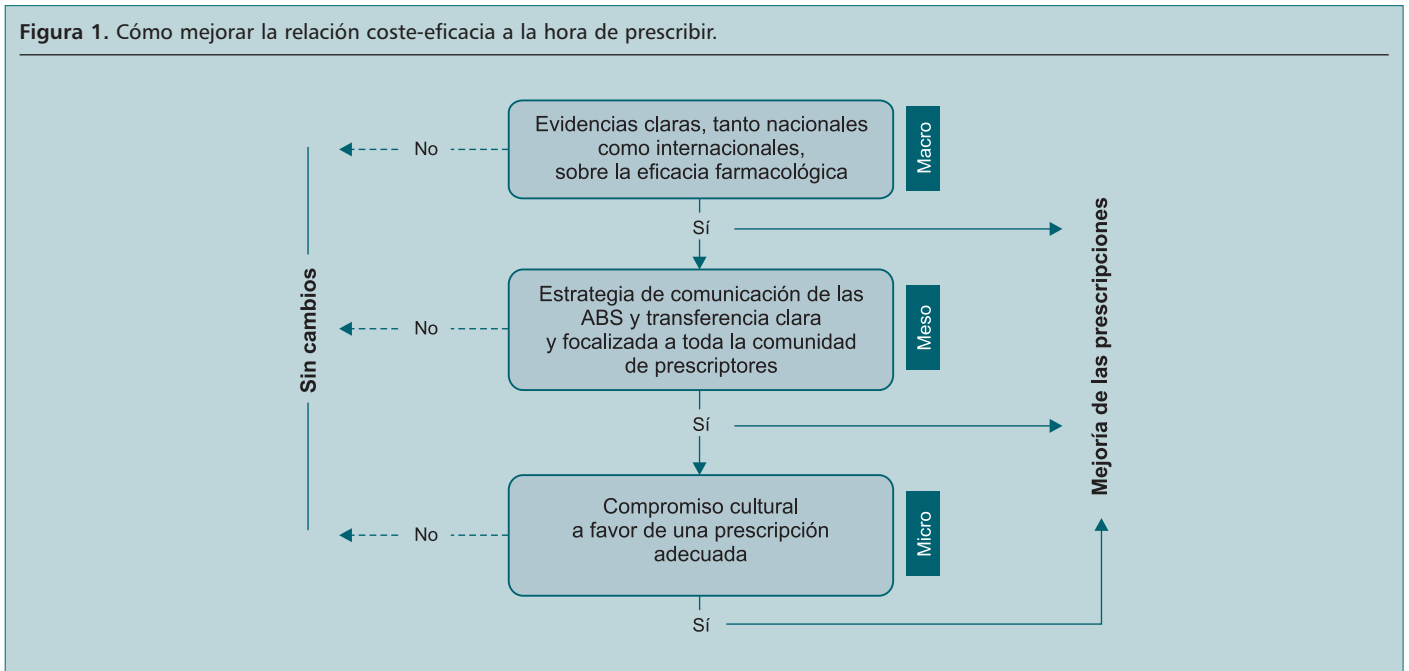
1. Mejorar la comunicación para mejorar el coste-eficacia de la prescripción. Una estrategia de comunicación coherente, sistemática y enfocada que cubriera los tres niveles asistenciales favorecería el conocimiento, la sensibilización y el compromiso entre los médicos de familia, los pacientes y otros grupos implicados. Para ello, podrían difundirse evidencias claras, tanto nacionales como internacionales, de la eficacia farmacológica, desarrollarse una comunicación clara y focalizada, así como una estrategia que traduzca los objetivos de las ABS a toda la comunidad de prescriptores, y crearse canales de comunicación personalizados para las consultas.
2. Dar con los incentivos adecuados. Dada la interdependencia de la prescripción en la atención primaria y secundaria, es importante garantizar la existencia de incentivos coherentes en ambos sistemas. Las posibles medidas podrían incluir, por ejemplo, la revisión de los costes divergentes de los fármacos en la atención primaria y secundaria, o la revisión de los incentivos que pueda haber en las consultas con servicio de farmacia para realizar prescripciones de fármacos de marca de alto coste y con mayores márgenes de beneficio.
3. Dirigirse a toda la comunidad de prescriptores. Toda estrategia, ya sea el ajuste de los incentivos o la mejora de las comunicaciones, ha de ir más allá de la estrecha relación que existe entre la ABS y el médico de familia en cuanto a prescripción. Si toda la comunidad local de prescriptores (incluidos los consultores, los especialistas, los asesores de prescripción, el personal de enfermería, los farmacéuticos, etc.) se implicara en el proceso, habría muchas más posibilidades de reducir gastos, ya que, en parte, éstos se originan fuera de la esfera de control de las ABS. Para implicar a todos los prescriptores podrían establecerse vínculos personalizados de comunicación y mantener reuniones con las personas clave.
4. Fomentar el compromiso entre los médicos de familia del sistema de atención primaria. Hacer de las limitaciones presupuestarias de las ABS uno de los factores a tener en cuenta en el momento de prescribir debería ser la meta final de la estrategia de las ABS. Las campañas de comunicación deberían hacer hincapié en que los médicos de familia forman parte de un sistema más amplio de cuyos recursos se nutren, garantizando el equilibrio entre los recursos necesarios para la prescripción y otros beneficios que podrían ofrecerse a los pacientes. Dado que los medios formales para hacer que los médicos de familia se responsabilicen de sus decisiones sobre prescripción son muy limitados, sería de crucial importancia dar con un enfoque adecuado que garantice su compromiso. Ello podría conseguirse, principalmente, a través de la comunicación, e incluiría visitas in situ de los asesores de prescripción a los médicos de familia, así como la notificación y explicación exhaustiva de las políticas de las ABS por medio de cartas y boletines informativos.
5. Facilitar la cooperación y las reuniones entre profesionales. Las ABS deberían fomentar activamente la cooperación entre las consultas, así como entre los sectores secundario y de cuidados agudos, además de las reuniones entre colegas del sector. Este tipo de contactos, tanto formales como informales, ha demostrado ser una importante fuente de creación de conocimiento, además de una forma efectiva de frenar la escalada de gastos que se ha observado en algunos médicos de familia.
6. Transmitir el mensaje a los pacientes. Comunicar a los pacientes las limitaciones de los recursos de las ABS, el coste de

Tabla 1. Resumen de las recomendaciones hechas por los participantes.

Medida/ Nivel	Estructuras		Procesos	
	Organización	Normas	Información y comunicación	Cooperación y colaboración
Macro	<ul style="list-style-type: none"> ● Crear una organización nacional para identificar y difundir los mejores hábitos. Esta medida trataría de modificar los hábitos de forma activa.* 	<ul style="list-style-type: none"> ● Establecer objetivos nacionales para la prescripción en áreas clave y apoyar así la postura de las ABS. ● Introducir directrices nacionales, conforme a las cuales puedan prescribirse o no nuevos fármacos. ● Prohibir las visitas directas de los representantes de los laboratorios a los médicos de familia; en su lugar canalizar la influencia a través de instituciones nacionales (o un organismo nacional único). ● Introducir un procedimiento estructural a nivel nacional (por ejemplo, marcos de competencia clave) para repaldar el proceso de prescripción. ● Restringir la disponibilidad de fármacos en el Sistema Nacional de Salud británico (<i>National Health Service</i>, NHS). 	<ul style="list-style-type: none"> ● Educar mejor a los pacientes aportándoles información sobre los datos existentes acerca de los medicamentos. ● Sensibilizar a los pacientes mediante campañas nacionales, sobre las limitaciones del NHS, el coste de los tratamientos y la existencia de terapias alternativas. ● Publicar puntos de referencia nacionales sobre el rendimiento en materia de prescripción dentro de las ABS. ● Utilizar los medios de comunicación nacionales como herramienta para difundir información. 	
Meso	<ul style="list-style-type: none"> ● La responsabilidad por los costes de los fármacos en la atención de casos agudos debería transferirse a las ABS. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Crear incentivos para que los médicos de familia mejoren sus hábitos de prescripción. ● Ajustar los contratos de servicios médicos generales y establecer nuevas formas para reforzar la buena prescripción. ● Ajustar los incentivos de prescripción entre la atención primaria y secundaria. ● Introducir programas de incentivos que: <ul style="list-style-type: none"> – Tengan en cuenta y presenten alternativas a la prescripción (por ejemplo, la orientación, la prevención y las terapias alternativas). – Proporcionen financiación adicional para las labores requeridas para cambiar los hábitos de prescripción. – Asignen más fondos a la prevención en la sanidad pública. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Informar de las políticas de la ABS a toda la comunidad prescriptora. ● Reunirse frecuentemente con los representantes clave de los prescriptores locales. ● Aportar mecanismos de apoyo por parte de las ABS para los médicos de familia; por ejemplo, fuentes alternativas de atención a pacientes y terapias alternativas, como la osteopatía o el asesoramiento. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Mejorar la cooperación con la comunidad local de prescriptores en su sentido más amplio, mediante grupos de trabajo conjuntos, etc. ● Fomentar la colaboración con los asesores farmacéuticos, los médicos de familia, los consultores y los especialistas. ● Colaborar estrechamente con la atención secundaria para comprender en qué basan sus decisiones de prescripción.
Micro	<ul style="list-style-type: none"> ● Eliminar las actividades de dispensación en las consultas 			<ul style="list-style-type: none"> ● Apoyar las reuniones entre profesionales del sector y facilitar los intercambios entre ellos. ● Permitir a los médicos de familia que colaboren con los farmacéuticos (por ejemplo, los médicos de familia podrían decidir sobre la dosis y los farmacéuticos sobre qué fármaco resulta coste-eficaz).

*Si bien se asemeja a la función del *National Prescribing Centre* (NPC) del Reino Unido, fue un médico de familia el que hizo esta sugerencia. No se hizo mención alguna al NPC en las entrevistas, los grupos de atención o los talleres.

Figura 1. Cómo mejorar la relación coste-eficacia a la hora de prescribir.



las prescripciones y los datos disponibles sobre tratamientos alternativos con un menor coste debería ser una parte esencial de toda estrategia de comunicación local y nacional. Si lo que se pretende es mejorar la relación coste-eficacia de las prescripciones realizadas por los médicos de familia en general, no bastará con adoptar medidas a un determinado nivel asistencial. Dada la interdependencia de los niveles re-

levantes dentro del Sistema Nacional de Salud, se conseguiría mucho más poniendo en marcha un conjunto integral de medidas a todos los niveles que aplicando unas cuantas soluciones aisladas en cada uno de ellos. La Figura 1 ilustra esta idea y destaca cuáles son las principales medidas para mejorar la relación coste-eficacia de la prescripción en los niveles macro (nacional/internacional), meso (ABS) y micro (interfaz médico de familia-paciente).

Agradecimientos

Expresamos nuestro agradecimiento a la *Northumberland Care Trust* y a la *Greater Peterborough Primary Care Partnership* por haber accedido a participar en este estudio. Nos gustaría dar las gracias en especial a Sue Simkins, responsable de apoyo al presidente, y al Dr. Prasad, director ejecutivo profesional de la *Greater Peterborough Primary Care Partnership*, así como a Nadeem Shah, farmacéutico jefe de la *Northumberland Care Trust*, por la ayuda prestada a RAND Europe en la coordinación tanto de los participantes como de los lugares de reunión para la celebración de las entrevistas, los grupos de trabajo y los talleres en las cuatro semanas que duró el estudio. Extendemos nuestro agradecimiento a todas las per-

sonas (especialmente al personal de las *Primary Care Trusts* y a los médicos de familia) que han participado en las entrevistas, los grupos de trabajo y los talleres del estudio.

Asimismo, nos gustaría dar las gracias a nuestros colegas de RAND Europe: al Dr. Chris Van Stolk, por la gestión temporal del proyecto, y a los Dres. Jonathan Grant y Edward Nason por sus acertados comentarios durante el proceso de garantía de calidad, que nos fueron de gran utilidad. Finalmente, nos gustaría agradecer el apoyo continuado del equipo de proyecto de la *National Audit Office* y sus valiosas aportaciones a lo largo del estudio.

Introducción

El coste por prescripciones realizadas por los médicos de familia del Reino Unido asciende a 7,8 billones de libras esterlinas al año, o, lo que es lo mismo, aproximadamente un 10% del gasto del *National Health Service* (NHS), el Servicio Nacional de Salud del país (*NHSBSA Prescription Pricing Division*, 2006). Del total de las prescripciones realizadas, un 98% corresponde a los médicos de familia (*NHSBSA Prescription Pricing Division*, 2006a). La variación observada en los costes es considerable y la diversidad del perfil de los pacientes no basta para explicarla (Anthony y cols., 2000). El coste anual en concepto de prescripciones correspondiente a los médicos de familia que registran más gastos es prácticamente el doble que el de los que se encuentran en la parte baja del escalafón. Esta variación no se debe únicamente a las distintas necesidades subyacentes de atención sanitaria, sino que, más bien, es consecuencia de las hábitos individuales de prescripción de cada médico. De hecho, muchas de las decisiones de prescripción en el ámbito de la medicina de familia no dependen de efectos farmacológicos reconocidos (Watkins y cols., 2004). La Comisión de Auditoría emitió en 1994 una serie de recomendaciones con las que se pretendían fomentar unos hábitos de prescripción más coherentes, y hace poco, el *National Institute of Health and Clinical Excellence* (NICE) del Reino Unido, hizo lo propio planteando un conjunto detallado de directrices relativas a determinados tratamientos (*Audit Commission*, 1994; NICE, 2006). En junio de 2006, se calculó que el uso de las estatinas genéricas, por sí solo, podría ahorrar más de dos billones de libras esterlinas en un periodo de cinco años (Moon y Bogle, 2006).

Las investigaciones llevadas a cabo conjuntamente por RAND, la *University College London* y la *Harvard Medical School* sugieren que una atención sanitaria de mayor calidad pasa por importantes (aunque variados y complejos) factores organizativos y culturales (Robert y cols., 2005). Esas mismas investigaciones llamaron la atención sobre las medidas a nivel macro

que podrían desembocar en microsistemas de mejora de la calidad. Éstos dependen y están regulados por lo que podría denominarse, según House y cols. (1995), un mesoparadigma de calidad (a los efectos del presente estudio, esto incluye la organización, cultura y liderazgo de las *Primary Care Trusts*, o administraciones de atención primaria). Los citados estudios concluían, asimismo, que la comunidad clínica responde de distintas maneras y con diferentes grados de éxito a las evaluaciones de calidad de su trabajo, y poco a poco parecía más claro que las evidencias del rendimiento por sí mismas no cambiaban los hábitos ni traducían las mejoras buscadas en resultados (Grimshaw y cols., 2001; 2004). Se sabe que las directrices del NICE, por ejemplo, han tenido un impacto irregular en la medicina basada en la evidencia (Sheldon y cols., 2004). De ahí que pudieran obtenerse beneficios considerables al ofrecer una mejor relación calidad-precio si se conocieran las circunstancias concretas en las que trabaja cada médico de familia.

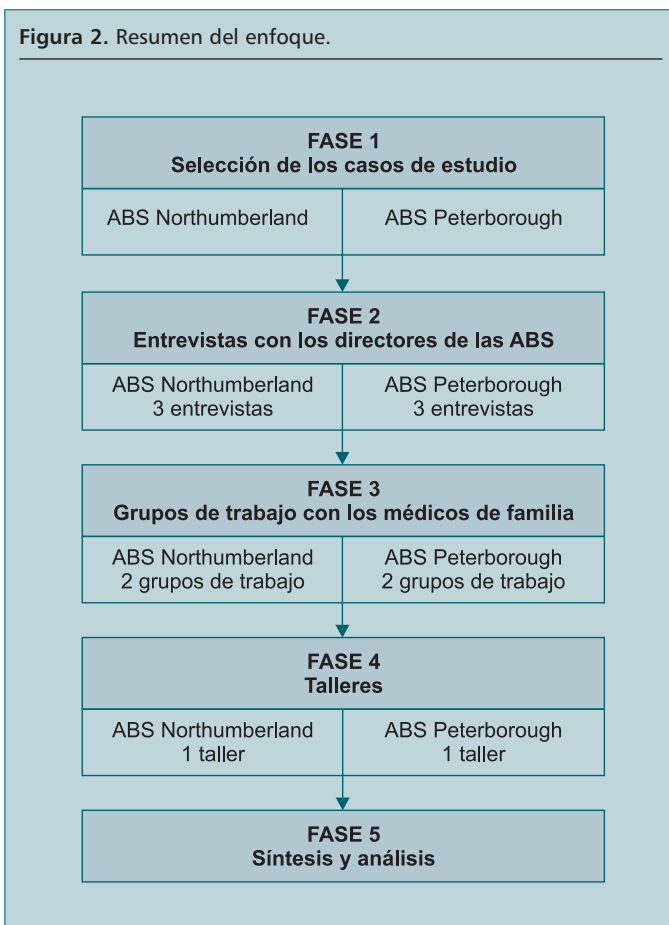
Actualmente, el *Value for Money Health Team*, el equipo de la *National Audit Office* (NAO), estudia la relación coste-eficiencia en las prescripciones en la atención primaria en Inglaterra, y más específicamente, cómo podrían ahorrarse costes al tiempo que se mejora la atención a los pacientes. La NAO es una entidad independiente del gobierno, responsable ante el *Committee of Public Accounts* (Comité de Cuentas Públicas) del Parlamento británico sobre el uso de los fondos públicos. Este organismo audita las cuentas de todos los departamentos gubernamentales centrales y produce cerca de 60 informes al año acerca de la relación calidad-precio de los gastos en los que éstos incurren.

La investigación de la NAO sobre la prescripción en la atención primaria tiene tres vertientes. Las dos primeras, en las que se incluía la realización de cuestionarios a asesores de prescripción en todas las ABS y a 1000 médicos de familia, ya se

han completado. La vertiente final consiste en un estudio cualitativo, encargado a RAND Europe, cuyo objeto es determinar los factores que influyen en las prescripciones de los médicos de familia británicos, y cómo podría mejorarse la relación coste-eficacia. La finalidad de este informe es describir el enfoque y los resultados obtenidos en esta última vertiente del proyecto.

El informe se divide en tres capítulos. El segundo y tercer capítulo describen cuál ha sido el enfoque del estudio cualitativo y las observaciones clave, respectivamente. El cuarto capítulo incluye las conclusiones derivadas de las observaciones clave e identifica posibles recomendaciones destinadas a mejorar la relación coste-eficacia de las prescripciones de los médicos de familia.

El proceso se ha dividido en cinco fases: 1) selección de dos casos de estudio; 2) entrevistas a los directores responsables de cada una de las ABS; 3) grupos de trabajo con los médicos de familia; 4) talleres con los directores responsables y los médicos de familia; y, 5) síntesis y análisis de los resultados. Estas fases se detallan en la Figura 2 y se explican a continuación.



FASE 1: SELECCIÓN DE LOS CASOS DE ESTUDIO

La finalidad de esta fase era seleccionar dos ABS o administraciones de atención primaria: una que presentara un cumplimiento relativamente bajo de las directrices sobre la prescripción de las estatinas, y otro con un nivel relativamente alto de cumplimiento de las mismas.

Según las directrices del NICE tituladas *Statins for the Prevention of Cardiovascular Events* (administración de estatinas para la prevención de episodios cardiovasculares), "cuando se decide prescribir una estatina se recomienda, como medida habitual, iniciar la terapia con un fármaco de bajo coste (teniendo en cuenta la dosis diaria requerida y el precio del producto por dosis)" (NICE, 2006). Así pues, el porcentaje de prescripción de las estatinas de alto coste en las ABS puede usarse como indicador justificativo de la rentabilidad en todas las áreas terapéuticas.

El Ministerio de Sanidad británico proporcionó a la NAO los datos correspondientes a un período de tres meses, hasta marzo de 2006, en los que se establecía una clasificación de todas las ABS de Inglaterra en función del porcentaje de prescripción de estatinas de mayor coste.¹ De las ABS en los primeros (1-31) y últimos (272-303) deciles, se extrajo información referente a la edad, la raza, el nivel de vida² y el Marco de Calidad y Resultados³ para garantizar que las ABS participantes en el estudio compartieran características relativamente similares y reducir, así, las variables de error.

El 13 de septiembre de 2006 se envió, tanto por correo electrónico como postal, una carta de la NAO, junto con la descripción del proyecto, a los directores generales de cuatro ABS, dos de ellos con un alto grado de cumplimiento de las directrices anteriormente indicadas y dos con un nivel bajo, invitándoles a participar en el estudio. La invitación se confirmó dos días después mediante llamada telefónica por parte de RAND Europe. Los centros finalmente seleccionados para participar en el estudio fueron la *Northumberland Care Trust*

Tabla 2. Características de las ABS participantes.

		ABS Northumberland	ABS Peterborough ^a
Edad (%)	<15 años	18,8%	21,8%
	15-64 años	63,6%	64,0%
	>65 años	17,6%	14,2%
Raza	Blanca	99%	91,3%
	Asiática	0,3%	5,7%
	Negra	0,1%	1,1%
	Mezcla	0,3%	1,3%
	Otros	0,2%	0,6%
Nivel de vida ^b		121	137
Nivel QOF ^c		150	99
Porcentaje de prescripción de estatina de mayor coste ^d		22,5%	59,7%

^a El número de ABS en Inglaterra pasará de 303 a 152. Estaba previsto que esto ocurriera en octubre de 2006. Los datos correspondientes a Greater Peterborough son una media de los de North Peterborough y South Peterborough.

^b Datos sobre el nivel de vida proporcionados por el *National Primary Research and Development Centre* de la *University of Manchester*.

^c Cifra de QOF proporcionada por el *National Health Information Centre*.

^d Los análisis iniciales desarrollados por la NAO y la *Keele University* indican que con respecto a las estatinas y los inhibidores de la ECA/antagonistas de los receptores de la angiotensina-2 (ARA-2), el ABS Northumberland es más rentable en sus prescripciones que el de Peterborough.

FUENTE: Censo de 2001 del Reino Unido, National Statistics: <http://www.statistics.gov.uk/census>.

(ABS Northumberland) y la *Greater Peterborough Primary Care Partnership* (ABS Peterborough).

FASE 2: ENTREVISTAS CON LOS DIRECTORES GENERALES

A principios del mes de octubre realizamos tres entrevistas a los directores generales de cada una de las ABS participantes. La finalidad era conocer su opinión sobre los hábitos de prescripción de los médicos de familia, los factores que consideran que influyen en ello y cómo creen que puede modificarse esta tendencia en el futuro (véase el Apéndice A en el que se reco-

ge el protocolo de la entrevista). Asimismo, queríamos conocer mejor las medidas adoptadas por el centro para controlar e influir en esos hábitos. Así, se realizó una reflexión sobre los acuerdos establecidos para gestionar el flujo de información relativo a las directrices del NICE y la manera en la que se fomentaba su cumplimiento. En esta fase se identificaron también otras medidas específicas adoptadas por el centro para incentivar a los médicos de familia e influir en sus hábitos generales de prescripción. Los directores a los que se entrevistó pertenecían a distintas áreas, incluidas las de farmacia, finanzas, operaciones y sanidad pública. Las entrevistas estaban semiestructuradas, se realizaron cara a cara y tuvieron una duración aproximada de una hora. Se tomaron notas detalladas y se elaboró una lista de aspectos clave.

¹ Porcentaje de estatinas de mayor coste: número de estatinas de alto coste prescritas (es decir, salvo la simvastatina y la pravastatina) dividido entre el total de estatinas prescritas (excluidos los combinados). En general, cuanto más bajo era el nivel de prescripciones de alto coste, mejor. Para conocer en detalle cómo se hicieron los cálculos, acceda a www.productivity.nhs.uk/definitions.

² En el caso del nivel de vida, se clasificaron todas las ABS de Inglaterra de mayor a menor, a partir de la combinación no ponderada de cuatro censos variables correspondientes a 2001: desempleo, superpoblación, coche en propiedad y clase social baja (Clase Social IV o V) (Morgan y Baker, 2006).

³ El Marco de Calidad y Resultados (QOF) mide los éxitos de la práctica general conforme a una tarjeta de puntuación que contiene 146 indicadores basados en las evidencias y que permite una calificación máxima de 1050 puntos. Los indicadores basados en las evidencias hacen referencia a cuatro áreas: clínica, organizativa, experiencia de los pacientes y servicios adicionales. El QOF también tiene en cuenta la amplitud de los servicios a través de la atención holística, las prácticas de calidad y el acceso a éstas (véase http://www.dhsspsni.gov.uk/qof_context).

FASE 3: GRUPOS DE TRABAJO

El objetivo de los grupos de trabajo formados por los médicos de familia era abrir un debate sobre su experiencia actual respecto a las prescripciones, cómo las realizan, cómo valoran la información procedente de las distintas fuentes, los factores que influyen en ello, y qué se puede hacer para modificar esos hábitos en el futuro (véase el Recuadro 1). El grupo de trabajo también ofreció a los médicos de familia la oportunidad de realizar comentarios sobre toda una serie de materiales publicitarios suministrados por las compañías farmacéuticas y las ABS. Finalmente, se les preguntó sobre la viabilidad, adecuación y aceptabilidad de distintas estrategias para mejorar la relación coste-eficacia de las prescripciones (véase el Apéndice B para conocer el protocolo del grupo de trabajo).

Recuadro 1. Definición de grupo de trabajo.

Los grupos de trabajo pretenden fomentar el debate organizado entre un pequeño grupo de sujetos (4 a 12 personas) moderado por un profesional. Está diseñado para obtener información sobre las preferencias y los valores de los participantes acerca de un tema concreto, y averiguar el porqué de tales opiniones. Esto se consigue mediante la observación del debate estructurado entre dicho grupo, en un entorno permisivo, en el que no se sientan amenazados.

Fuente: Slocum (2003).

En el mes de octubre se celebraron cuatro grupos de trabajo con los médicos de familia, de 90 minutos de duración cada uno. En cada ABS se desarrollaron dos. El objetivo era seleccionar a ocho médicos de familia de cada grupo. Se buscaron lugares de reunión de relativo fácil acceso para los médicos de familia y la actividad tuvo lugar durante la hora de comer para evitar interferencias con las horas de consulta. Las ABS se encargaron de seleccionar a los médicos que iban a participar en el grupo.

En Peterborough, el Dr. Prasad, director ejecutivo profesional del ABS Peterborough, contactó personalmente por teléfono con 24 médicos de familia para solicitar su participación en el primer grupo de trabajo, y con 22 para el segundo grupo. La ABS envió también a los médicos de familia un correo electrónico en el que describía el grupo de trabajo, junto con una carta de RAND Europe en la que se establecía la finalidad de la actividad, el contexto del estudio y el protocolo a seguir.

Dos médicos de Peterborough declinaron la invitación por adelantado debido a otros compromisos. Se había previsto la participación de ocho médicos de familia en cada grupo de trabajo, pero aproximadamente la mitad "no se presentó" el día indicado.

En el caso del ABS Northumberland, Nadeem Shah, farmacéutico jefe, envió una carta a aproximadamente 30 consultas, invitando a sus médicos a participar en cualquiera de los grupos de trabajo. Un par de días más tarde, RAND Europe hizo un seguimiento de la convocatoria, llamando por teléfono a los directores de las consultas para saber si alguno de sus médicos de familia acudiría a la reunión. Tan sólo uno estaba disponible para el segundo grupo de trabajo, así que se pospuso la sesión una semana para tratar de conseguir un mayor aforo. Entre las razones dadas por los médicos de familia para declinar la invitación estaba el limitado número de profesionales en la consulta (lo que supondría la contratación de suplentes para poder acudir a la reunión), la falta de interés, los compromisos previos y el escaso tiempo con el que se avisó. En la Tabla 3 se recoge el número de participantes de los grupos de trabajo.

Los grupos fueron coordinados por el profesor Tom Ling y se tomaron notas detalladas durante la actividad, con las que se elaboró una lista de aspectos clave.

FASE 4: TALLER

El objeto del taller era abrir un debate sobre lo que los médicos de familia y las ABS pueden hacer para influir en los hábitos de prescripción. Se centró en identificar lo que era adecuado, viable y aceptable para las ABS y trató de identificar una serie de medidas hábitos con posibilidad de implantación, destinadas a mejorar la relación coste-eficacia de las prescripciones realizadas (véase el Apéndice C para conocer el protocolo del taller y el Recuadro 2 para la definición de taller). Por ejemplo, se preguntó a los participantes qué harían para aumentar el uso de las estatinas genéricas hasta un X por ciento (una cifra acordada por los participantes) en el plazo de un año a nivel de las ABS y las consultas generales, y que identificaran los posibles obstáculos, riesgos y elementos beneficiosos. El objetivo era seleccionar a 10 o 12 directores generales, médicos de familia y otros profesionales interesados (por ejemplo, personal de enfermería que prescriba fármacos y farmacéuticos).

Tabla 3. Participación de los médicos de familia en los grupos de trabajo.

Grupo de trabajo	Participantes (n)
1 – Greater Peterborough Primary Care Partnership	4
2 – Greater Peterborough Primary Care Partnership	5
3 – Northumberland Care Trust	5*
4 – Northumberland Care Trust	2

* Tan sólo uno de los participantes era médico de familia. El resto del grupo de trabajo estaba compuesto, entre otros, por asesores en gestión farmacéutica. Las opiniones aportadas por los participantes que no eran médicos de familia se trataron con precaución.

Recuadro 2. Definición de taller utilizada por RAND Europe.

Un taller suele ser una forma útil y productiva de aunar las distintas vertientes de una misma investigación, identificar problemas y conclusiones comunes y, en algunos casos, priorizar las recomendaciones. Los talleres permiten la participación tanto de participantes expertos como de sujetos legos (es decir, múltiples interesados) de forma igualitaria y brindan la oportunidad de conseguir o mejorar la aportación de los usuarios.

El 25 de octubre y el 7 de noviembre de 2006 se llevó a cabo un taller de 90 minutos de duración con médicos de familia, directores generales de las ABS y otros profesionales interesados (por ejemplo, farmacéuticos) en las administraciones de atención primaria de Peterborough y Northumberland, respectivamente. Las ABS enviaron un correo electrónico sobre el asunto a cada posible participante, junto con una carta de RAND Europe en la que se les invitaba a participar en el taller y se adjuntaba, asimismo, el protocolo a seguir. Las ABS debían elegir a qué médico de familia y directores generales invitar. En el ABS Peterborough se invitó también al equipo de farmacia (Tabla 4).

En el caso de Northumberland, RAND Europe contactó con 35 farmacias en Morpeth, Ashington, Blyth y otras zonas cer-

canas para ver si algún farmacéutico deseaba participar en el taller. Tres farmacias expresaron su interés en la actividad, por lo que RAND Europe les envió más información. La mayoría de los farmacéuticos no acudió a la cita porque el taller se celebró en horas de trabajo.

RAND Europe y las ABS trataron de elegir lugares de reunión de acceso relativamente fácil para todas las partes y los talleres se desarrollaron a la hora del almuerzo para evitar interferir en las horas habituales de consulta de los médicos de familia. La actividad fue coordinada por el profesor Tom Ling. Los participantes y el moderador se sentaron en círculo y se abrió el debate. Se tomaron notas detalladas durante el taller, con las que se elaboró una lista de aspectos clave.

FASE 5: SÍNTESIS Y ANÁLISIS

En esta fase se sintetizaron y analizaron los resultados de las entrevistas, los grupos de trabajo y los talleres. El equipo de investigación se reunió en varias ocasiones para hablar sobre las observaciones clave extraídas de los debates mantenidos en los grupos de trabajo y los talleres. Asimismo, se presentaron los resultados preliminares a los miembros del *Value for Money Health Team* de la NAO.

Tabla 4. Participación en los talleres.

Taller	Médicos y farmacéuticos (n)	ABS	Total de participantes
1 – Greater Peterborough Primary Care Partnership	5	3	8
2 – Northumberland Care Trust	1	3	4

Observaciones clave

3

EL PROBLEMA DE LAS PRESCRIPCIONES REALIZADAS POR LOS MÉDICOS DE FAMILIA

Se preguntó a las ABS si creían que existía un problema con las prescripciones. Ambas administraciones de atención primaria reconocieron que existe un problema nacional, especialmente con la prescripción limitada de fármacos genéricos por parte de los médicos de familia. Los genéricos suelen ser más baratos que sus homólogos de marca, a pesar de que ambos presentan los mismos principios activos. La diferencia de precio se debe, principalmente, al elevado coste en investigación y desarrollo asociado a la producción de los fármacos de marca. No obstante, deben tenerse en cuenta otros factores. Los gastos en publicidad de los medicamentos de marca son extremadamente altos, y recuperarlos es una de las principales preocupaciones del fabricante cuando fija el precio de venta al público. La ABS Northumberland reconoció que se situaba en el escalafón superior de cumplimiento y que su observancia de las directrices sobre prescripción era relativamente buena. Sin embargo, creía que todas las administraciones de atención primaria experimentan problemas en relación con los costes de prescripción y que, en su caso en concreto, podría mejorarse la relación coste-eficacia en la prescripción. El ABS Peterborough dio la impresión general de que se las apañaba bien en circunstancias difíciles. Uno de los directores responsables del centro afirmó que el problema era de índole económica más que clínica. Por su parte, el ABS Northumberland mencionó que la prescripción de determinados fármacos debía incrementarse (por ejemplo, los que reducen el riesgo de infarto de miocardio) y que debían implantarse más programas de detección para intentar reducir el riesgo de que los pacientes accedan al sistema de salud mediante derivaciones, lo que supone un mayor coste para el NHS. Los médicos de familia también reconocieron que existen problemas con los hábitos de prescripción. Afirmaron que es difícil encontrar fármacos más baratos que prescribir, que no disponen de tiempo

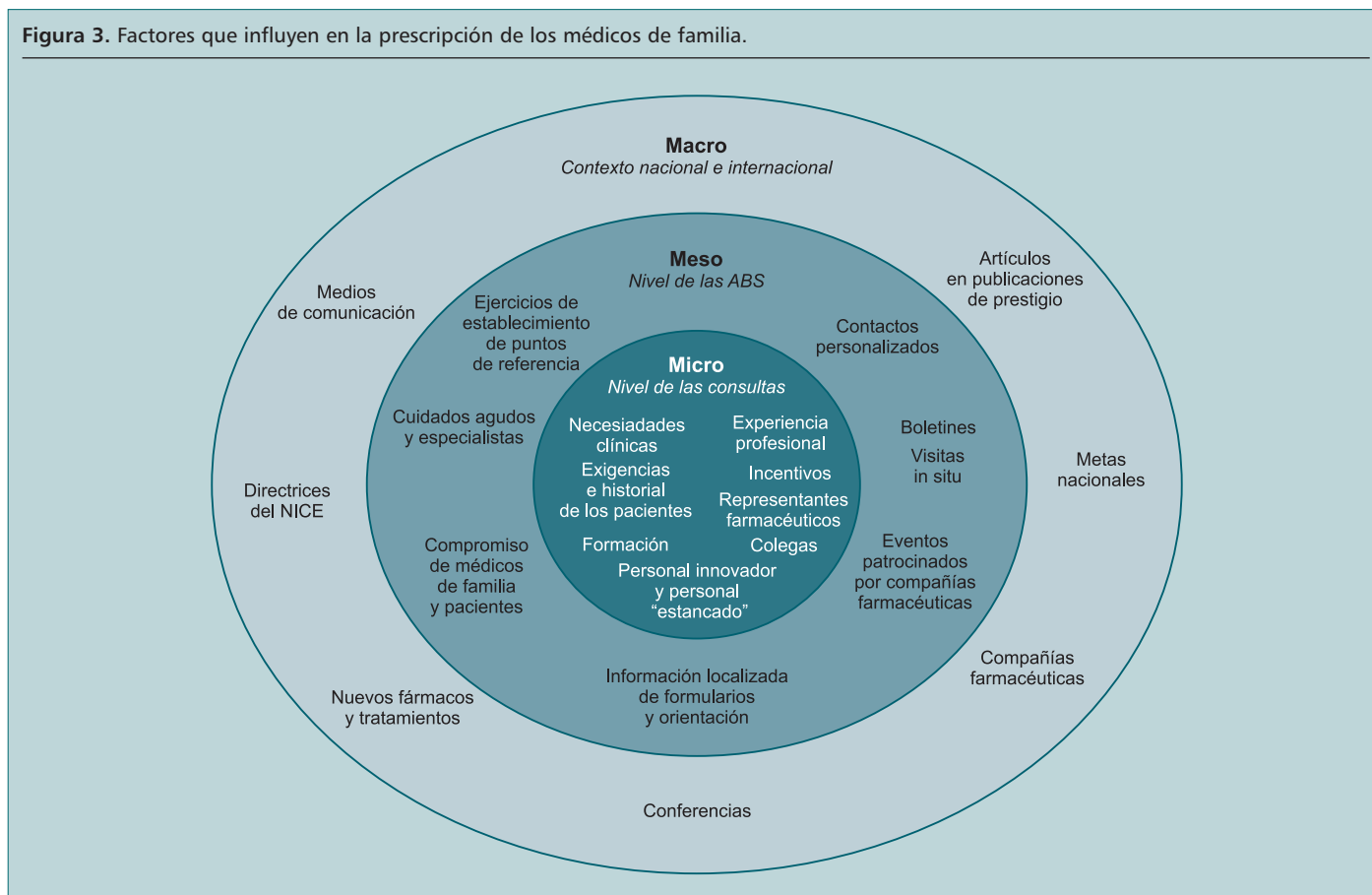
suficiente para cada paciente y que los genéricos no siempre son el fármaco adecuado para tratar la enfermedad de los pacientes. Los médicos de familia achacaron los problemas de prescripción al cambio constante de las directrices dadas por las ABS (especialmente en relación con las estatinas) y a la influencia de las prescripciones de los especialistas y las unidades de agudos. Uno de los médicos de familia mencionó la tensión existente entre la prescripción de fármacos y el hecho de actuar como abogados del paciente.

FACTORES QUE INFLUYEN EN LOS HÁBITOS DE PRESCRIPCIÓN DE LOS MÉDICOS DE FAMILIA

Existen numerosos factores que pueden influir en las prescripciones de los médicos de familia, actuando a nivel macro, meso o micro, o a todos los niveles al mismo tiempo. El macro queda fuera del escenario local de las ABS y los médicos de familia en el contexto tanto nacional como internacional. Generalmente, este nivel comprende la esfera de influencia y responsabilidades del gobierno nacional, pero también se dan situaciones en las que una entidad casi gubernamental o un organismo voluntario realiza sus funciones actuando en interés público o en nombre del gobierno, aunque de forma ajena a él. El nivel meso comprende factores de carácter inmediato, en este caso a nivel del ABS. El nivel micro se centra en la atención clínica, o en este caso, en la interfaz que aúna pacientes y médicos de familia. Estos niveles no son distintos a los cuatro estamentos (nacional, regional, institucional e individual) que representan los distintos niveles funcionales dentro del sistema sanitario o el sector de la salud, según lo describen Leatherman y Sutherland (2003).

En la Figura 3 se conceptualizan los factores que, en opinión de los sujetos del estudio, influyen en las prescripciones realizadas por los médicos de familia a nivel macro, meso y micro. Éstos se mencionaron durante las entrevistas, los grupos

Figura 3. Factores que influyen en la prescripción de los médicos de familia.



de trabajo y los talleres. Conforme a nuestro guión, la mayor parte de los debates se centraron en factores que actúan a nivel meso y micro, y que reflejaban, sobre todo, la composición de los participantes en las entrevistas, los grupos de trabajo y los talleres. Los factores que influyen en los hábitos de prescripción de los médicos de familia se explican a continuación y, donde procede, se hace referencia a la literatura y las evidencias pertinentes.

Factores a nivel macro que influyen en la prescripción de los médicos de familia

Evidencias claras, tanto nacionales como internacionales, de la eficacia de tratamientos y fármacos presentadas en publicaciones de prestigio

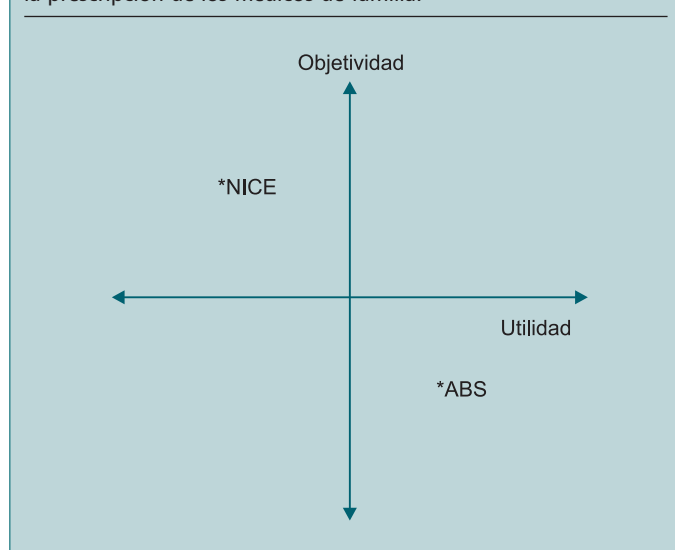
Un factor que influye de manera significativa en los hábitos de prescripción de los médicos de familia, y que se puso de relieve durante los debates de los grupos de trabajo, fue la disponibilidad de datos sólidos sobre tratamientos y fármacos presentados en publicaciones de prestigio, como el *British Medical Journal* o revistas farmacéuticas. La calidad de los datos se considera de la máxima importancia. Por ejemplo, un médico

de familia afirmó que: "Yo sólo prescribo fármacos nuevos si existen evidencias claras." Un estudio previo determinó, asimismo, que los artículos de esta clase de publicaciones constituyen uno de los mayores factores de influencia en los hábitos de prescripción de los médicos de familia, junto con los diálogos sobre temas de prescripción mantenidos con colegas de profesión y las recomendaciones de los especialistas (Wathen y Dean, 2004).

Las directrices del NICE deben adaptarse para poder aplicarse en el contexto local

Se apuntó también a las directrices del NICE como factor que influye en los hábitos de prescripción de los médicos de familia. Sin embargo, deben adaptarse para su aplicación en cada contexto local. Las observaciones preliminares del *Survey of Prescribing Advisory in England by the NAO*, el estudio sobre sugerencias para la prescripción en Inglaterra de la NAO, sugieren que los médicos de familia distinguen entre la utilidad y la objetividad de la información. Se pidió su opinión a los participantes de los talleres sobre una observación preliminar que establece que las directrices del NICE, si se compa-

Figura 4. Percepción de las fuentes de información en relación con la prescripción de los médicos de familia.



ran con otras fuentes de información, como las ABS, se perciben como “objetivas”, aunque no demasiado “útiles” (Figura 4). Los datos objetivos (como las directrices del NICE) reflejan la incertidumbre de los resultados científicos, y los médicos de familia no dudan en calificarlos de ambiguos y demasiado ajenos a la práctica diaria en las consultas como para poder aplicarse. Las ABS tratan de eliminar estas ambigüedades adaptando sus notas orientativas al contexto local, haciendo que sus directrices sean menos científicas, pero más fáciles de seguir. Este proceso supone la priorización de algunas opciones y la degradación de otras. Ello podría basarse en las necesidades clínicas de la población local, pero también podría estar motivado por las preocupaciones presupuestarias de las ABS. Clasificando las distintas opciones por prioridades, la información resulta más útil, pero es menos objetiva, sobre todo porque suele considerarse que las ABS dan preferencia a los temas presupuestarios. Ni las directrices de las ABS ni las del NICE se estiman útiles ni objetivas (cuadrante superior derecho de la Figura 4), aunque ambas contribuyen, por separado, a unos hábitos de prescripción de buena calidad.

Uno de los médicos de familia manifestó que “aunque las directrices del NICE son objetivas, no pueden considerarse útiles en el contexto local. Éstas han de ser interpretadas localmente y ajustarse al contexto para poder constituir un fundamento de utilidad a las decisiones sobre prescripción.” Otro médico de familia afirmó que: “Las directrices del NICE son demasiado vagas como para poder aplicarse directamente a la prescripción.” Por otro lado, el ABS dijo que: “Dado que las directrices son objeto constante de malas interpretaciones, he-

mos contratado a un grupo con orientación clínica que ayuda a interpretarlas.”

Un estudio previo había determinado que, por sí mismas, las directrices del NICE influían poco en los hábitos de prescripción de los médicos de familia. Donde las directrices coincidían con la información procedente de otras fuentes, o con la experiencia personal, había pruebas de que las valoraciones tecnológicas impulsaban la prescripción, aunque esto no siempre era cierto (Wathen y Dean, 2004). Carthy y cols. (2000) hallaron que otros recursos de apoyo a la prescripción, incluido el *British National Formulary*, y las bases de datos como PRODIGY (prescripción sensata con apoyo a la decisión en la medicina general) fueron factores clave que influyeron en la prescripción. No obstante, ninguno de ellos se mencionó de forma espontánea en las entrevistas, los grupos de trabajo o los debates de los talleres.

Los medios de comunicación nacionales sensibilizan sobre determinadas enfermedades y tratamientos e influyen en las exigencias de los pacientes

Los medios de comunicación nacionales tienen el poder de sensibilizar sobre determinadas enfermedades y tratamientos, e influir en las exigencias de los pacientes. Los médicos de familia reconocieron que el público suele responder rápidamente a la cobertura periodística y mediática. Comentaron que los pacientes buscan información sobre fármacos o tratamientos nuevos (y caros) en Internet o en los periódicos, y que luego piden el fármaco a su médico. Los médicos de familia creen que este tipo de conducta por parte de los pacientes es, en general, fácil de manejar, pues suele ser suficiente con explicar al paciente que no existen muchos datos fiables sobre el fármaco en cuestión. Astrom y cols. (2002) determinaron que “los anuncios en los periódicos y las revistas”, así como la “información sacada de Internet” influían menos en los hábitos de prescripción de los médicos de familia que otros factores, como las “recomendaciones de los especialistas”.

El desarrollo de nuevos fármacos o tratamientos influye en los hábitos de prescripción

La acogida de nuevos fármacos y tratamientos depende en gran medida de las características individuales del médico de familia, especialmente de si se trata de un profesional “innovador” o “estancado”. Este punto se analiza con más detalle en el apartado siguiente (pág. 24), en el que se examinan los factores que influyen en la prescripción a nivel micro. Pallot (1996) indicó que los nuevos avances tecnológicos, sobre todo los relacionados con fármacos caros, aumentan las expectativas del público y causan, en parte, un aumento considerable en las facturas nacional en medicinas.

Tabla 5. Estrategias empleadas por la *Greater Peterborough Primary Care Partnership* y la *Northumberland Care Trust* encaminadas a influir en la prescripción de los médicos de familia.

	ABS Peterborough	ABS Northumberland
Enfoque	<ul style="list-style-type: none"> ● Enfatiza la prescripción “coste-eficaz” en lugar de centrarse únicamente en el coste de los fármacos. ● Equilibra el conocimiento de los médicos de familia derivado de su experiencia con el de los asesores de prescripción, que tratan de desarrollar planes detallados de práctica. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Enfatiza la prescripción “coste-eficaz” en lugar de centrarse únicamente en el coste de los fármacos. ● Trata de “facilitar” las decisiones de prescripción de los médicos de familia en lugar de influir en ellas a través de su propia experiencia y conocimientos.
Número de consultas	<ul style="list-style-type: none"> ● 33 consultas de médicos de familia. ● 3 consultas con servicio de farmacia. 	<ul style="list-style-type: none"> ● 46 consultas de médicos de familia. ● 21 consultas con servicio de farmacia.
Postura de las ABS frente a las farmacéuticas	<ul style="list-style-type: none"> ● Política de hospitalidad que garantiza un “enfoque cauto” al patrocinio, que se adoptará en el futuro. Se pide a los médicos de familia que no reciban visitas a los representantes farmacéuticos. ● Los empleados de las ABS sólo pueden reunirse con los representantes farmacéuticos fuera del horario laboral. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Se permite que las compañías farmacéuticas patrocinen las reuniones trimestrales de los prescriptores jefe. ● Los empleados de las ABS sólo pueden reunirse con los representantes farmacéuticos fuera del horario laboral.
Formas en las que las ABS se comunican con las consultas	<ul style="list-style-type: none"> ● Enfoque personalizado ad hoc. ● Reconoce la importancia de mantener buenas relaciones y personalizadas (informales) con la comunidad de prescriptores. ● Envía boletines informativos sobre distintos temas. ● Recurre al contrato GMS en última instancia, pero ha advertido a algunas consultas en el pasado. ● Favorece la “interacción de todos los médicos de familia en la misma área”. ● Envía a un representante de prescripción a cada consulta para hablar acerca de los planes de actuación relativos a las prescripciones con los médicos de familia, los asesores farmacéuticos y los técnicos. ● Se basa, en cierta medida, en las redes locales y personales para influir en los hábitos de prescripción de los médicos de familia. ● Utiliza planes de actuación de prescripción, describiendo los presupuestos, áreas prioritarias, metas y posible ahorro de costes. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Enfoque personalizado y sistemático. ● Definición de canales de comunicación para cada consulta y para los líderes de opinión en cada grupo de profesionales: <ul style="list-style-type: none"> – dos personas de contacto en cada consulta (médico de familia y otro profesional) – aproximadamente, cinco líderes de opinión que trabajan en el ABS. ● Equipo de gestión farmacológica. ● Boletines de información quincenales. ● Celebra talleres con los médicos de familia. ● Informes trimestrales sobre prescripción. ● Reuniones trimestrales con los prescriptores jefe de la consulta. ● Recurre al contrato GMS en última instancia. ● Utiliza planes de actuación de prescripción, describiendo los presupuestos y las áreas prioritarias de prescripción.
Formato del suministro de información	<ul style="list-style-type: none"> ● Boletines en papel y por correo electrónico con información comparativa en colores (incluidos diagramas de barras). 	<ul style="list-style-type: none"> ● Mensajes coherentes, claros y estandarizados que se repiten con frecuencia, por ejemplo, en las reuniones o por medio de boletines de información o el sitio web SPIDER. ● Aporta información localizada a través de la plataforma de Internet (plataforma de gestión de contenidos).
Métodos de control	<ul style="list-style-type: none"> ● Datos de prescripción de la Autoridad de Precios de Prescripción del ABS. ● <i>Feedback</i> sobre el porcentaje de gastos en fármacos, incluidas comparativas del nivel de las consultas ● Centra el control en los cinco primeros fármacos y los bloques de gastos únicos más elevados 	<ul style="list-style-type: none"> ● Datos de prescripción de la Autoridad de Precios de Prescripción del ABS. ● Verificaciones de control anuales por parte del ABS. ● Autoevaluación por parte de los médicos de familia y los ABS. ● Reuniones mensuales con el Equipo de Gestión Farmacológica.

Factores a nivel meso que influyen en los hábitos de prescripción de los médicos de familia

Existen muchos factores que actúan a nivel de las ABS (o meso) y que, en opinión de los sujetos del estudio, pueden influir en los hábitos de prescripción adoptados por los médicos de familia. Las distintas estrategias empleadas por las ABS de Peterborough y Northumberland se resumen en la Tabla 5 y se explican más adelante. Al parecer, la diferencia más relevante entre las ABS de Northumberland y Peterborough es la manera en la que se comunica con las consultas. Si bien ambas administraciones se sirven de un enfoque personalizado (por ejemplo, enviando a las consultas planes de actuación e informes sobre prescripción, así como boletines informativos), parece ser que el ABS Northumberland aplica un enfoque más sistemático a la labor de comunicación, frente al enfoque más ad hoc adoptado por el ABS Peterborough. Por ejemplo, el enfoque sistemático del ABS Northumberland prevé la selección de dos contactos clave dentro de cada consulta y de líderes de opinión dentro del ABS. Los líderes de opinión son médicos de familia seleccionados por las ABS a los que se considera influyentes en sus colegas en cuanto a prescripción se refiere. Otra diferencia entre las dos ABS es su actitud ante las compañías farmacéuticas. Peterborough parece haber adoptado un enfoque más cauto hacia ellas que Northumberland. Por ejemplo, esta última permite el patrocinio frecuente por parte de las compañías farmacéuticas de las reuniones trimestrales de médicos de familia líderes de opinión en cuanto a prescripciones, mientras que el primero ha actualizado hace poco su política de hospitalidad con el objeto de garantizar que el ABS sea más cauto en el futuro sobre las actividades de patrocinio.

Suministro de información a medida, como directrices locales, boletines informativos, sitios web, etc.

Las ABS proporcionan información sobre prescripción a los médicos de familia en distintos formatos, de acuerdo con sus necesidades, por ejemplo por medio de la página web, los boletines informativos o las directrices locales. En julio de 2006, el ABS Northumberland lanzó la plataforma SPIDER (información sobre rendimiento específico por medio de evidencias y fundamentos) en Internet (www.spider-nhs.com). Este sitio web constituye una plataforma para toda la comunidad sanitaria de Northumberland a través de la cual se pueden adquirir conocimientos, intercambiar puntos de vista e información y colaborar con los expertos en salud. La finalidad de esta iniciativa es actuar como única fuente de información para los médicos de familia. El portal incluye, entre otras cosas, el canal de salud de la BBC *Health Live*, noticias médicas y locales, así como acontecimientos locales destacados, información

sobre directrices, boletines informativos y un foro de debate en el que los miembros del ABS pueden seguir de cerca las conversaciones entabladas entre los médicos de familia y aportar sus opiniones, además de actuar como moderadores, en caso necesario. El sitio web incluye información sobre la gestión de formularios, que se actualiza y amplía continuamente para cubrir nuevas enfermedades. El ABS dijo que era una forma de intentar “facilitar la prescripción de los médicos de familia más que influir en ella”. A través del sitio web se trata también de canalizar entre el público local la máxima información posible por medio de un portal local fácilmente accesible y relevante. En la actualidad, todas las consultas se hallan registradas en el sitio web, y hay un total de 184 usuarios registrados, entre los que se incluyen médicos de familia y personal de apoyo, como los *Practice Medicine Managers*, encargados de la gestión, compra y administración de fármacos.

En general, los médicos de familia creen que las directrices aportadas por las ABS pueden resultar muy útiles, especialmente si la información que ofrecen es “breve y está bien presentada”. El ABS de Northumberland recaló la importancia de presentar la información a los médicos de familia en un formato estandarizado y claro que transmitiera mensajes coherentes.

En los talleres se pidió a los participantes su opinión sobre las conclusiones preliminares del *Survey of Prescribing Advisory in England by the National Audit Office*, el estudio sobre sugerencias para la prescripción en Inglaterra de la NAO. En dicho estudio se determinó que la información de las ABS se considera una fuente de información “útil”, aunque no muy “objetiva” (Figura 4). Estos resultados fueron respaldados por los participantes en nuestro taller. Varios médicos de familia afirmaron que la información aportada por las ABS no es objetiva porque valora, al mismo tiempo, los aspectos presupuestarios y los resultados clínicos. Por ejemplo, un médico de familia afirmó que la información aportada por las ABS estaba “dominada” por los temas presupuestarios.

Las comparativas y los planes de actuación sobre la prescripción pueden incrementar la presión sobre las consultas para que éstas realicen mejoras en sus hábitos de prescripción

Las ABS hacen llegar a todas las consultas, de forma regular, distintos informes acerca de los costes de prescripción en los que incurren. La información, que está organizada por edad, sexo y composición de los residentes temporales de las listas de médicos de familia de las autoridades sanitarias de Inglaterra, hace posible la comparación entre consultas dentro de una misma ABS. Por ejemplo, en el ABS de Northumberland se envían informes trimestrales sobre prescripción que describen

los principales indicadores de rendimiento y presentan la posición financiera del ABS. Asimismo, el informe incluye los veinte fármacos clave (según el coste) y las diez áreas patológicas principales (por ejemplo, enfermedades cardiovasculares, infecciones, enfermedades respiratorias, etc.). La información de control obtenida por ambas ABS fue similar y se utilizó, posteriormente, para desarrollar planes de actuación sobre prescripción destinados a las consultas, cuyo objeto era priorizar las áreas de ahorro más efectivas. La mayoría de los médicos de familia cree que, como consecuencia de las limitaciones de tiempo (y de recursos) a las que están sometidos, las consultas sólo han podido centrarse en dos o tres áreas de prescripción. Una de las preocupaciones manifestadas por los directores de las ABS es el intervalo de tiempo (de 3 o 4 meses, aproximadamente) que han de esperar para poder comprobar si se han puesto en marcha de forma satisfactoria los planes de actuación. Algunos médicos de familia comentaron que les gustaría saber más sobre el lugar que ocupan dentro de la clasificación nacional los costes de prescripción en los que incurren; sin embargo, las comparativas generales al nivel de la ABS resultaban de mayor utilidad debido a las variaciones locales en cuanto a las áreas patológicas pertinentes. Un médico de familia comentó que “las comparativas influyen en las prescripciones que realizo hasta cierto punto”. Esto podría deberse, por ejemplo, a que este tipo de estudios aumenta la presión sobre las consultas para que éstas mejoren el coste-beneficio de sus prescripciones en áreas determinadas, previamente identificadas por el ABS. Ambas áreas afirmaron que no intercambian datos de control con otros centros sobre las hábitos de prescripción de sus médicos de familia.

Visitas personales y directas de los asesores de prescripción a los médicos de familia y consultas especialmente elegidos

Ambas ABS influyen en las decisiones de prescripción mediante visitas directas y personales por parte de sus asesores a una serie de médicos de familia y consultas especialmente elegidos. En el caso de Peterborough, un asesor de prescripción acude a cada consulta para tratar las áreas clave de prescripción con posible ahorro de costes. El ABS de Northumberland cuenta con dos personas de contacto en cada consulta, siendo el primero un médico de familia y el segundo otra clase de profesional (normalmente, un *Practice Medicine Manager*, encargado de la gestión, compra y administración de fármacos), cuya misión es influir en la conducta de prescripción coste-eficaz, y controlar y poner en marcha planes de actuación específicos. Esta administración sólo realiza visitas anuales de control porque sus consultas están relativamente alejadas unas de otras.

En la actualidad, los programas de incentivos son limitados, pero es posible que aumenten a través de la asignación de presupuestos a las consultas

La asignación de presupuestos a las consultas es una política gubernamental por la que se transfiere la responsabilidad de implantación desde las ABS a las consultas locales de los médicos de familia. Estas últimas reciben un presupuesto, del que se harán responsables y que tendrán que destinar a la prestación de sus servicios (Ministerio de Sanidad británico, 2004). Uno de los directores de las ABS comentó que es posible que así los médicos de familia tengan más presentes los problemas presupuestarios a los que se enfrentan las ABS y traten de mejorar la prescripción coste-eficaz. Algunos médicos de familia plantearon que, tal vez, esta solución produzca el efecto contrario, pues si bien pueden disminuir los costes de prescripción de las consultas, los resultantes de la atención de agudos o las derivaciones podrían incrementarse.

Comunicarse con la comunidad local de prescriptores en la atención primaria, secundaria y de agudos

Existen varios canales de comunicación, formales e informales, en las comunidades de prescriptores primaria y secundaria (incluidos consultores, especialistas, asesores farmacéuticos y médicos de familia) que pueden influir en los hábitos de prescripción. Las redes locales se definieron como una manera efectiva de descubrir hábitos de prescripción inadecuados. Por ejemplo, los directores del ABS de Northumberland mencionaron que el farmacéutico de la comunidad podría actuar como fuente útil de información, especialmente a la hora de identificar a los médicos de familia que desarrollan hábitos inadecuados, tal como la prescripción de fármacos no permitidos en el Reino Unido.

El compromiso de médicos y pacientes (por ejemplo, foros, seminarios y campañas mediáticas de médicos de familia)

Ambas ABS reconocieron que “involucrar a todos los médicos de familia” era una manera especialmente útil de influir en los hábitos de prescripción. Las ABS no quisieron mostrarse demasiado directas en este sentido, reconociendo las altas aptitudes profesionales y experiencia de sus médicos de familia. Asimismo, dijeron ser conscientes de que los médicos de familia podrían dejar de colaborar si escuchan constantemente el mismo mensaje. El ABS de Northumberland compromete a los médicos de familia convocando reuniones de colaboración sobre gestión de fármacos de forma trimestral, a las que acuden los jefes de prescripción de cada consulta. En estas reuniones se habla sobre los resultados de los informes de prescrip-

ción y, a veces, se realizan trabajos en grupo relacionados con los planes de actuación sobre prescripción. También se pide a los jefes de prescripción que completen un formulario de autoevaluación, en el que han de identificar las principales áreas de prescripción que se pueden mejorar. Un mes después de la reunión trimestral, los médicos de familia reciben del ABS la retroalimentación pertinente sobre sus autoevaluaciones y se prepara un plan de actuación en el que se identifican las principales áreas de prescripción y las medidas que han de adoptarse.

El contrato de Servicios Médicos Generales como último recurso para recortar los “excesos en la prescripción”

En el contrato de Servicios Médicos Generales (GMS) se definen los excesos en la prescripción, como “la prescripción de fármacos cuyo coste o calidad es excesivo, en relación con cualquier paciente, a raíz del carácter del fármaco, medicina o aplicación en cuestión, si se compara con el que sería razonablemente necesario para garantizar un tratamiento adecuado” (*British Medical Association, 2006*). Si bien los directores de las ABS dan importancia a la presencia de esta cláusula en el contrato, no dudan en reconocer que sólo recurrirían a ella en última instancia para conseguir recortar los “excesos en la prescripción”. El ABS de Peterborough ya ha advertido de este tipo de hábitos. Una opinión generalmente aceptada es que debería producirse un acercamiento hacia los profesionales de la salud que prescriben de forma “excesiva” (circunstancia que suele identificar, en primera instancia, el asesor de prescripción del PCO local) mediante la implantación de programas de formación o la presión ejercida por los colegas de profesión. A falta de un acuerdo sobre el curso de actuación a adoptar, las ABS deben reflexionar sobre si existen pruebas suficientes que demuestren que los hábitos de prescripción del contratista constituyen una violación de las condiciones contractuales. De producirse un incumplimiento tal, el ABS en cuestión tendrá que considerar qué medidas desea adoptar contra el contratista. Ello podría incluir el envío de una notificación de incumplimiento o de rectificación, o la invocación de sanciones contractuales.

Los hábitos de prescripción observados en el sector de la atención a casos agudos y entre los especialistas pueden influir en las exigencias de los pacientes

Las prescripciones realizadas por los consultores y otros médicos de atención secundaria pueden influir en las exigencias posteriores de los pacientes hacia sus médicos de familia. Los médicos de familia dijeron que esta situación era problemática cuando los fármacos prescritos por los consultores eran

“caros” y no se correspondían con los que se hubieran recomendado inicialmente en la atención primaria. Uno de los directores de las ABS atribuyó, en parte, este problema a la diferencia de precios de los fármacos en los sistemas de atención primaria y secundaria. Esto da lugar a una cierta discriminación por parte de las compañías farmacéuticas, en cuanto a precios se refiere. Así, es posible que los hospitales obtengan descuentos sustanciales en determinados fármacos únicamente prescritos, en primera instancia, por el hospital y que luego son cubiertos por la atención primaria (que ha de abonar el precio estándar). Dado que los médicos de familia no suelen encontrarse en posición de rebatir las decisiones sobre prescripción adoptadas por los consultores hospitalarios, las compañías farmacéuticas pueden recuperar las pérdidas iniciales en el contexto hospitalario incrementando las ventas en la atención primaria. La posibilidad de que los hospitales compren fármacos al por mayor tiene un efecto similar en los presupuestos de prescripción de las ABS. Los fármacos considerados coste-eficaces en los hospitales pueden resultar bastante caros en la atención primaria, donde los precios difieren.

En este contexto, los médicos de familia consideran que la educación de los pacientes es muy importante, especialmente en relación con el coste de las prescripciones, aunque esto podría abordarse con más eficacia al nivel macro. Por ejemplo, un médico de familia afirmó que “si los médicos de familia tuvieran que justificar sus gastos, parecería que sacrifican los derechos de los pacientes”. Astrom y cols. (2002) dijo que las recomendaciones de los especialistas eran uno de los factores de influencia más importantes en los hábitos de prescripción de los médicos de familia.

LAS COMPAÑÍAS FARMACÉUTICAS INFLUYEN EN LOS LÍDERES DE OPINIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA Y SECUNDARIA

Ambas ABS tenían políticas de hospitalidad relativas al tema de las compañías farmacéuticas y reconocieron que estas últimas suelen contar con capacidades de comunicación más efectivas y con mejores recursos que las ABS. El ABS Peterborough ha pedido a las consultas que no se reúnan con los representantes de los laboratorios farmacéuticos porque “la información que proporcionan no es imparcial”. Si bien las reuniones clínicas que celebraba este ABS solían estar patrocinadas por la industria farmacéutica, también es cierto que el centro acababa de actualizar su política de hospitalidad para garantizar la adopción de un “acercamiento más cauto” al patrocinio en el futuro. La política del ABS Northumberland parece ser menos restrictiva para con los laboratorios. Así, por ejemplo, les permite patrocinar las reuniones trimestrales con los prescriptores jefe y cree que es más productivo dejar que los médicos de familia saquen sus propias conclusiones sobre

las visitas de los laboratorios. Uno de los médicos de familia de Northumberland dijo: "Me siento obligado a hablar con los representantes de la industria farmacéutica en las reuniones trimestrales, pero no hago caso de lo que me dicen. No creo que las compañías farmacéuticas influyan en mis prescripciones." Una de las ABS afirmó que los laboratorios utilizan "estrategias de choque" que tienden a exagerar los beneficios de sus productos; además, utilizan a grupos de presión (por ejemplo, Diabetes UK). Las compañías farmacéuticas también acuden a los especialistas de la atención secundaria para probar un nuevo fármaco, pero los beneficios del fármaco estarían limitados al entorno hospitalario. Si bien uno de los directores de las ABS creía que los laboratorios "influyen poco" en los hábitos de prescripción de los médicos de familia, otro afirmó que los médicos de familia "están muy influidos por los representantes farmacéuticos".

Ambas ABS realizaron actividades de proyección para tratar de advertir a las consultas por adelantado (generalmente, mediante boletines informativos), antes de que los nuevos fármacos salieran al mercado. Peterborough comentó que, a veces, era muy difícil que las ABS respondieran a los médicos de familia de forma puntual, aportando información y consejos, porque las compañías farmacéuticas tienen "una forma muy astuta de revelar información a los medios".

Factores a nivel micro que influyen en las prescripciones de los médicos de familia

Experiencia profesional de los médicos de familia prescriptores

El conocimiento y la experiencia profesional de los médicos de familia es un factor clave de influencia en las prescripciones. La formación también se considera importante. Un médico de familia comentó que "realizo mis prescripciones de acuerdo a un formulario que tengo en mi cabeza". Según un estudio realizado con anterioridad, los "formularios sobre fármacos que cada médico tiene en su cabeza" fruto de su formación médica refuerzan la autoconfianza en la capacidad de prescripción, por medio del hábito y la familiaridad (Carthy y cols., 2000). Watkins y cols. (2003) afirmaron que conocer los distintos medicamentos y su coste, así como las fuentes de información; el nivel de educación médica de posgrado; los factores sociales y logísticos, tales como la percepción del rol de los médicos de familia y las restricciones de tiempo; el número de médicos de familia que trabajan en la consulta; y la actitud hacia los productos genéricos o de marca guardan una estrecha relación con los índices y costes de prescripción de los médicos de familia.

Uno de los directores de las ABS opinó que los conocimientos y la formación de los médicos de familia en relación

con los fármacos y las terapias dejaban mucho que desear, y que en la formación de posgrado no se prestaba suficiente atención a ello.

Necesidades clínicas de los pacientes, en función de su enfermedad e historial médico

En general, los médicos de familia reconocieron que entender cuáles son las necesidades clínicas de los pacientes es su principal preocupación. Por ejemplo, un médico de familia mencionó que "en un mundo ideal, todo giraría en torno al paciente" (o dicho de otro modo, el aspecto presupuestario desaparecería de la ecuación). Otro médico de familia explicó que había una tensión constante entre "seguir las normas de prescripción (es decir, prescribir fármacos coste-eficaces) y actuar como abogado del paciente".

Voluntad de cambiar los hábitos de prescripción

La voluntad de cambiar los hábitos de prescripción depende de: 1) la conveniencia del uso de un fármaco y su sustituto; 2) los incentivos económicos y el ahorro que ello supone; 3) la disponibilidad de datos sólidos sobre tratamientos alternativos, tales como la orientación o la osteopatía; y 4) los beneficios percibidos para el paciente o la consulta. Un médico de familia explicó que un fármaco que se toma una sola vez al día será más popular que el que ha de tomarse tres veces al día, y que los "pacientes siempre dirán que sí al mejor fármaco". Otro médico de familia dijo que "cambiar (de prescripción) no supuso ningún beneficio ni para el paciente ni para la consulta", lo cual puede llevar a cierto grado de resistencia ante esta medida. Los aspectos económicos también influyen en los hábitos de prescripción. Por ejemplo, un médico de familia comentó que cambiaría sus prescripciones si "el fármaco genérico fuera igual de efectivo, si los ahorros en el coste compensaran el esfuerzo adicional, si cambiar de fármaco tuviera un impacto considerable en el presupuesto de prescripción y si el precio del medicamento permaneciera relativamente estable".

Otro médico de familia comentó que prescribiría el fármaco más barato si proporcionara los mismos beneficios que el más caro; no obstante, si los datos sugieren que el fármaco más caro resulta más beneficioso, ésa sería la opción a elegir. Además, si dos fármacos costaran lo mismo, prescribiría el que presenta beneficios adicionales. Carthy y cols. (2000) determinaron que los costes son uno de los factores clave a la hora de realizar una prescripción.

Un médico de familia dijo que en una ocasión decidieron no cambiar las prescripciones existentes a favor de un fármaco más barato porque ello habría requerido que al menos 1200 pacientes se presentaran en enfermería durante 10 minutos para hacerse un análisis de sangre. Otro médico de familia

dijo que si el problema era, principalmente, de carácter económico, entonces lo más seguro es que recurrieran a su propio criterio a la hora de prescribir, antes que seguir las directrices marcadas.

Exigencias de los pacientes y competencia para mediar con ellos

Otro factor de influencia mencionado por los médicos de familia fueron las exigencias de los pacientes. Tal como se ha mencionado previamente, éstas son consecuencia de la información que los afectados leen en Internet o los periódicos, o de las prescripciones previas realizadas por los especialistas o los médicos de cuidados agudos. Los médicos de familia creen que este tipo de conducta por parte de los pacientes es, en general, fácil de manejar, pues suele bastar con explicarle al paciente que no existen muchos datos fiables sobre el fármaco en cuestión. Algunos estudios previos han demostrado que el hecho de que un médico de familia prescriba o no un fármaco está estrechamente relacionado con las expectativas de los pacientes (Webb y Lloyd, 1004; Britten y Ukoumunne, 1997; Cockburn y Pit, 1997). Carthy y cols. (2000) concluyeron que la exigencia excesiva por parte de los pacientes podía influir en las prescripciones.

Presencia del servicio de farmacia e incentivos económicos relacionados

Las ABS son conscientes de que algunas consultas con servicio de farmacia pueden verse indebidamente arrastradas a prescribir fármacos que posteriormente pueden crear mayores márgenes de beneficios a la consulta. También puede influir el hecho de que el servicio de farmacia en cuestión tenga un amplio stock de un determinado fármaco. Un estudio previo ha demostrado que la posibilidad de que un médico de familia con elevados costes de prescripción trabaje en una consulta con servicio de farmacia es muy significativa, como también lo es el que acceda a reunirse con los representantes de los laboratorios con mayor frecuencia y que pruebe nuevos fármacos ad hoc (Watkins y cols., 2003). El ABS Northumberland presentaba un mayor porcentaje de consultas con servicio de farmacia (46%) que el de Peterborough (9%) (Tabla 2). Los directores de alto nivel del ABS Northumberland creen, en general, que sus consultas con servicio de farmacia presentan "buenos hábitos de prescripción". Esto no resulta sorprendente, pues el ABS Northumberland se encuentra dentro del decil superior en la prescripción de estatinas rentables. En la citada administración, las consultas con prescripciones de coste elevado registraban un mayor número de suplentes y pacientes más exigentes, y una población con un nivel relativo de privación.

Información recopilada por los médicos de familia a partir de distintas fuentes (NICE, ABS, representantes farmacéuticos, etc.)

Los médicos de familia recogen información procedente de distintas fuentes, incluidas las publicaciones de prestigio, y las directrices del NICE o la ABS. Muchos también recopilan datos proporcionados por los representantes farmacéuticos y reconocen que esto les ayuda a mantenerse al día. Durante los debates del grupo de trabajo, se preguntó a los médicos de familia qué pensaban de los representantes farmacéuticos. La diversidad en sus respuestas fue considerable. Por ejemplo, uno de ellos dijo que no los dejaba entrar en su consulta y otro los había atendido ya tres o cuatro veces ese año y había accedido, además, a que patrocinaran "días especiales".

La mayoría de los médicos de familia compartía la opinión de que las técnicas de *marketing* podían influir en sus prescripciones, pero, en general, mostraron confianza en su capacidad para resistirse a las presiones de las ventas comerciales. La mayoría dijo que los consejos de los representantes farmacéuticos eran selectivos o eran verdades a medias. Uno afirmó que "si la compañía farmacéutica saca un nuevo producto, no lo adoptaré hasta que alguien lo haya probado". Otro dijo que "hace como que escucha" a los representantes farmacéuticos, y otro que los laboratorios hacen que seamos conscientes de los beneficios de los nuevos fármacos y que el contacto cara a cara hace que sea más fácil recordar cuáles son. Por último, otro médico de familia afirmó que "a veces infravaloramos a los representantes de las farmacéuticas que son verdaderamente buenos por nuestro cinismo hacia ellos".

Otro estudio determinó que si bien valoraban los datos técnicos aportados por las compañías farmacéuticas, los médicos de familia no se veían indebidamente influidos por las visitas de sus representantes (Carthy y cols., 2000). Astrom y cols. (2002) observaron que las "visitas de los representantes farmacéuticos" influyen menos en las prescripciones de los médicos de familia que otros factores, como los artículos que aparecen en revistas de prestigio o las recomendaciones de los especialistas.

Algunos médicos de familia dijeron que recibir información por correo electrónico es mejor que recibirla en papel porque se conoce a la fuente de forma inmediata.

Experiencia y presión del grupo

En el ABS Northumberland, las redes de médicos de familia y las reuniones trimestrales con los prescriptores jefe son especialmente importantes porque las consultas se encuentran relativamente alejadas unas de otras. Los médicos de familia también dijeron que las redes formales e informales dentro de cada consulta influían en sus prescripciones. Por ejemplo, dos

Tabla 6. Factores que influyen en los médicos de familia prescriptores (Prosser y Walley, 2003).

Factores de influencia mencionados	Partidarios de la prescripción (% de 173 nuevos fármacos)*	Reticentes a la prescripción (% de 19 nuevos fármacos)*
Representantes farmacéuticos	46	10
Fracaso del tratamiento actual	23	31
Solicitud por parte de los pacientes	21	32
Colegas del hospital/consultores	13	58
Directrices	10	26
Colegas médicos de familia	9	0
Anuncios/mailings	9	0
Curiosidad	6	0
Enfermería	5	10
Publicaciones de los médicos de familia	5	5
BNF/Mims	3	5
Influencia PCG/HA	3	0
Literatura revisada por expertos	2	16
Automedicación	1	0
Farmacéuticos	1	0

* Las decisiones de prescripción solían verse influidas por más de un solo factor; por ello, el porcentaje total no alcanza el 100%.

FUENTE: Prosser y Walley (2003), p. 585.

médicos de familia mencionaron que en sus consultas se celebran reuniones con cierta regularidad (semanal o mensual), en las que se tratan temas como los hábitos de prescripción y los nuevos datos sobre la eficacia farmacológica. En ellas se debate sobre las prescripciones en las consultas. Sin embargo, lo más habitual es hablar sobre los problemas de prescripción relacionados con pacientes concretos en el café de la mañana, que es también un momento importante, aunque informal, para entablar contacto. Carthy y cols. (2000) concluyeron, asimismo, que los colegas de profesión tenían poder de influencia en las prescripciones.

El carácter de los médicos de familia: "innovadores", "estancados" o "rompedores"

El carácter de los médicos de familia se presenta como otro de los factores que influyen en los hábitos de prescripción. En ambas ABS se reconoció la existencia de prescriptores "innovadores" y "estancados". Por "innovador" se entienden los médicos de familia que tienden a prescribir nuevos fármacos más a menudo, mientras que los "estancados" son los más reticentes a aceptar los nuevos fármacos y aplicaciones. Los médicos de familia creen que es importante que existan ambas clases de prescriptores porque, tal como apuntó uno de ellos, los innovadores "prueban las nuevas medicinas; de otro modo, nada cambiaría". Un estudio realizado con anterioridad demostró los distintos factores que influyen en los prescriptores más "lanzados" y en los más "reticentes" (conforme

a los datos de prescripción de las autoridades sanitarias del Reino Unido) (Prosser y Walley, 2003). Los partidarios de emplear nuevos fármacos prescribieron 173 nuevos fármacos, mientras que los más reacios sólo prescribieron 19. No se apreciaron diferencias significativas entre los grupos más y menos favorables a la prescripción en cuanto a sexo, número de años en la profesión o su condición de trabajador a tiempo completo o parcial. En la Tabla 6 se recoge una comparativa de los factores de influencia, según el estudio de Prosser y Walley (2003).

Durante el taller, los directores de las ABS explicaron que en algunas consultas existen los llamados prescriptores "rompedores". Si bien los "innovadores" se salen "ligeramente de la tangente" en un área de prescripción, los "rompedores" presentan unos hábitos de prescripción "erráticos" que cubren diversas áreas. Las entrevistas realizadas por Carthy y cols. (2000) a 17 médicos de familia en Avon (Reino Unido) concluyeron que los médicos de familia se definían a sí mismos como prescriptores cautos y conservadores.

Coherencia en las estrategias de prescripción dentro de las consultas

Durante las entrevistas, los directores de las ABS apuntaban a la importancia de contar con una política de prescripción coherente dentro de cada consulta. Ésta es una forma de mantener un mejor control sobre los prescriptores que se desvían y sirve, asimismo, como herramienta efectiva de comunicación de las políticas de las ABS a los médicos de familia. Carthy

y cols. (2000) concluyeron que la presencia de una política de prescripción dentro de la consulta también tiene una influencia crucial en las prescripciones.

Comprender las limitaciones generales del gasto y el presupuesto de las ABS

Durante los debates celebrados a raíz de los grupos de trabajo, los médicos de familia reconocieron que informar de las restricciones generales que afectan a las ABS en cuanto a re-

ursos es un aspecto importante a la hora de convencer a los pacientes de que opten por tratamientos alternativos. Sin embargo, preferirían que dicha comunicación se originara a nivel nacional o del ABS en lugar de tener que explicar ellos mismos la política a los pacientes. Las ABS reconocieron el peligro de rebajar demasiado los niveles de prescripción porque ello podría tener como consecuencia un incremento de los costes por derivaciones, por ejemplo, en el sector de los cuidados agudos.

Cómo mejorar la relación coste-eficacia en las prescripciones de los médicos de familia

4

CÓMO DESARROLLAR FORMAS PARA MEJORAR EL COSTE-EFICACIA EN LAS PRESCRIPCIONES

Durante las entrevistas, los grupos de trabajo y, sobre todo, durante los talleres, se pidió a los participantes que desarrollaran ideas y recomendaciones para mejorar el coste-eficacia de las prescripciones de los médicos de familia en sus respectivas ABS. Durante las entrevistas y los grupos de trabajo, se hizo la siguiente pregunta: “¿Qué aspectos clave mejorarían los hábitos de prescripción en Inglaterra?” y “¿Qué podría hacerse para que sus colegas los mejoraran?”. En los talleres, se preguntó a los participantes, como grupo, cómo incrementarían el uso de las estatinas genéricas hasta un X por ciento (cifra acordada por los participantes) en el plazo de un año.

A veces, las respuestas surgieron tras dar a los participantes la idea de base (por ejemplo: “¿Y qué hay de la Comisión de Sanidad?”), mientras que, en otras ocasiones, las recomendaciones se formularon de manera espontánea. El grado de detalle y abstracción fue muy variado, y con frecuencia reflejaba la opinión de la organización a la que pertenecían (es decir, el ABS o la consulta de los médicos de familia). No obstante, se recomienda considerar los datos con precaución, pues el escaso número de entrevistados y de participantes en los grupos de trabajo y los talleres, así como la selección de tan sólo dos ABS podría limitar la validez de los resultados en un contexto más amplio. Sin embargo, la experiencia de los médicos de familia y los directores de las ABS directamente implicados constituye una valiosa información.

Si analizamos en conjunto las recomendaciones de los participantes y las que pueden extraerse de las observaciones

clave del proyecto, pueden distinguirse cuatro dimensiones en el establecimiento institucional de la atención primaria:

- La organización.
- Las normas.
- La información y las comunicaciones.
- La cooperación y la colaboración.

Puede asumirse casi con plena seguridad que estas dimensiones tienen una fuerte influencia en los hábitos de prescripción de los ABS y que estos aspectos pueden, en cierta medida, sufrir cambios.

Probablemente, la medida más obvia es la de modificar los acuerdos organizativos de la comunidad prescriptora perteneciente a la atención primaria. Esto podría hacerse mediante la creación o la abolición de las organizaciones, o mediante la redistribución de las responsabilidades y competencias entre las organizaciones existentes. Otra manera de cambiar los fundamentos estructurales sería desarrollando nuevas normas formales; por ejemplo, metas nacionales, políticas nacionales de hospitalidad hacia los representantes farmacéuticos, o nuevos programas de incentivos a los médicos de familia.

Por el contrario, también podría prestarse atención a los procesos en lugar de a las estructuras formales de prescripción. Los dos tipos de proceso que parecen ser más evidentes son: 1) el flujo de información y comunicación entre los distintos actores y niveles con el sistema; 2) la cooperación y colaboración entre los diferentes actores dentro del sistema. Desde el punto de vista conceptual, estos aspectos dirigidos a mejorar la prescripción podrían combinarse con los tres niveles (macro, meso y micro) de factores de influencia para obtener una matriz de recomendaciones (Tabla 7).

Tabla 7. Resumen de las recomendaciones hechas por los participantes.

Medida/ Nivel	Estructuras		Procesos	
	Organización	Normas	Información y comunicación	Cooperación y colaboración
Macro	<ul style="list-style-type: none"> ● Crear una organización nacional para identificar y difundir los mejores hábitos. Esta medida trataría de modificar los hábitos de forma activa.* 	<ul style="list-style-type: none"> ● Establecer objetivos nacionales para la prescripción en áreas clave y apoyar así la postura de las ABS. ● Introducir directrices nacionales, conforme a las cuales puedan prescribirse o no nuevos fármacos. ● Prohibir las visitas directas de los representantes de los laboratorios a los médicos de familia; en su lugar canalizar la influencia a través de instituciones nacionales (o un organismo nacional único). ● Introducir un procedimiento estructural a nivel nacional (por ejemplo, marcos de competencia clave) para repaldar el proceso de prescripción. ● Restringir la disponibilidad de fármacos en el Sistema Nacional de Salud británico (<i>National Health Service</i>, NHS). 	<ul style="list-style-type: none"> ● Educar mejor a los pacientes aportándoles información sobre los datos existentes acerca de los medicamentos. ● Sensibilizar a los pacientes mediante campañas nacionales, sobre las limitaciones del NHS, el coste de los tratamientos y la existencia de terapias alternativas. ● Publicar puntos de referencia nacionales sobre el rendimiento en materia de prescripción dentro de las ABS. ● Utilizar los medios de comunicación nacionales como herramienta para difundir información. 	
Meso	<ul style="list-style-type: none"> ● La responsabilidad por los costes de los fármacos en la atención de casos agudos debería transferirse a las ABS. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Crear incentivos para que los médicos de familia mejoren sus hábitos de prescripción. ● Ajustar los contratos de servicios médicos generales y establecer nuevas formas para reforzar la buena prescripción. ● Ajustar los incentivos de prescripción entre la atención primaria y secundaria. ● Introducir programas de incentivos que: <ul style="list-style-type: none"> – Tengan en cuenta y presenten alternativas a la prescripción (por ejemplo, la orientación, la prevención y las terapias alternativas). – Proporcionen financiación adicional para las labores requeridas para cambiar los hábitos de prescripción. – Asignen más fondos a la prevención en la sanidad pública. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Informar de las políticas de la ABS a toda la comunidad prescriptora. ● Reunirse frecuentemente con los representantes clave de los prescriptores locales. ● Aportar mecanismos de apoyo por parte de las ABS para los médicos de familia; por ejemplo, fuentes alternativas de atención a pacientes y terapias alternativas, como la osteopatía o el asesoramiento. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Mejorar la cooperación con la comunidad local de prescriptores en su sentido más amplio, mediante grupos de trabajo conjuntos, etc. ● Fomentar la colaboración con los asesores farmacéuticos, los médicos de familia, los consultores y los especialistas. ● Colaborar estrechamente con la atención secundaria para comprender en qué basan sus decisiones de prescripción.
Micro	<ul style="list-style-type: none"> ● Eliminar las actividades de dispensación en las consultas 			<ul style="list-style-type: none"> ● Apoyar las reuniones entre profesionales del sector y facilitar los intercambios entre ellos. ● Permitir a los médicos de familia que colaboren con los farmacéuticos (por ejemplo, los médicos de familia podrían decidir sobre la dosis y los fármacos sobre qué fármaco resulta coste-eficaz).

*Si bien se asemeja a la función del *National Prescribing Centre* (NPC) del Reino Unido, fue un médico de familia el que hizo esta sugerencia. No se hizo mención alguna al NPC en las entrevistas, los grupos de atención o los talleres.

FORMAS DE MEJORAR EL COSTE-EFICACIA EN LAS PRESCRIPCIONES DE LOS MÉDICOS DE FAMILIA

En la Tabla 7 se resumen las recomendaciones aportadas por los participantes durante las entrevistas, los grupos de trabajo y los talleres, con la idea de mejorar el coste-eficacia en las prescripciones de los médicos de familia; se ofrece una breve explicación más adelante. En total se recopilieron 27 recomendaciones. Siguiendo nuestro guión, la mayoría de los debates se centró en las iniciativas que podrían desarrollarse a nivel en el ABS o las consultas. Los resultados del ejercicio desarrollado durante el taller sobre las medidas para mejorar la prescripción de estatinas genéricas se recogen en el apartado "Ejercicio desarrollado durante los talleres, pág. 33".

La organización

La organización suele estar en el punto de mira más inmediato de todo proceso de cambio en la reforma del sistema de salud (Scott y cols., 2003). Sin embargo, entre las recomendaciones formuladas por los participantes, modificar la estructura organizativa de la atención primaria no era una prioridad. Un participante planteó una reorganización nacional destinada a identificar y difundir los mejores hábitos a las ABS, pero sin especificar las relaciones con las organizaciones nacionales ya existentes.

La abolición o sustitución de las actividades de dispensación en las consultas fue una de las propuestas aportadas por algunos participantes. En su opinión, así se reducirían los incentivos para prescribir los fármacos más caros y con mayores márgenes de beneficio. Sin embargo, tal como también apuntaron, esto podría no ser viable, dado que habría que poner en marcha nuevos acuerdos para garantizar el suministro de fármacos en las zonas rurales.

Para atajar los problemas planteados por los distintos incentivos a la prescripción en la atención primaria y secundaria/intensiva, un participante propuso una solución un tanto radical: incluir la prescripción de la atención secundaria en el presupuesto de las ABS para eliminar todos los incentivos contradictorios.

Las normas

Las normas, en forma de incentivos y trabas, así como de metas e imperativos, solían mencionarse como posibles factores de influencia para un cambio en los hábitos de prescripción. En especial, varios de los entrevistados recomendaron una mayor actuación nacional, aunque ésta no se encontraba normalmente entre las prioridades. Dicha medida se recomendaba para el establecimiento de objetivos de prescripción relacionados con el uso de determinados fármacos, para la limitación de la disponibilidad de fármacos en el NHS (por ejem-

plo, para las enfermedades que no ponen en peligro la vida) y para la producción de directrices de prescripción menos ambiguas. Asimismo, un participante propuso limitar la disponibilidad de fármacos en el NHS en conjunto.

El ajuste de incentivos entre la atención primaria y la secundaria se ha apuntado en numerosas ocasiones como un punto crucial para controlar el gasto en concepto de prescripciones en las ABS.

Otro participante sugirió una actuación reglamentaria nacional, con el objeto de prohibir las visitas de los representantes farmacéuticos a las consultas y las ABS. Si bien la idea de base de los empleados de las ABS era, principalmente, la de mejorar los hábitos de prescripción dentro del sistema existente, una serie de médicos de familia señalaron alternativas a los fármacos de prescripción. Proponían, pues, el aumento de las actividades de asesoramiento, una mayor prevención y terapias alternativas (como la osteopatía) para reducir el volumen de prescripciones.

La información y la comunicación

Algunos médicos de familia sugirieron que si los pacientes supieran más sobre la prescripción, sería más fácil resolver los problemas. Uno de los médicos de familia veía en la educación y la capacitación de los pacientes una de las herramientas principales para mejorar la calidad de las prescripciones. La sensibilización sobre el problema de las prescripciones también conduciría a mejores resultados clínicos, ya que los pacientes estarían más dispuestos a tomar sus fármacos conforme a las indicaciones aportadas.

Sin embargo, la mayor preocupación de casi todos los médicos de familia era sensibilizar al público sobre las necesidades de las ABS y el NHS en conjunto. Creen que lo ideal sería que los pacientes entendieran que los recursos del ABS son limitados; que, por ejemplo, optar por fármacos genéricos más baratos podría liberar recursos que podrían utilizarse luego para mejorar otras áreas de las ABS. Así, la educación de los pacientes constituiría una eficaz herramienta para reducir su reticencia a aceptar cambios en la prescripción que no surgen por motivos clínicos sino, más bien, presupuestarios. De este modo podría aligerarse la presión que sufren los médicos de familia, pues, en la actualidad, se ven obligados a dar explicaciones sobre las políticas del NHS y las ABS a sus pacientes.

Si bien los propios médicos de familia no lo mencionaron, su "formación" figuraba entre las prioridades de las ABS. Se ha sugerido que los médicos de familia deben hacer lo posible para actualizar sus conocimientos sobre fármacos y precios y que, además, deberían de ser conscientes de las necesidades de las ABS y sus restricciones presupuestarias. Esto ayudaría a poner en marcha nuevas políticas de prescripción y a eliminar los obstáculos a la rápida adopción de las políticas de prescripción. Por otro lado, a las ABS también les gustaría que los

Cuadro 3. *Greater Peterborough Primary Care Partnership*: medidas para incrementar la prescripción de estatinas genéricas en la atención primaria (ejercicio desarrollado durante el taller).

Greater Peterborough Primary Care Partnership

Objetivo: Aumentar la prescripción de las estatinas genéricas por parte de los médicos de familia de un 62% a un 80%.

Medidas:

1. Garantizar que las evidencias subyacentes al cambio en la medicación son claras y no ambiguas.
2. Aumentar la sensibilización de los pacientes con respecto a:
 - a. Las restricciones presupuestarias del ABS y el NHS en su conjunto, y los beneficios adicionales para los pacientes de una prescripción con una mejor relación entre coste y eficacia.
 - b. El razonamiento de base para el cambio de medicación y el hecho de que el nuevo fármaco no es peor que el original.
3. Comprometer a toda la comunidad de prescriptores, formada por:
 - a. El sector de cuidados agudos.
 - b. La atención secundaria.
 - c. Los farmacéuticos.
 - d. Las enfermeras prescriptoras.
4. Centrarse en los fármacos más importantes (es decir, establecer prioridades), preferentemente los que tendrían un mayor impacto en el presupuesto. Tan sólo debería abordarse un número limitado de fármacos de forma simultánea para mejorar la prescripción y debería concederse más tiempo a la implantación de los cambios.
5. Ejercer presión profesional en las personas que se resisten al cambio.

Cuadro 4. Medidas para incrementar la prescripción de estatinas genéricas en la atención primaria: respuestas obtenidas durante el taller desarrollado en Northumberland.

Northumberland Care Trust

Objetivo: Aumentar la prescripción de las estatinas genéricas por parte de los médicos de familia de un 73% a un 83%.

Medidas:

1. Mejorar la formación de los médicos de familia:
 - a. Proporcionando datos y conocimientos claros acerca de las estatinas genéricas.
 - b. Aumentando el grado de sensibilización con respecto a las restricciones presupuestarias de las ABS.
2. Introducir tareas individualizadas dentro de las consultas, por ejemplo mediante planes de actuación a ese nivel.
3. Celebrar reuniones con los médicos de familia para:
 - a. Dar a conocer la política del ABS.
 - b. Fomentar el debate y la presión entre colegas.
 - c. Facilitar el aprendizaje mutuo.
 - d. Presentar los datos de rendimiento.
4. Especificar las normas para el compromiso de los médicos de familia y cómo se llevarán a cabo los controles: cuándo, cómo y por quién.

médicos de familia entendieran que lo que les interesa es asegurar una prescripción coste-eficaz en vez de barata.

La cooperación y la colaboración

Los médicos de familia y los representantes de las ABS consideran que conseguir el compromiso de la comunidad profesio-

sional más extensa, a nivel del ABS, es un elemento crucial para mejorar las hábitos locales de prescripción. Esta comunidad profesional más amplia incluye a los consultores del sector de cuidados agudos, así como a los especialistas y a los farmacéuticos locales. Todos ellos tienen una influencia considerable en los presupuestos de prescripción, sin estar incluidos, formalmente, en las estructuras de gobierno de las ABS.

Un grupo de participantes recomendó aumentar la sensibilización entre los especialistas y los consultores, mejorar la comunicación entre los distintos actores a nivel local y establecer más acuerdos vinculantes para la cooperación y la colaboración, también local.

Según un médico de familia, incluso los farmacéuticos podrían participar en la prescripción, transfiriéndoles la responsabilidad de elegir el fármaco, y desarrollando así un proceso de toma de decisiones conjunto entre ambos grupos para garantizar una práctica médica adecuada. Sin embargo, un farmacéutico apuntó que ésta podría ser una solución problemática, dado que ellos no conocen los síntomas de los pacientes y las posibles contraindicaciones de los fármacos con tanto detalle como los médicos.

Ejercicio desarrollado durante los talleres

Durante los talleres se preguntó a los participantes cómo incrementarían el uso de las estatinas genéricas hasta un X por ciento (cifra acordada por los participantes) en el plazo de un año. En los Recuadros 3 y 4 se ofrece un resumen de los resultados de este ejercicio correspondiente a las ABS de Peterborough y Northumberland, respectivamente.

CÓMO MEJORAR LAS PRESCRIPCIONES DE LOS MÉDICOS DE FAMILIA, POR PRIORIDADES

Tras analizar las 27 recomendaciones aportadas por los médicos de familia y tener en cuenta las observaciones clave y los factores que influyen en la prescripción, podemos agrupar las recomendaciones en seis áreas clave. Cada una de ellas, según se describe a continuación, comprende, de forma general, más de una recomendación y están respaldadas por varios participantes, incluidos los médicos de familia, los directores de las ABS, los farmacéuticos y los asesores prescriptores.

1. Mejorar la comunicación para mejorar el coste-eficacia en la prescripción de los médicos de familia

El problema de la comunicación es, probablemente, el factor más importante a la hora de tratar de mejorar las prescripciones. Una estrategia de comunicación coherente, sistemática y enfocada que cubriera los tres niveles asistenciales, favorecería el conocimiento, la sensibilización y el compromiso entre los médicos de familia, los pacientes y el resto de los implicados. A nivel nacional, las fuentes autorizadas que difunden datos sólidos claros, tanto nacionales como internacionales, constituyen una valiosa fuente de información para los médicos de familia; además, los datos pueden emplearse para respaldar las políticas de las ABS. El nivel (meso) de las ABS constituye el núcleo de las actividades de comunicación, pues en él se traducen los conocimientos y se dan a conocer las políticas nacionales y locales a los prescriptores locales. Los resultados de nuestra investigación concluyen que lo mejor es pro-

porcionar la información (por ejemplo, las directrices de prescripción) en un formato breve y de lectura fácil. Los contactos personales también son muy importantes; así, una estrategia que prevé la existencia de canales personalizados de comunicación con todos los implicados relevantes en el proceso podría influir positivamente en la eficacia de las prescripciones, donde proceda.

2. Dar con los incentivos adecuados

Dada la interdependencia de la prescripción en la atención primaria y secundaria, resulta importante garantizar la existencia de incentivos coherentes en ambos sistemas. Que los mismos fármacos tengan distintos precios en la atención primaria y secundaria trae consigo resultados que están por debajo de los niveles óptimos en todo el sistema de prescripción y el NHS. Podría barajarse la posibilidad de revisar las actividades de prescripción y administración de fármacos en las consultas con servicio de farmacia, pues en ellas es mayor el incentivo para realizar prescripciones de fármacos de marca de alto coste y con mayores márgenes de beneficio.

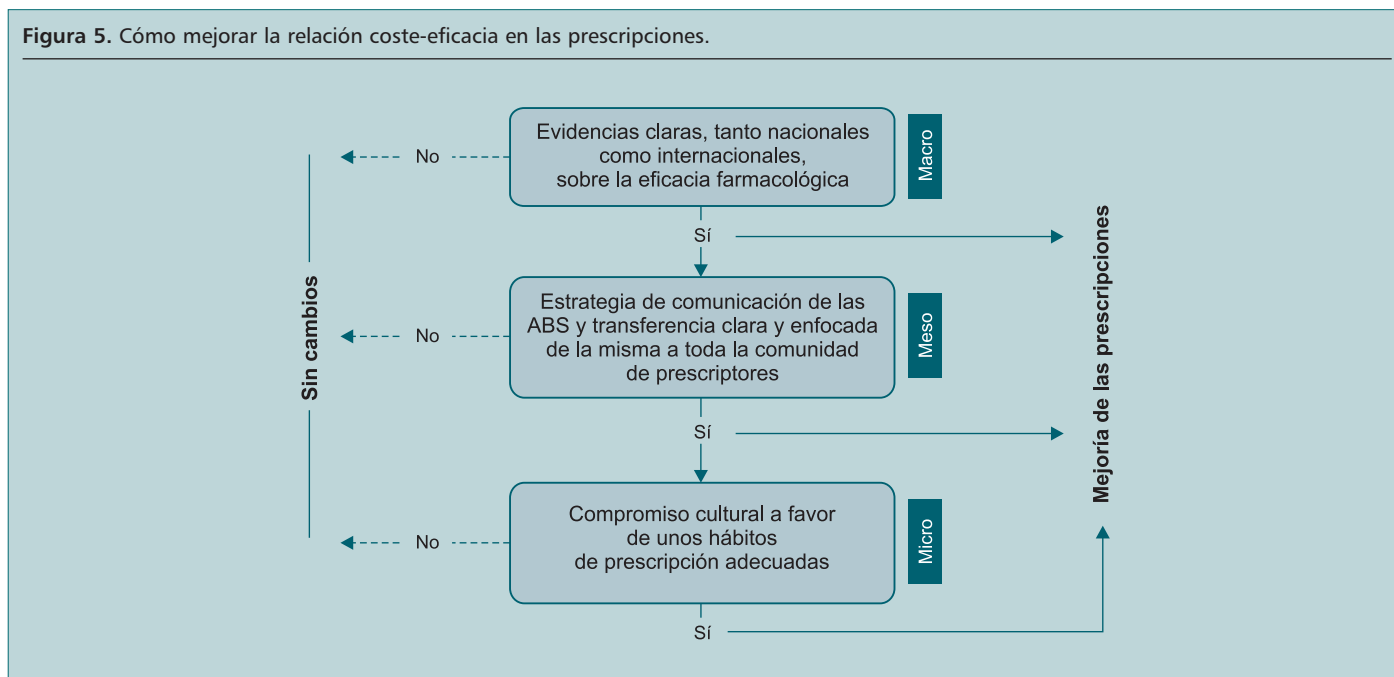
3. Enfocado a toda la comunidad de prescriptores

Toda estrategia, ya sea el ajuste de los incentivos o la mejora de las comunicaciones, debe ir más allá de la estrecha relación que existe entre el ABS y el médico de familia en cuanto a prescripción. Si toda la comunidad local de prescriptores (incluidos los consultores, los especialistas, los asesores de prescripción, el personal de enfermería y los farmacéuticos) se implicara en el proceso, habría muchas más posibilidades de reducir gastos, pues, en parte, éstos se originan fuera de la esfera de control de las ABS. Para implicar a todos los prescriptores, el ABS podría establecer vínculos personalizados de comunicación, por ejemplo, organizando reuniones con los consultores y los médicos de familia y otros actores clave.

4. Fomentar el compromiso de los médicos de familia para con todo el sistema de atención primaria

Hacer de las limitaciones presupuestarias uno de los factores a tener en cuenta en las decisiones de prescripción de los médicos de familia debería ser la meta final de la estrategia de las ABS. Las campañas de comunicación deberían hacer hincapié en que los médicos de familia forman parte de un sistema más amplio de cuyos recursos se nutren, garantizando el equilibrio entre los recursos necesarios para la prescripción y el resto de los beneficios que podrían existir para los pacientes. Dado que los medios formales para hacer que los médicos de familia se responsabilicen de sus decisiones sobre prescripción son muy limitados, sería de crucial importancia dar con un enfoque adecuado que garantice el compromiso de los médicos de familia. Ello podría conseguirse, principalmente, a través de la comunicación e incluiría las visitas de los asesores de prescripción a los médicos de familia, y la notificación y explicación exhaustiva de las políticas del ABS por medio de cartas y boletines informativos.

Figura 5. Cómo mejorar la relación coste-eficacia en las prescripciones.



5. Facilitar la cooperación y las reuniones entre colegas

Las ABS deberían fomentar activamente la cooperación entre las distintas consultas, así como con los sectores secundario y de atención a agudos, además de las reuniones entre colegas. Los médicos de familia y los directores de las consultas deberían respaldar estos contactos entre colegas por medios formales e informales. Este tipo de contactos ha demostrado ser una importante fuente de creación de conocimiento, además de una forma efectiva de frenar la escalada de gastos que se ha observado en algunos médicos de familia.

6. Transmitir el mensaje a los pacientes

A pesar de que el tema de los beneficios de proporcionar información médica general a los pacientes es aún controvertido, hacerlos conscientes de las limitaciones de los recursos de las ABS, del coste de las prescripciones y de los datos disponi-

bles sobre los tratamientos alternativos con un menor coste debería ser una parte esencial de toda estrategia de comunicación local y nacional. Esto podría incrementar el uso aceptado de fármacos nuevos (genéricos) y disminuir la presión que sufren los médicos de familia.

Si lo que se pretende es mejorar el coste-eficacia de las prescripciones realizadas por los médicos de familia en general, no bastará con adoptar medidas a un determinado nivel del sistema. Dada la interdependencia de los niveles relevantes dentro del sistema nacional de salud, se conseguiría mucho más poniendo en marcha un conjunto integral de medidas a todos los niveles que aplicando unas cuantas soluciones aisladas en cada uno de ellos. La Figura 5 ilustra esta idea y destaca cuáles son las principales medidas para mejorar el coste-eficacia de la prescripción en los niveles macro (nacional/internacional), meso (ABS) y micro (interfaz médico de familia-paciente).

Bibliografía

- Anthony, J., Avery, S. R., Heron, T., Crombie, R., Whynes, D., Pringle, M., Baines, D., and R. Petchey, "A Prescription for Improvement? An Observational Study to Identify How General Practices Vary in their Growth in Prescribing Costs," *British Medical Journal*, Vol 321, 2000, pp. 276-281.
- Astrom, K., Duggan, C., and I. Bates, "Influences on Prescribing: The Perceptions of General Practitioners in Two Primary Care Trusts," *The International Journal of Pharmacy Practice*, Vol. 10(suppl), 2002, pp. R10.
- Audit Commission, *A prescription for improvement: towards rational prescribing in general practice*, London: HMSO, 1994.
- British Medical Association, *Revisions to the GMS contract, 2006/07 Delivering Investment in General Practice*, 2006, http://www.ehiprietarycare.com/tc_domainsBin/Document_Library0282/2006_Revisions_to_GMS_contract_-_full.pdf (as of November 15, 2006)
- Britten, N., and O. Ukoumunne, "The Influence of Patients' Hopes of Receiving a Prescription on Doctors' Perceptions and the Decision to Prescribe: A Questionnaire Survey," *British Medical Journal*, Vol 315, 1997, pp. 1506-1510.
- Carthy, P., Harvey, I., Brawn, R., and C. Watkins, "A Study of Factors Associated with Cost and Variation in Prescribing Among GPs," *Family Practice*, Vol. 17, No. 1, 2000, pp. 36-41.
- Cockburn, J., and S. Pit, "Prescribing Behaviour in Clinical Practice: Patients' Expectations and Doctors' Perceptions of Patients' Expectations: A Questionnaire Study," *British Medical Journal*, Vol. 315, 1997, pp. 520-523.
- Department of Health, *Practice Based Commissioning; Promoting clinical engagement*. London: Department of Health, 2004.
- Grimshaw, J.M., Shirran, L., Thomas, R., Mowatt, G., Fraser, C., Bero, L., Grilli, R., Harvey, E., Oxman, A., and M.A. O'Brien, "Changing provider behaviour: an overview of systematic reviews of interventions," *Medical Care*, Vol 39(8 Suppl 2), 2001, pp. I12-45.
- Grimshaw, J.M., Thomas, R.E., MacLennan, G., Fraser, C., Ramsay, C.R., Vale, L., Whitty, P., Eccles, M.P., Matowe, L., Shirran, L., Wensing, M., Dijkstra, R., and C. Donaldson, "Effectiveness and Efficiency of Guideline Dissemination and Implementation Strategies," *Health Technology Assessment*, Vol. 8, No. 6, 2004, pp. 1- 72.
- House, R., Rousseau, D., and M. Thomas-Hunt, "The Meso Paradigm: A Framework for the Integration of Micro and Macro Organisational Behaviour," *Research in Organisational Behaviour*, Vol. 17, 1995, pp. 71-114.
- Leatherman, Sheila, and Kim Sutherland, *The Quest for Quality in the NHS: A Mid-term Evaluation of the Ten-year Quality Agenda*, London: The Nuffield Trust, 2003.
- Moon, J., and R. Bogle, "Sitching Statins," *British Medical Journal* Vol. 332, 2006, pp. 1344-1345.
- Morgan, O., and A. Baker, "Measuring Deprivation in England and Wales using 2001 Carstairs Scores," *Health Statistics Quarterly*, September 29, 2006, <http://www.statistics.gov.uk/CCI/article.asp?ID=1645&Pos=1&ColRank=1&Rank=192> (as of October 9, 2006).
- National Institute for Health and Clinical Excellence, "Statins for the Prevention of Cardiovascular Events," *Technology Appraisal*, Vol 94, January 2006, www.nice.org.uk/TA094 (as of November 15, 2006).
- NHSBSA Prescription Pricing Division, *Update on growth in prescription volume and cost year to June 2006*, 2006, http://www.ppa.org.uk/pdfs/publications/SMT_V&C_report_200606.pdf (as of November 15, 2006).
- NHSBSA Prescription Pricing Division, *data files on prescribing data for number of items for different types of prescribers from August 2005 to July 2006*, 2006a.
- Pallot, P., "The Cost of Living," *Health Services Journal*, May 30, 1996, pp. 11.
- Prosser, H., and T. Walley, "New Drug Uptake: Qualitative Comparison of High and Low Prescribing GPs' Attitudes and Approach," *Family Practice*, Vol. 20, No. 5, 2003, pp. 583-591.
- Robert, G., Bate, P., and P. Mendel, "Organising for Quality: Journeys of Improvement at Leading Hospitals and Healthcare Systems in the US, UK, and Netherlands," *Research Briefing: University College London, RAND Corporation, Harvard Medical School*, 2005.
- Scott, T., Mannion, R., Davies, H., and M. Marshall, "The Quantitative Measurement of Organisational Culture in Health Care: A Review of the Available Instruments," *Health Services Research*, Vol. 38, No. 3, 2003, pp. 923-943.
- Sheldon, T., Cullum, N., Dawson, D., Lankshear, L., Lowson, K., Watt, I., West, P., Wright, D., and J. Wright, "What's the Evidence that NICE Guidance has been Implemented? Results from a National Evaluation using Time Series Analysis, Audit of Patients' Notes, and Interviews," *British Medical Journal*, Vol. 329, No. 7473, 2004, pp. 999.
- Slocum, Nikki, *Participatory methods toolkit. A practitioner's manual*, King Baudouin Foundation and the Flemish Institute for Sci-

ence and Technology Assessment in collaboration with the United Nations University – Comparative Regional Integration Studies, December 2003.

- Wathen, B., and T. Dean, "An Evaluation of the Impact of NICE Guidance on GP Prescribing," *British Journal of General Practice*, Vol. 54, 2004, pp. 103-107.
- Watkins, C., Harvey, I., Carthy, P., Moore, L., Robinson, E., and R. Brawn, "Attitudes and Behaviour of General Practitioners and their Prescribing Costs: A National Cross Sectional Survey," *Quality and Safety in Health Care*, Vol. 12, 2003, pp. 29-34.
- Watkins, C., Timm, A., Goberman-Hill, R., Harvey, I., Haines, A., and J. Donovan, "Factors Affecting Feasibility and Acceptability of a Practice-based Educational Intervention to Support Evidence-based Prescribing: A Qualitative Study," *Family Practice*, Vol. 21, No. 6, 2004, pp. 661-669.
- Webb, S., and M. Lloyd, "Prescribing and Referral in General Practice: A Study of Patients' Expectations and Doctors' Actions," *British Journal of General Practice*, Vol. 44, 1994, pp. 165-169.

Apéndice A:

Protocolo de la entrevista

PROTOCOLO PARA LA ENTREVISTA SOBRE LOS HÁBITOS DE PRESCRIPCIÓN DE LOS MÉDICOS DE FAMILIA

Entrevistado: _____

Entrevistador: _____

Fecha: _____

Lugar: _____

La finalidad de este estudio es determinar los factores que influyen en los médicos de familia a la hora de realizar prescripciones farmacológicas y cómo podrían modificarse las tendencias actuales. En el contexto en el que se desarrolla la investigación se observan importantes variaciones en los costes de prescripción de los médicos de familia a escala nacional. Se cree, asimismo, que una parte de estas variaciones no es consecuencia de decisiones tomadas según datos existentes sobre la eficacia farmacológica. En 1994, la Comisión de Auditoría estableció una serie de orientaciones con las que trataba de instituir unos hábitos de prescripción adecuados más coherentes. Las directrices más recientes del *National Institute of Health and Clinical Excellence* (NICE), el Instituto Nacional para la Salud y la Excelencia Clínica del Reino Unido, se centran en tratamientos específicos. En junio de 2006, se calculó que solamente con el uso de las estatinas genéricas, en el marco de unos mejores hábitos de prescripción, podrían ahorrarse más de dos billones de libras esterlinas en el plazo de cinco años. Las investigaciones llevadas a cabo conjuntamente por RAND, el *University College London* y la *Harvard Medi-*

cal School sugieren que una atención sanitaria de mayor calidad pasa por importantes (aunque variados y complejos) factores organizativos y culturales. Esas mismas investigaciones llamaron la atención sobre las medidas a nivel macro que podrían desembocar en microsistemas de mejora de calidad. Éstos dependen y están regulados por lo que podría denominarse, según House y cols., un mesoparadigma de calidad (a los efectos del presente estudio, esto incluye la organización, cultura y liderazgo de las *Primary Care Trusts* o áreas básicas de salud, ABS). Los citados estudios concluían, asimismo, que la comunidad clínica responde de distintas maneras y con diferentes grados de éxito a las evaluaciones de calidad de su trabajo, y poco a poco parecía más evidente que las pruebas de rendimiento por sí mismas no cambiaban los hábitos ni traducían las mejoras buscadas en resultados. Se sabe que las directrices del NICE, por ejemplo, han tenido un impacto irregular en la medicina basada en las evidencias. De ahí que pudieran obtenerse beneficios considerables al ofrecer una mejor relación calidad-precio si se conocieran las circunstancias concretas en las que trabaja cada médico de familia.

Objetivos: A través de las entrevistas queremos abrir un debate sobre las experiencias de los directores responsables de las ABS acerca de los hábitos de prescripción de los médicos de familia, los factores que influyen en ellos y cómo creen que podrían cambiarse las tendencias actuales, con vistas al futuro.

Descripción de los participantes: Está previsto entrevistar aproximadamente a cinco directores responsables de cada una de las ABS. Téngase en cuenta que las ABS seleccionadas atienden a una población con características demográficas generales similares y que poseen indicadores semejantes del nivel de vida. Se pedirá a cada ABS que seleccione a aquellos de sus directores más estrechamente vinculados con la prescripción.

Consentimiento informado: RAND o el ABS distribuirá formularios de consentimiento informado para su firma antes del inicio de la entrevista.

Descripción de las entrevistas: Los participantes se sentarán alrededor de una mesa o en las sillas dispuestas en la habitación, creando un ambiente laboral, aunque no excesivamente formal. El entrevistador se presentará y explicará que la finalidad de la entrevista es recopilar datos sobre los hábitos de prescripción de los médicos de familia y sobre cómo éstos se pueden modificar. La entrevista durará unos 60 minutos y se grabará. En la sala estará también presente una persona que tomará notas y que podrá realizar preguntas adicionales si considera que un área en concreto no se ha abordado o tratado con suficiente detalle. No obstante, el entrevistador será en todo momento el responsable principal de la entrevista.

Fecha: Se acordará con el ABS en horario aceptable para el entrevistado.

Guía para la realización de la entrevista

La entrevista tendrá un formato semiestructurado para fomentar, así, un debate libre. De ser necesario, será dirigida por el entrevistador. Las siguientes preguntas constituyen el marco de trabajo de la actividad. Si bien podrán formularse otras no recogidas en esta lista con el objeto de profundizar en el debate, éste se centrará, sobre todo, en las cuestiones recogidas en el presente documento. Se leerá a los entrevistados la introducción, así como los agradecimientos y notas finales.

Introducción

La finalidad de este estudio es determinar los factores que influyen en la actualidad en los médicos de familia a la hora de realizar prescripciones farmacológicas y cómo podrían modificarse las tendencias actuales, si pudiera hacerse, de cara al futuro. Todo lo que diga en el transcurso de la entrevista será considerado confidencial. En nuestro informe desvelaremos a quién entrevistamos, pero no vincularemos opinión alguna a sus nombres. Grabaremos la entrevista para nuestros archivos y la borraremos una vez hayamos completado el estudio.

Me llamo (XXXX) y trabajo para RAND Europe. He dejado algunas tarjetas sobre la mesa, por si desean conocer más datos sobre la empresa o ponerse en contacto conmigo por motivos relacionados con esta entrevista. La *National Audit Office* (NAO) del Reino Unido nos ha encargado de este trabajo como parte de un estudio de mayores dimensiones que está llevando a cabo sobre los hábitos de prescripción. He puesto en la pizarra la dirección de Internet de la NAO, por si alguien estuviera interesado en conocer más datos sobre este organismo.

1. ¿Cómo cree que los médicos de familia de su área básica de salud (ABS) toman, en la actualidad, sus decisiones de prescripción?
 - ¿Qué tipo de evidencias utilizan?
 - ¿Qué grado de importancia se le concede a la experiencia pasada?
 - ¿Qué función desempeñan los pacientes?
 - ¿Cuál es la función del ABS?
 - ¿Cuál es la función de las compañías farmacéuticas?
 - ¿Cree que existe algún otro factor que influya?
2. ¿Qué cree que impulsaría a los médicos de familia de su ABS a cambiar su forma de prescribir medicamentos?
 - ¿Cuál debería ser la función de las ABS al respecto?
 - ¿Qué estrategias ha puesto en marcha su ABS?
 - ¿Qué tipo de cosas controlan?
 - ¿Qué tipo de cosas deberían controlar?
 - ¿Qué tipo de información se les ofrece a los médicos de familia?
 - ¿Trata activamente de contrarrestar la influencia que ejercen las compañías farmacéuticas?
3. ¿Qué otras organizaciones deberían tratar, activamente, de modificar estos hábitos? (Haga algunas sugerencias, si fuera necesario: el NICE, grupos de pacientes, la Comisión de Sanidad, etc.)
4. ¿Considera que tratar de influir en los hábitos de prescripción supone algún riesgo o peligro?
 - Si así fuera, ¿cómo podrían gestionarse?
5. ¿Cree, en general, que existe un problema en relación con las prescripciones realizadas en su ABS?
 - En caso afirmativo, ¿cuándo suele plantearse el problema? ¿Cómo podría mejorarse?
6. ¿Cuáles son los aspectos más importantes que mejorarían los hábitos de prescripción en Inglaterra? ¿Quién debería hacerse responsable de ello?

Si fuera necesario, podrán realizarse preguntas de seguimiento y tratará de conseguirse, asimismo, que los entrevistados expliquen las evidencias documentales/normas, etc.

Despedida y agradecimientos

Gracias por haber participado en esta entrevista. Me gustaría recalcar, una vez más, que la información recogida en ella es confidencial. Finalmente, si tienen alguna pregunta acerca de esta investigación, por favor, no duden en hacérmela en este momento. Gracias.

Apéndice B:

Protocolo del grupo de trabajo

PROTOCOLO PARA EL GRUPO DE TRABAJO SOBRE LAS HÁBITOS DE PRESCRIPCIÓN DE LOS MÉDICOS DE FAMILIA

N.º de participantes: _____

Mediador: _____

Fecha: _____

Lugar: _____

La finalidad de este estudio es determinar los factores que influyen en los médicos de familia a la hora de realizar prescripciones farmacológicas y cómo podrían modificarse las tendencias actuales. En el contexto en el que se desarrolla la investigación, se observan importantes variaciones en los costes de prescripción de los médicos de familia a escala nacional. Se cree, asimismo, que una parte de estas variaciones no es consecuencia de decisiones tomadas según unos datos existentes sobre la eficacia farmacológica. En 1994, la *Audit Commission* estableció una serie de orientaciones con las que trataba de instituir unos hábitos de prescripción adecuados más coherentes. Las directrices más recientes del *National Institute of Health and Clinical Excellence* (NICE), el Instituto Nacional para la Salud y la Excelencia Clínica del Reino Unido, se concentran con más detalle en tratamientos específicos. En junio de 2006, se calculó que solamente con el uso de las estatinas genéricas, en el marco de unos mejores hábitos de prescripción, podrían ahorrarse más de 2 billones de libras esterlinas en el plazo de cinco años. Las investigaciones llevadas a cabo conjuntamente por RAND, el *University College London* y la *Harvard Medi-*

cal School sugieren que una atención sanitaria de mayor calidad pasa por importantes (aunque variados y complejos) factores organizativos y culturales. Esas mismas investigaciones llamaron la atención sobre las medidas a nivel macro que podrían desembocar en microsistemas de mejora de calidad. Éstos dependen y están regulados por lo que podría denominarse, según House y cols., un mesoparadigma de calidad (a los efectos del presente estudio, esto incluye la organización, cultura y liderazgo de las *Primary Care Trusts* o áreas básicas de salud). Los citados estudios concluían, asimismo, que la comunidad clínica responde de distintas maneras y con distintos grados de éxito a las evaluaciones de calidad de su trabajo, y poco a poco parecía más evidente que las pruebas de rendimiento por sí mismas no cambiaban los hábitos ni traducían las mejoras buscadas en resultados. Se sabe que las directrices del NICE, por ejemplo, han tenido un impacto irregular en la medicina basada en las evidencias. De ahí que pudieran obtenerse beneficios considerables al ofrecer una mejor relación calidad-precio si se conocieran las circunstancias concretas en las que trabaja cada médico de familia.

Objetivos: A través de esta actividad pretendemos fomentar el debate acerca del estado actual de los hábitos de prescripción, saber qué hacen los médicos de familia en este sentido, cómo se valora la información procedente de las distintas fuentes, qué factores influyen en ello y cómo creen que podría cambiarse la tendencia actual con vistas al futuro. Los médicos de familia tendrán la oportunidad de comentar sobre distintos materiales publicitarios proporcionados por las compañías farmacéuticas y las ABS. Finalmente, se preguntará a los participantes sobre la viabilidad, adecuación y aceptabilidad de distintas estrategias encaminadas a mejorar los hábitos de prescripción.

Descripción de los participantes: Está previsto que en el grupo de trabajo participen, aproximadamente, ocho médicos

de familia de dos ABS distintas. Téngase en cuenta que las ABS seleccionadas atienden a una población con características demográficas generales similares y que poseen indicadores semejantes del nivel de vida. Habrá dos grupos de trabajo por cada ABS.

Consentimiento informado: RAND o el ABS distribuirá formularios de consentimiento informado para su firma antes del inicio de la actividad.

Descripción del grupo de trabajo: Los participantes y el mediador se sentarán en círculo o alrededor de una mesa para fomentar el debate. El mediador se presentará y explicará que la finalidad de la sesión es conocer los hábitos de prescripción de los médicos de familia y cómo éstas podrían modificarse de cara al futuro. La actividad tendrá una duración de 75 a 95 minutos y se grabará.

Fecha: Se acordará con el ABS en horario aceptable para los participantes.

Guía para el desarrollo de la actividad

Las siguientes preguntas constituyen el marco de trabajo de la actividad. Si bien podrán formularse otras no recogidas en esta lista con el objeto de profundizar en el debate, éste se centrará, sobre todo, en las cuestiones recogidas en el presente documento. Se leerá a los entrevistados la introducción, así como los agradecimientos y notas finales.

Introducción

La finalidad de este estudio es determinar los factores que influyen en la actualidad en los médicos de familia a la hora de realizar prescripciones farmacológicas y cómo podrían modificarse las tendencias actuales, si pudiera hacerse, de cara al futuro. Todo lo que diga en el transcurso de esta actividad será considerado confidencial. En nuestro informe desvelaremos con quién nos reunimos, pero no vincularemos opinión alguna a individuos concretos. Grabaremos la entrevista para nuestros archivos y la borraremos una vez hayamos completado el estudio.

Me llamo (Tom Ling) y trabajo para RAND Europe. He dejado algunas tarjetas sobre la mesa, por si desean conocer más datos sobre la empresa. La *National Audit Office* (NAO) del Reino Unido nos ha encargado este trabajo como parte de un estudio de mayores dimensiones que está llevando a cabo sobre las hábitos de prescripción. He puesto en la pizarra la dirección de Internet de la NAO, por si alguien estuviera interesado en conocer más datos sobre este organismo.

PREGUNTAS Y SUGERENCIAS

7. ¿Cómo toma actualmente la decisión de prescribir un fármaco?

- ¿De qué evidencias se sirve?
- ¿Cómo emplea la información aportada por la ABS o las compañías farmacéuticas?
- ¿Le parece importante la labor del representante de ventas?
- ¿Influye en usted la formación u otras oportunidades que le brindan las compañías farmacéuticas?
- ¿Qué grado de importancia le da a la experiencia pasada?
- ¿Influye en usted la calidad de los materiales promocionales (además de las evidencias médicas en sí mismas)?
- ¿Están todos de acuerdo?

8. ¿Qué le impulsa a modificar sus prescripciones?

- ¿Podría relatarnos algún caso en el que cambió sus hábitos de prescripción?
- ¿Qué le hizo cambiar?
- ¿Qué le hace pensar que necesita cambiar sus hábitos de prescripción?
- ¿Cómo se entera de la existencia de nuevos tratamientos?
- ¿Cómo influye en usted el ABS?
- ¿Cree que lo hace de forma efectiva?
- ¿Alguna vez le influye la opinión de sus pacientes?
- ¿Y la de sus colegas o la de su consulta?
- ¿Están todos de acuerdo?

9. ¿Cree que existe algún problema en relación con los hábitos de prescripción en la medicina general?

- Si así fuera, ¿cuándo suele darse?
- ¿Cómo podría mejorarse (aunque no hubiera muchos problemas en la actualidad)?
- ¿Qué podría hacer, desde el punto de vista personal, para mejorarlo?

10. ¿Cómo animaría a sus colegas a mejorar sus hábitos?

Despedida y agradecimientos

Gracias por su participación en esta actividad. Me gustaría recalcar, una vez más, que la información recogida en ella es confidencial. Finalmente, si tienen alguna pregunta acerca de esta investigación, por favor, no duden en hacérmela en este momento. Gracias.

CONVOCATORIAS***Grupo de trabajo n.º 1***

Fecha: 18 de octubre de 2006, 13.00-14.30 h

Lugar: Bretton Medical Practice (sala de educación sanitaria)
Rightwell East, Bretton
Peterborough, PE3 8DT

Grupo de trabajo n.º 2

Fecha: 20 de octubre de 2006, 13.00-14.30 h

Lugar: Bretton Medical Practice (sala de educación sanitaria)
Rightwell East, Bretton
Peterborough, PE3 8DT

Grupo de trabajo n.º 3

Fecha: 30 de octubre de 2006, 13.00-14.30 h

Lugar: Longhirst Hall
Longhirst, Morpeth
Northumberland, NE61 3LL

Grupo de trabajo n.º 4

Fecha: 7 de noviembre de 2006, 12.30-14.00 h

Lugar: Longhirst Hall
Longhirst, Morpeth
Northumberland, NE61 3LL

Apéndice C:

Protocolo del taller

PROTOCOLO PARA EL DESARROLLO DEL TALLER SOBRE PRESCRIPCIÓN DE LOS MÉDICOS DE FAMILIA

N.º de participantes: _____

Mediador: _____

Fecha: _____

Lugar: _____

La finalidad de este estudio es determinar los factores que influyen en los médicos de familia a la hora de realizar prescripciones farmacológicas y cómo podrían modificarse las tendencias actuales. En el contexto en el que se desarrolla la investigación, se observan importantes variaciones en los costes de prescripción de los médicos de familia a escala nacional. Se cree, asimismo, que una parte de estas variaciones no es consecuencia de decisiones tomadas según datos existentes sobre la eficacia farmacológica. En 1994, la *Audit Commission* estableció una serie de orientaciones con las que trataba de instituir unos hábitos de prescripción adecuados más coherentes. Las directrices más recientes del *National Institute of Health and Clinical Excellence* (NICE), el Instituto Nacional para la Salud y la Excelencia Clínica del Reino Unido, se concentran con más detalle en tratamientos específicos. En junio de 2006, se calculó que solamente con el uso de las estatinas genéricas, en el marco de unos mejores hábitos de prescripción, podrían ahorrarse más de 2 billones de libras esterlinas en el plazo de cinco años. Las investigaciones llevadas a cabo conjuntamente por RAND, el *University College London* y la *Harvard Medi-*

cal School sugieren que una atención sanitaria de mayor calidad pasa por importantes (aunque variados y complejos) factores organizativos y culturales. Esas mismas investigaciones llamaron la atención sobre las medidas a nivel macro que podrían desembocar en microsistemas de mejora de calidad. Éstos dependen y están regulados por lo que podría denominarse, según House y cols., un mesoparadigma de calidad (a los efectos del presente estudio, esto incluye la organización, cultura y liderazgo de las *Primary Care Trusts* o áreas básicas de salud). Los citados estudios concluían, asimismo, que la comunidad clínica responde de distintas maneras y con distintos grados de éxito a las evaluaciones de calidad de su trabajo, y poco a poco parecía más evidente que las pruebas de rendimiento por sí mismas no cambiaban los hábitos ni traducían las mejoras buscadas en resultados. Se sabe que las directrices del NICE, por ejemplo, han tenido un impacto irregular en la medicina basada en las evidencias. De ahí que pudieran obtenerse beneficios considerables al ofrecer una mejor relación calidad-precio si se conocieran las circunstancias concretas en las que trabaja cada médico de familia.

Objetivos: A través de esta actividad se pretende fomentar el debate sobre lo que pueden hacer las áreas básicas de salud (ABS) para influir en los hábitos de prescripción de los médicos de familia. Así pues, se centrará en identificar los aspectos que resultan adecuados, viables y aceptables para las ABS, así como las medidas hábitos que podrían adoptarse para mejorar los hábitos de prescripción.

Descripción de los participantes: Está prevista la participación de, aproximadamente, 10-12 personas, incluidos directores responsables de las ABS, médicos de familia y otros profesionales interesados (por ejemplo, personal de enfermería con capacidad de prescripción o farmacéuticos), que sean capaces de sugerir distintos enfoques. Se desarrollará un taller por cada ABS.

Descripción de la actividad: Los participantes se sentarán alrededor de una mesa y formarán tres grupos. Habrá tres pizarras con material para escribir y hacer presentaciones. El mediador se presentará y explicará que la finalidad de la sesión es identificar algunas medidas hábitos que las ABS podrían adoptar para mejorar los hábitos de prescripción de los médicos de familia. La actividad tendrá una duración aproximada de 75 a 95 minutos y se grabará.

Fecha: Se acordará con el ABS en horario aceptable para los participantes.

Guía para el desarrollo del taller

Las siguientes directrices constituyen el marco de trabajo del taller.

Introducción (5 minutos)

La finalidad de este estudio es determinar los factores que influyen en los médicos de familia a la hora de realizar prescripciones farmacológicas y cómo podrían modificarse las tendencias actuales, si pudiera hacerse, de cara al futuro. Todo lo que diga en el transcurso de esta actividad será considerado confidencial. En nuestro informe desvelaremos con quién nos reunimos, pero no vincularemos opinión alguna a individuos concretos. Grabaremos la actividad para nuestros archivos y la borraremos una vez hayamos completado el estudio. He dejado mi tarjeta sobre la mesa. No duden en ponerse en contacto conmigo si así lo quisieran después de esta sesión.

Actividad n.º 1: Debate plenario (20 minutos)

La investigación nacional que está llevando a cabo la NAO ha revelado algunos aspectos sobre los que nos gustaría profundizar. En primer lugar, se ha observado que los médicos de familia, más que los asesores de prescripción, tienden a creer que la información sobre prescripción puede ser útil, aunque no sea objetiva. ¿Podrían explicar por qué? ¿Cómo puede ser una fuente de información útil si no es objetiva?

Fíjense en el siguiente cuadro en el que una columna recoge las fuentes de información consideradas útiles, aunque no objetivas; y la otra, las consideradas objetivas, aunque no útiles.

Lista 1

- Asesores de prescripción del ABS
- Boletines informativos del ABS

- Formularios del ABS
- Médicos de familia
- Consultores

Lista 2

- London New Drug Group
- PRODIGY
- Revistas científicas
- Orientaciones de profesionales
- Directrices del NICE

Defina el papel del ABS a la hora de influir en el hábito del médico de familia. ¿Están todos de acuerdo con este papel? ¿Podrían identificar las áreas clave en las que el ABS podría ser efectiva?

Actividad n.º 2: Trabajo en grupo (40 minutos)

Imaginen que tienen que incrementar el uso de las estatinas genéricas hasta un X% en un año. ¿Cómo lo harían, al nivel del ABS o a nivel de consulta? Identifiquen los posibles obstáculos, riesgos y factores beneficiosos.

Actividad n.º 3: Sesión plenaria (25 minutos)

Información, debate y elaboración de una lista de prioridades (si fuera posible) para su puesta en práctica.

Actividad n.º 4: Agradecimientos y próximos pasos de la investigación (5 minutos)

CONVOCATORIAS

Taller n.º 1

Fecha: 25 de octubre de 2006, 13.00-14.30 h

Lugar: Bretton Medical Practice (sala de educación sanitaria)
Rightwell East, Bretton
Peterborough, PE3 8DT

Taller n.º 2

Fecha: 7 de noviembre de 2006, 11.00-12.30 h

Lugar: Longhirst Hall
Longhirst, Morpeth
Northumberland, NE61 3LL

ESTEVE
más cerca