

ORIGINAL

OPINIÓN DE LOS MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE OURENSE SOBRE ALGUNOS ASPECTOS DE SU PRESCRIPCIÓN FARMACÉUTICA

Gabriel J Díaz Grávalos (1), Gerardo Palmeiro Fernández (1), Eloína Núñez Masid (2) e Inmaculada Casado Górriz (3)

(1) Centro de Salud Cea (Ourense)

(2) Dirección Gerencia de Atención Primaria (Ourense)

(3) Centro de Salud Allariz (Ourense)

RESUMEN

Fundamento: Conocer la opinión de los médicos de atención primaria de Ourense (España) con respecto a algunos aspectos de su prescripción como el conocimiento del precio de los fármacos, la prescripción inducida percibida, la relación con la industria farmacéutica y la opinión del médico sobre posibles medidas reductoras del gasto farmacéutico.

Métodos: En este estudio transversal descriptivo, se entrevistó mediante un cuestionario postal, previamente probado, a todos los médicos de atención primaria (MAP) de la provincia de Ourense (243). En él se recogían características demográficas de los facultativos, influencia del coste en la prescripción, estimación del precio de 15 fármacos de uso habitual y la opinión sobre diversos aspectos relacionados con la prescripción inducida, la industria farmacéutica y diversas estrategias para contener el gasto en farmacia. Para el análisis de los resultados se utilizaron pruebas de χ^2 , t de Student y análisis de la varianza, así como el coeficiente de correlación de Spearman según cumpliera con un error de 0,05.

Resultados. El nivel de participación de los encuestados fue del 42,8 % (104). La duración media diaria de la visita de los delegados farmacéuticos fue de 13,6 minutos, siendo las novedades el punto de mayor interés. Casi un 27 % admitía participar en ensayos clínicos patrocinados por la industria. El 23 % consideraba el precio una prioridad al prescribir. La prescripción inducida suponía el 39,7 % del total. Los facultativos eligieron mayoritariamente el copago para reducir el gasto farmacéutico. En la estimación del precio el porcentaje de error global fue del 45,7 %, subestimando los más caros y sobrestimando los más baratos.

Conclusiones. Existe un desconocimiento importante del precio de los fármacos entre los MAP. La mayor parte de los médicos no consideran que el precio del fármaco deba ser una prioridad al prescribir. Hay un porcentaje elevado de prescripción inducida percibida. Respecto al gasto farmacéutico, la mayor parte de los MAP considera las medidas económicas, en concreto el copago, como las más efectivas para su contención.

Palabras clave: Gasto farmacéutico. Atención primaria. Prescripción de medicamentos.

Correspondencia:

Gabriel J Díaz Grávalos

Feria 9

32130 Cea (Ourense)

Correo electrónico: gdgravalos@hotmail.com

ABSTRACT

Opinion of the Primary Care Physicians of Ourense with respect to certain Aspects of their Prescription of Medicines

Background: To learn the opinion of the primary care physicians of Ourense (Spain) with respect to certain aspects of their prescription of medicines, such as their awareness of the price of drugs, the induced prescribing perceived, their relationship with the pharmaceutical industry and their opinions concerning possible measures for reducing the expenditure on medicines.

Methods: In this transversal descriptive study, all of the primary care physicians in the province of Ourense (243) were surveyed by means of a previously-approved questionnaire sent to them by post. The questionnaire included demographic characteristics of the physicians, the influence of cost when prescribing medicines, their estimate of the price of 15 drugs routinely prescribed and their opinion on different aspects relating to induced prescription, the pharmaceutical industry and different strategies in order to curtail the expenditure on medicines. In order to analyze the results, the χ^2 and Student's t tests and an analysis of the variance were used, together with the Spearman correlation coefficient with $\alpha = 0.05$.

Results. The level of participation of the physicians surveyed was 42.8 % (104). The average daily duration of visits by pharmaceutical company representatives was 13.6 minutes, with new specialities being the topic of greatest interest. Close to 27 % admitted to having participated in clinical testing sponsored by the industry. 23 % considered the price to be a priority when prescribing. Induced prescription accounted for 39.7 % of the total. The majority of physicians chose co-payment as the means for reducing expenditure on medicines. In the estimate of prices, the overall percentage of error was 45.7 %, underestimating the more expensive medicines and overestimating the less expensive.

Conclusions. There is a significant lack of awareness of the price of drugs among the primary care physicians. Most of the physicians do not feel that the price of a drug should be a priority when prescribing medicines. There is a high percentage of induced prescription perceived. With regard to the expenditure on pharmaceuticals, the majority of those surveyed feel that financial measures, specifically co-payment, are the most effective in order to curtail rising costs.

Key Words: Medical care cost. Primary care. Prescription. Medicines.

INTRODUCCIÓN

Una de las principales preocupaciones de las Administraciones Sanitarias es el gasto farmacéutico, no sólo en términos absolutos, sino también por su ritmo de incremento, notablemente superior al crecimiento general de los precios. Durante el año 2000, se gastó en el Sistema Nacional de Salud más de un billón de pesetas en farmacia (un 7,4 % más respecto a 1999, con un incremento del número de recetas del 4,9 % y un gasto promedio por receta de 1874 pesetas)¹.

Para explicar este gasto se han desarrollado diversas interpretaciones que implican a los prescriptores, a la industria farmacéutica (IF), a la Administración y a los ciudadanos, receptores y usuarios finales de los fármacos. A tenor de estos diversos condicionantes de la prescripción, intrínsecos y extrínsecos al médico², que intentan explicar los motivos de una determinada elección, se han diseñado estrategias para intentar que el gasto disminuya o al menos no continúe aumentando con el ritmo actual.

Siempre se ha achacado a los facultativos un escaso interés respecto a cuestiones económicas, alegando que considerarían que deben prescribir aquello que en su opinión es más beneficioso para el paciente, independientemente del precio. Sin embargo, diversos estudios dibujan un panorama diferente, donde con frecuencia la prescripción no responde a un criterio exclusivamente clínico: formación académica, presión asistencial, entorno laboral y mercadotecnia industrial²⁻⁴.

En el proceso de adquisición de cualquier bien, y la prescripción de fármacos lo es, conocer el precio del producto es una condición indispensable para conseguir un resultado lo más eficiente posible. Sin embargo, existen serias dudas de que los médicos que prescriben conozcan con precisión aceptable el precio de los fármacos que indican⁵⁻⁸.

Los objetivos de este estudio han sido valorar el conocimiento que sobre los precios de los fármacos de uso habitual tienen los facultativos de Atención Primaria de la provincia de Ourense, la importancia que el precio les merece a la hora de prescribir, la influencia de la prescripción inducida desde el punto de vista del médico que la recibe y las medidas que a su juicio deberían aplicarse para reducir el gasto en farmacia.

MATERIAL Y MÉTODOS

Para la realización de este estudio descriptivo transversal, entre el mes de noviembre de 1999 y el mes de septiembre de 2000 se envió un cuestionario postal a todos los médicos de Atención Primaria (MAP) de la provincia de Ourense (243 individuos). El listado de los facultativos, así como las direcciones profesionales de los mismos, se obtuvieron a través de la Gerencia de Atención Primaria del Servicio Galego de Saúde.

El envío iba acompañado de una carta de presentación del estudio, firmada por la directora médica de Atención Primaria de la provincia, explicando las características del mismo y asegurando la absoluta confidencialidad de los datos. Cada cuestionario, aunque anónimo, llevaba una identificación numérica en su primera hoja para facilitar un segundo envío a los no respondedores. Una persona ajena al estudio, administrativo de la Gerencia, disponía de la relación numérica y nominal de cada encuestado. A ella se remitían los cuestionarios una vez cumplimentados, por correo interno del Servicio Galego de Saúde (SERGAS), cuando era factible, o mediante correo ordinario. No se facilitó sobre de respuesta. Tras contactar telefónicamente con los médicos que no contestaron en el plazo estipulado para solicitarles que lo hicieran, se les volvía a remitir un segundo cuestionario al cabo de un tiempo prudencial.

Este cuestionario, construido al efecto, había sido previamente probado mediante

su administración a un grupo de 17 médicos de atención primaria de dos centros de salud, C.S. Cambre (A Coruña) y C.S. Aldebarán (Madrid), para detectar posibles fallos de construcción; quedó constituido definitivamente por 27 preguntas, 8 de tipo sociodemográfico, 8 sobre la relación con la industria farmacéutica, 5 sobre prescripción inducida percibida, 5 sobre el precio de los fármacos y otros aspectos de la prescripción y una sobre las medidas más adecuadas para reducir el gasto farmacéutico (anexo 1). La selección de los 15 fármacos sobre los que se indagaba el precio se basó en los listados de fármacos más prescritos en la provincia en los 3 meses anteriores.

Una vez recibidos y tabulados los resultados, se calculó la variable principal del estudio «Porcentaje de error de cada médico en la estimación del precio de cada producto farmacéutico» ($\% \text{ MPF}$), prescrito o no, calculado según la fórmula $(100 - \frac{E}{R})$ donde E es el precio estimado por el facultativo y R el precio real en la fecha de la encuesta (un valor 100 indica coincidencia entre precio estimado y real). El tamaño muestral mínimo para la estimación de dicha variable, con una precisión del 10 %, un α de 0,05 y una desviación estándar de 34 (tomada de Oppenheim⁵) dio un resultado de 51 individuos.

Otras variables calculadas fueron:

Media de la diferencia (precio estimado-precio real) por producto farmacéutico.

Media del $\% \text{ MPF}$ por producto farmacéutico.

Porcentaje global de error de estimación de los facultativos: se hallaron los valores promedio de las desviaciones (como valores absolutos de $|100 - \% \text{ .MPF}|$) de cada facultativo en todas las especialidades farmacéuticas prescritas por él, y luego se calculó la me-

dia de dichos porcentajes promedio personales.

Porcentaje global de error de estimación por producto farmacéutico: de forma análoga, se hallaron para cada producto farmacéutico los valores promedio de las desviaciones (como valores absolutos de $|100 - \% \text{ .MPF}|$) de todas las estimaciones emitidas (se prescribiera el fármaco o no), y posteriormente se calculó la media de dichos promedios.

Se realizó un análisis comparativo entre las características sociodemográficas (edad, sexo, años de permanencia en el trabajo, situación laboral, modelo integrado o no) de los respondedores y los no respondedores, éstas obtenidas a través de la Gerencia de Atención Primaria de Ourense.

El análisis de los datos se realizó con la ayuda de los programas estadísticos SPSS 9.0 y EPIDAT 2.0.

Las características básicas de la muestra fueron analizadas con métodos univariantes, representando las variables cualitativas mediante estimación de proporciones y las cuantitativas mediante media y desviación estándar $[\bar{x} (DE)]$, ambas con sus correspondientes intervalos de confianza del 95 % ($IC_{95\%}$).

La relación entre variables cualitativas se analizó con la prueba de χ^2 ; entre variables cualitativas y cuantitativas a través de la comparación de medias mediante una prueba t de Student o análisis de la varianza; y entre variables cuantitativas mediante el coeficiente de correlación de Spearman, previa comprobación del cumplimiento de las condiciones de aplicación de las diversas pruebas.

RESULTADOS

Participaron 104 médicos, lo que supone un porcentaje de respuesta del 42,8 %, con

una media de edad de 42,5 (6,1) años, siendo un 42,3 % (44) mujeres. Los principales resultados sociodemográficos, de los aspectos

de la visita y de la relación con la industria farmacéutica quedan resumidos en la Tabla 1.

Tabla 1
Datos sociodemográficos y aspectos de la visita y de la relación con la industria farmacéutica más relevantes

| | <i>% (n) o $\bar{x} \pm DE$ según proceda</i> | <i>IC_{95%}</i> |
|---|--|-------------------------|
| Aspectos sociodemográficos | | |
| Nivel de participación | 42,8% (104) | |
| Por sexos | 42,3% (44) mujeres | |
| Media de edad | 42,5 6,1 años | [41,3~43,7] |
| Antigüedad | 15,0 6,3 años | [13,8~16,3] |
| Situación laboral | | |
| Propietarios: | 39,4 % (41) | [30,1~49,4] |
| Interinos: | 56,7 % (59) | [46,6~66,2] |
| Sustitutos: | 3,9 % (4) | [1,2~10,1] |
| Modelo Integrado | 67,3 % (70) | [57,3~75,9] |
| Medio poblacional: | | |
| < 5.000 habitantes: | 62,5 % (65) | [52,4~71,6] |
| 5.000-25.000 habitantes: | 21,1 % (23) | [13,9~30,4] |
| > 25.000 habitantes: | 15,4 % (16) | [9,3~24,1] |
| Población atendida (en TIS) | 1277 514 | [1162~1391] |
| Pacientes/día: | 39,4 39,4 | [36,3~42,6] |
| Aspectos de la visita y de la relación con la industria farmacéutica | | |
| Delegados/día | 2,8 (0,9) | [2,6~2,9] |
| Duración de la visita (minutos) | 13,6 (5,7) | [9,2~17,8] |
| Interés en el contenido de la visita | | |
| Novedades | 51,9 % (54) | [41,9~61,7] |
| Aspectos farmacológicos | 44,2 % (46) | [34,5~54,2] |
| Precio | 1 % (1) | [0,0~6,0] |
| Actitud ante las novedades: espera... | | |
| información escrita | 59,6 % (62) | [49,5~68,9] |
| aceptación generalizada | 33,7 % (35) | [24,9~43,7] |
| opinión de colegas | 5,8 % (6) | [2,3~12,6] |
| Prescribe tan pronto se lo presentan | 1 % (1) | [0,0~6,0] |
| Lectura de estudios de la industria | 54 % (56) | [43,9~63,7] |
| Participación en estudios patrocinados | 26,9 % (28) | [18,8~36,6] |
| Acepta el patrocinio de actividades formativas | 83,7 % (87) | [74,8 ~89,9] |

TIS: tarjetas sanitarias individuales

No se encontraron diferencias significativas en las características de los facultativos respondedores y no respondedores, salvo en el mayor porcentaje de respondedores que ejercían en municipios de menos de 5.000 habitantes.

La totalidad de los médicos que contestaron admitía recibir la visita de delegados farmacéuticos, con un promedio de 2,8 (0,9) por día (IC_{95%} [2,6~2,9]), siendo más frecuentes estas visitas conforme aumentaba el número de TIS del facultativo ($r = 0,3$; $p = 0,003$).

Un 26,9 % (28) admitía participar en estudios patrocinados por la industria farmacéutica, y un 5,8 % no respondió a esta cuestión. Por otra parte, 87 médicos (83,7 %) creían adecuado el patrocinio por parte de los laboratorios farmacéuticos de cursos y otras actividades formativas.

El 76,0 % (79) (IC_{95%} [66,4~83,5]) de los encuestados admitió fijarse en el precio al recetar, pero sólo el 23,1 % (24) (IC_{95%} [15,6~32,5]) consideraba el precio una prio-

ridad a la hora de prescribir, sin diferencias entre sexo ni edad. El 8,7 % no contestó a esta pregunta.

La tabla 2 muestra los precios reales de las distintas especialidades farmacéuticas (ordenados de forma ascendente) en el momento de realizar la encuesta y las diferentes medias de las estimaciones efectuadas y de las desviaciones en las estimaciones en pesetas. En la tabla 3 se indican los porcentajes mínimo y máximo estimados para cada especialidad farmacéutica, ordenadas también de forma ascendente según su precio real, y su media (con DE e IC_{95%}). El porcentaje global de error en la estimación de los facultativos fue del 45,7 % (27,9) (IC_{95%} [38,8~52,7]) con mínimo de 8,4 % y máximo de 136 %. Si se consideran los diferentes fármacos, el porcentaje global de error de estimación por producto farmacéutico se puede estimar en más de un 37,3 % (35,6) (IC_{95%} [19,3~55,3]), con extremos entre el 6,6 % (Norvas 5, 30 comp) y el 153,7 % (Meleril, 10 ml). En conjunto, se subestimaba el precio de los fármacos de mayor coste, mientras se sobreestimaba el

Tabla 2

Precios reales y promedios de las estimaciones efectuadas y de las diferencias entre lo estimado y lo real

| Presentación Farmacéutica | Precio Real * | Media de la estimación | Media de la diferencia (estimado-real) | Desviación típica |
|-----------------------------|---------------|------------------------|--|-------------------|
| Termalgin 500 20 comp | 239 | 386 | 147 | 220 |
| Meleril 10 ml | 244 | 619 | 375 | 672 |
| Voltarén emulgel 60 gr | 603 | 825 | 222 | 262 |
| Trankimazin 0,5 30 comp | 661 | 985 | 324 | 689 |
| Ventolín inh | 681 | 943 | 263 | 635 |
| Almax forte 1,5 gr 30 sob | 795 | 1.136 | 341 | 768 |
| Voltarén 50 40 comp | 1.066 | 1.031 | -91 | 410 |
| Diemil 180 ml | 1.529 | 1.229 | -299 | 471 |
| Monocid 1 g IM 1 vial | 1.822 | 1.465 | 356 | 638 |
| Zantac 150 28 comp | 2.861 | 2.298 | -562 | 662 |
| Norvas 5 30 comp | 3.050 | 2.849 | -200 | 912 |
| Renitec 20 28 comp | 3.460 | 2.848 | -612 | 774 |
| Pulmicort TBH 400 100 dosis | 5.489 | 3.617 | -1.871 | 1.368 |
| Zarator 10 28 comp | 5.538 | 4.278 | -1.259 | 1.107 |
| Seroxat 20 28 comp | 5.768 | 4.162 | -1.605 | 1.371 |

* Tomado de Catálogo de Especialidades Farmacéuticas 1999. (en ptas.)

de los más económicos. El porcentaje de error en la estimación se asociaba de forma significativa con el número de pacientes en

consulta ($r = 0,28$; $p = 0,03$) y con el número de delegados de visita farmacéutica recibidos ($r = 0,38$; $p = 0,002$).

Tabla 3
Porcentajes de error en las estimaciones *

| Presentación farmacéutica | Mínimo | Máximo | Media | Desviación típica | IC _{95%} |
|-----------------------------|--------|---------|-------|-------------------|-------------------|
| Termalgin 500 20 comp | 83,7 | 627,6 | 161,7 | 92,3 | [138,6-184,8] |
| Meleril 10 ml | 81,9 | 2.049,2 | 253,7 | 275,5 | [182,3-325,0] |
| Voltarén emulgel 60 gr | 16,6 | 298,5 | 136,9 | 43,5 | [125,8-148,0] |
| Trankimazin 0,5 30 comp | 30,2 | 605,1 | 149 | 104,3 | [121,9-176,0] |
| Ventolín inh | 29,3 | 513,9 | 138,6 | 93,3 | [114,6-162,6] |
| Almax forte 1,5 gr 30 sob | 62,9 | 880,5 | 142,9 | 96,7 | [118,2-167,6] |
| Voltarén 50 40 comp | 35,6 | 267,1 | 91,8 | 36,5 | [82,5-101,1] |
| Diemil 180 ml | 19,6 | 170,1 | 80,4 | 30,8 | [72,2-88,5] |
| Monocid 1 g IM 1 vial | 16,5 | 219,5 | 80,4 | 35,0 | [71,3-89,4] |
| Zantac 150 28 comp | 17,5 | 139,8 | 80,3 | 23,1 | [74,3-86,2] |
| Norvas 5 30 comp | 26,2 | 163,9 | 93,4 | 29,9 | [85,6-101,1] |
| Renitec 20 28 comp | 20,2 | 138,7 | 82,3 | 22,3 | [76,5-88,1] |
| Pulmicort TBH 400 100 dosis | 12,9 | 109,3 | 65,9 | 24,9 | [59,5-72,2] |
| Zarator 10 28 comp | 14,4 | 108,3 | 77,2 | 20,0 | [72,0-82,3] |
| Seroxat 20 28 comp | 17,3 | 104 | 72,1 | 23,7 | [66,0-78,1] |

* Un valor de 100 indica coincidencia entre precio estimado y real.

Más del 87 % de la muestra refería tener mucha o bastante fidelidad a las especialidades que prescribía. Entre las razones aportadas para justificar la prescripción de una determinada marca comercial frente a otra destacan la antigüedad del nombre comercial en el mercado (30 %) y el precio (30 %), influyendo en menor medida la variedad de presentaciones. Sin embargo, no todos los fármacos se comportaban igual en este aspecto. Así, al elegir una determinada marca de omeprazol, el 44 % afirmaba basar esta decisión en el precio, porcentaje que se redujo al 30 % en el diclofenaco, al 26 % en el ciprofloxacino y que no alcanzaba el 20 % en el caso de enalapril, amoxicilina o paracetamol. En contraste, la afirmación de que el precio juega un papel importante en la elección de una marca comercial no se cumplía en el caso concreto de omeprazol y ciprofloxacino, donde eran más utilizadas las marcas más ca-

ras y con menor variedad de presentaciones, incluso entre quienes afirmaban que el precio es una prioridad al prescribir.

La consideración de la utilidad terapéutica de un fármaco tampoco era un punto decisivo a la hora de recomendarlo. Así, sustancias que eran consideradas de utilidad terapéutica baja por los facultativos eran prescritas hasta por un 70 % de los mismos.

La prescripción inducida percibida suponía según los MAP el 39,7 % (20,0) (IC_{95%} [35,8-43,7]) del total, y consideraban que el 15,9 % (13,9) podría evitarse directamente. Entre las especialidades que más medicación inducida producían destaca Aparato cardiovascular (47 %), seguida de Aparato locomotor (12,5 %) y Aparato respiratorio (11,5 %).

Respecto a la actitud del MAP frente a la medicación inducida, un 37,5 % la sus-

pendía sin esperar la opinión del especialista cuando creía que la indicación no estaba bien sustentada. Sin embargo, la escasa experiencia de uso (el 92 % no sustituye) o el coste excesivo (el 75 % no sustituye) no se manifestaban como determinantes a la hora de establecer un cambio de la medicación prescrita por otros niveles asistenciales.

Dentro del cuestionario se solicitaba a los facultativos que eligieran las tres medi-

das que a su juicio eran más útiles para reducir el gasto farmacéutico (tabla 4). Considerando el porcentaje de médicos que eligió cada una de las posibilidades, la mayoría (67,3 %) (IC_{95%} [57,3~75,9]) se decantó por el copago, seguido a distancia por la prescripción de genéricos (39,4 %) (IC_{95%} [30,1~49,4]), la utilización de guías de prescripción (38,4 %) (IC_{95%} [29,1~48,4]) y la implantación de precios de referencia (25,0 %) (IC_{95%} [17,2~34,6]).

Tabla 4

Porcentaje de médicos que eligen cada una de las medidas propuestas para contener el gasto farmacéutico

| | % (n) |
|----------------------------|-------------|
| Copago | 67,3 % (70) |
| Prescripción de genéricos | 39,4 % (41) |
| Guías clínicas | 38,4 % (40) |
| Precios de referencia | 25,0 % (26) |
| Información de precios | 23,0 % (24) |
| Sesiones clínicas | 18,2 % (19) |
| Incentivos no monetarios | 12,5 % (13) |
| Información personalizada | 12,5 % (13) |
| Limitación de prestaciones | 11,5 % (12) |
| Incentivos monetarios | 9,6 % (10) |
| Asesoramiento farmacéutico | 8,6 % (9) |
| Revisiones con colegas | 7,7 % (8) |
| Autogestión | 6,7 % (7) |
| Sanciones | 0,9 % (1) |

Entre los facultativos que elegían el copago el tiempo dedicado a la visita de los delegados farmacéuticos era significativamente menor (10,6 minutos frente a 16,0 minutos; $p < 0,001$), sin diferencias significativas en las restantes variables.

En la tabla 5 se resumen el porcentaje global de error de estimación de los facultativos y las principales asociaciones significativas halladas en el estudio.

Tabla 5
Porcentaje global de error de estimación y principales asociaciones significativas

| | |
|--|--|
| Porcentaje global de error de estimación de los facultativos | 45,7% (27,9) IC _{95%} [38,8-52,7] |
|--|--|

| | | |
|----------------------------------|-------|-----------|
| <i>Mayor número de delegados</i> | | |
| Mayor número de TIS | = 0,3 | p = 0,003 |

| | | |
|---|--------|-----------|
| <i>Mayor porcentaje de error en la estimación</i> | | |
| Mayor número de pacientes/día | = 0,28 | p = 0,03 |
| Mayor número de delegados | = 0,38 | p = 0,002 |

TIS: tarjetas sanitarias individuales coeficiente de correlación de Spearman.

| | | | |
|---|---|--|-----------|
| | <i>Partidarios del copago como medida para reducir gasto farmacéutico</i> | <i>No partidarios del copago como medida para reducir gasto farmacéutico</i> | |
| Duración de la visita de los delegados farmacéuticos (en minutos) | 10,6 | 16,0 | p < 0,001 |

coeficiente de Spearman.

DISCUSIÓN

Para interpretar adecuadamente los resultados obtenidos deben considerarse las conocidas limitaciones de los estudios transversales basados en cuestionarios⁹ y la representatividad de la muestra. La sospecha de intento de control de la prescripción por parte de la Administración pudo influir a la baja en el nivel de participación obtenido, aunque comparable a los alcanzados en estudios similares^{8,10,11} y, asimismo, sesgar las respuestas en un sentido favorable a lo que se considera que debería ser un «buen profesional».

La única diferencia observada entre respondedores y no respondedores, respecto del tamaño de la población donde se ejerce, depende de una menor respuesta en los equipos de atención primaria de la capital, aunque creemos que esto no disminuye la representatividad de la muestra. Por otro

lado, la cantidad limitada de datos obtenida puede no representar suficientemente las características subyacentes a un determinado comportamiento prescriptor.

El conocimiento que tienen los médicos del coste de los fármacos que prescriben es escaso, a juzgar por los resultados de este estudio, coincidentes con los de la mayor parte de la literatura consultada^{6-8,12-14}.

Para evitar que el hecho de no prescribir un producto influyese en el desconocimiento de su precio se excluyeron del análisis aquellos casos en los que el facultativo afirmaba no prescribirlo. De cualquier forma, hay que considerar que elegir un determinado fármaco supone haberlo comparado con otros, y en esa comparación debería estar incluido el precio de las alternativas. Por otra parte, el método de selección de los fármacos se basó en la relación de fármacos más

prescritos en la provincia con lo que, en general, se trataba de sustancias de muy amplio uso.

En la apreciación del coste de los medicamentos se comprueba un fenómeno de unificación de los precios, con sobrestimación de los más baratos y subestimación de los más caros. Este fenómeno ha sido observado de una u otra forma por la mayoría de los autores^{5,7,8,12,13,15-17}, siendo probablemente un reflejo del desconocimiento del precio del fármaco, que hace que se considere un valor similar para la mayoría de los productos.

Al igual que en otros estudios^{7,15,18,19} no se ha encontrado relación entre el grado de conocimiento del precio de los fármacos y las características sociodemográficas de los facultativos. Sin embargo, sí se observa asociación positiva entre error en la estimación y volumen de pacientes y de visitantes médicos. La presencia de estos últimos no condiciona un mayor conocimiento de los precios en contra de lo que parece lógico. De hecho, sólo un 1 % de los facultativos considera el precio un aspecto de gran interés en la visita de los delegados farmacéuticos.

A pesar de que la mayoría de los médicos reconoce considerar el precio al prescribir, menos de la cuarta parte cree que deba ser una prioridad a la hora de seleccionar un fármaco. Otros autores^{10,12,14,19} encuentran a este respecto cifras similares, aunque al comparar con estudios realizados en otros países es preciso tener en cuenta las diferencias respecto a la financiación pública de los fármacos. Como es lógico, el hecho de que la mayor parte de la factura farmacéutica corra a cargo de la Seguridad Social hace que la consideración de la eficiencia de la prescripción esté menos presente en el prescriptor. En contraste, un estudio experimental²⁰ ha demostrado que el conocimiento de los precios hace que la prescripción sea más económica.

Según los datos obtenidos, la IF ejerce una presión comercial directamente proporcional al «poder prescriptor» del facultativo medido

en función de la población adscrita (como ya demostró Figueiras²¹ en un medio similar) y dedica una media de 60 horas anuales a ofertar información sobre fármacos (7,5 jornadas laborales de 8 horas al año, más de lo dedicado habitualmente a formación continuada). Esta atención a la información suministrada por la IF contrasta más todavía con el desconocimiento del precio que reflejan los datos. A este respecto, se constata con frecuencia que la publicidad ofrecida por la IF no lleva el precio del fármaco o es difícilmente legible^{12,16}, salvo cuando la propia promoción introduce el precio como factor motivador. Por otro lado, un alto porcentaje de médicos (54 %) admite leer los informes/ensayos presentados por la IF (escasamente contrarrestados con datos de contenido crítico) y una amplia mayoría de los médicos cree adecuado el patrocinio de actividades formativas por parte de la IF (como señalan Caamaño *et al*², la IF es vista por los facultativos como una figura colaboradora frente a la Administración, de la que se destaca generalmente su papel fiscalizador). En nuestra encuesta, el 27 % de los facultativos reconoce su participación, en todo caso legítima, en estudios promovidos por la IF, lo que facilita la creación de un cierto hábito prescriptor ya que la razón más importante para prescribir un fármaco es, probablemente, una buena experiencia con el producto que dé al médico una opinión personal favorable¹¹. Así, un elevado porcentaje reconoce mantenerse fiel a una determinada marca comercial, generalmente a la de la compañía que desarrolla el fármaco¹⁸. Si, además, tal como se demostró en un estudio²², un 47 % de los médicos considera como fuente de actualización farmacológica a los visitantes médicos, parece necesario un serio esfuerzo por parte de gestores, colectivos y asociaciones médicas para fomentar una adecuada formación continuada en farmacología clínica.

Respecto al porcentaje de medicación que los facultativos perciben como inducida, en su más amplia acepción, éste coincide con las cifras encontradas en nuestro país, con valores que oscilan entre el 30 y el 50 %²³⁻²⁸,

destacando el mayor volumen de medicación originada por los especialistas del área cardiovascular, dato coherente con la patología prevalente en nuestro medio y con los hallazgos de otros autores^{24,28}.

Gallego²⁹, en Barcelona, encuentra prácticamente el mismo porcentaje de desacuerdo con la prescripción inducida. La elevada proporción de médicos que mantienen una medicación prescrita por otro a pesar de encontrarse en desacuerdo con la misma (62,5 %), lo que evidentemente genera malestar en el médico de atención primaria, debería ser motivo de reflexión en la Administración sanitaria para establecer mecanismos que lo impidan³⁰.

Entre las alternativas para reducir el gasto farmacéutico destaca la apreciación mayoritaria de que el copago sería la fórmula más eficaz de conseguirlo. Figura a continuación la prescripción de genéricos, quizá como reflejo de su reciente introducción en el momento de la encuesta, y las actividades formativas, aunque si se consideran en su conjunto, las medidas de tipo puramente económico predominan sobre las formativas. Básicamente coinciden con lo encontrado por Alastrué *et al*¹⁵ en Valencia, si exceptuamos que en ese estudio no se ofrecía la alternativa del copago. No resulta fácil interpretar la apreciable diferencia existente entre el tiempo dedicado a la IF entre partidarios y no partidarios del copago como fórmula de control del gasto y creemos que merecería un estudio específico.

En opinión de los facultativos, la información sobre el gasto producido no parece ser de mucha utilidad como instrumento para la contención del gasto, dato coincidente con lo encontrado en estudios similares^{14,31}. Otros métodos precisarían ser evaluados mediante estudios experimentales para probar su utilidad en este campo y, dado que los propios médicos así lo creen, es posible que una mayor formación³² en materias tales como la farmacoeconomía y algo tan simple como una adecuada información sobre el precio de

lo que se receta³³ pudiera ser de utilidad para conseguir una prescripción más racional, acciones que no deberían limitarse a los médicos de atención primaria, sino que, dado el elevado porcentaje de medicación inducida, convendría extender igualmente a los especialistas de segundo nivel³⁴.

AGRADECIMIENTOS

Al Dr. Arturo Louro, Coordinador del EAP de Cambre (A Coruña) y a la Dra. María del Carmen Sánchez-Celaya, miembro del EAP Aldebarán (Madrid), por su colaboración en la realización de la prueba piloto del cuestionario.

BIBLIOGRAFÍA

1. Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios. Ministerio de Sanidad y Consumo. Indicadores de la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud a través de Receta. Año 2000. Inf Ter Sist Nac Salud 2001; 25 (2): 65.
2. Caamaño F, Figueiras A, Gestal-Otero JJ. Condicionantes de la prescripción en atención primaria. Aten Primaria 2001; 27: 43-48.
3. Abanades JC, Cabedo V, Cunillera R, García JJ, Jolín L, Martín M et al. Factores que influyen en la prescripción farmacológica del médico de atención primaria. Aten Primaria 1998; 22: 391-398.
4. Figueiras A, Caamaño F, Gestal-Otero JJ. Incentivos de la industria farmacéutica a los médicos: problemas éticos, límites y alternativas. Gac Sanitaria 1997; 11: 297-300.
5. Oppenheim GL, Erickson SH, Ashworth C. The family physician's knowledge of the cost of prescribed drugs. J Fam Pract 1981; 12: 1027-1030.
6. Fowkes FGR. Doctors' knowledge of the costs of medical care. Medical Education 1985; 19: 113-117.
7. Rowe J, MacVicar S. Doctors' knowledge of the cost of common medications. J Clin Hosp Pharmacy 1986; 11: 365-368.
8. Miller LG, Blum A. Physician awareness of prescription drug costs: A missing element of drug advertising and promotion. J Fam Pract 1993; 36: 33-36.

9. Argimón JM, Jiménez J. Métodos de investigación. Barcelona: Ediciones Doyma SA; 1991.
10. Bradley CP. Factors which influence the decision whether or not to prescribe: the dilemma facing general practitioners. *Br J Gen Pract* 1992; 42: 454-458.
11. Cialdella Ph, Figon G, Haugh MC, Boissel JP. Prescription intentions in relation to therapeutic information: a study of 117 french general practitioners. *Soc Sci Med* 1991; 33: 1263-1274.
12. Safavi KT, Hayward RA. Choosing between apples and apples: physicians' choices of prescription drugs that have similar side effects and efficacies. *J Gen Intern Med* 1992; 7: 32-37.
13. Mengual M, Guasch J, Falcó C, Segura J, Aguilar C. ¿Conocen el coste del tratamiento del asma los médicos de atención primaria? *Aten Primaria* 2000; 26: 295.
14. Mengíbar FJ. ¿Existe conciencia de gasto farmacéutico en la atención primaria reformada? *Aten Primaria* 2001; 27: 408-411.
15. Alastrué JI, Meneu R, Peiró S. Análisis de las opiniones, actitudes y conocimientos de los médicos de los centros de salud de Valencia sobre la eficacia y la eficiencia en la prescripción de medicamentos. *Aten Primaria* 1998; 21: 165-171.
16. Glickman L, Bruce EA, Caro FG, Avorn J. Physicians' knowledge of drug costs for the elderly. *J Am Geriatr Soc* 1994; 42: 992-996.
17. Kolassa EM. Physicians' perceptions of prescription drug prices: their accuracy and effect on the prescribing decision. *Journal of Research in Pharmaceutical Economics* 1995; 6(1): 23-37.
18. Taziaux P, Franck J, Ludovic R, Albert A. A study of general practitioners' prescribing behaviour to the elderly in Wallonia, Belgium. *Eur J Pub Health* 1996; 6: 49-57.
19. Walzak D, Swindells S, Bhardwaj A. Primary care physicians and the cost of drugs: A study of prescribing practices based on recognition and information sources. *J Clin Pharmacol* 1994; 34: 1159-1163.
20. Hart J, Salman H, Bergman M, Neuman V, Rudnik C, Gilenberg D et al. Do drug costs affect physicians' prescription decisions? *J Intern Med* 1997; 214: 415-420.
21. Figueiras A. Factores asociados a la prescripción de medicamentos: prescriptores y fuentes de información terapéutica. Un estudio farmacoepidemiológico [Tesis doctoral]. Santiago de Compostela: Universidad de Santiago de Compostela; 1993.
22. Nieto-Hernández T, Altamiras J, Buitrago F. Fiablez otorgada al Vademécum entre médicos de atención primaria. *Aten Primaria* 1996; 17: 247-250.
23. Franzi A, Placencia ML, Rodríguez L. Estudio de la prescripción inducida de las áreas básicas de salud de la Dirección de Atención Primaria Sabadell. *Aten Primaria* 1997; 20: 408-414.
24. Arroyo MP, Cano E, Ansorena R, Celay J, Cortés F, Estremera V. Prescripción delegada por especialistas en atención primaria. *Aten Primaria* 1995; 16: 538-544.
25. Lomeña JA, Cevallos M, Medina MT, Mediavilla E, Sarmiento F, Hernández JL. Gasto farmacéutico en atención primaria según el origen de las prescripciones. *Aten Primaria* 1996; 18: 35-38.
26. Pereiró I, Rodríguez R, Bartual MJ, Guijarro MD, Sánchez G, Suberviola V. Prescripción farmacológica en consultas de medicina general. *Aten Primaria* 1995; 15: 286-288.
27. Gervás J. Sobre la prescripción inducida. *Aten Primaria* 1995; 15: 473-474.
28. Seguí M, Bartolozzi E, Ramos J, Llach A, Torrent M, Bresco E et al. Prescripciones de utilidad terapéutica baja inducidas en atención primaria. *Aten Primaria* 1998; 22: 227-232.
29. Gallego L, Fernández E, Flor X, Orfila F, Meliá R, Rodríguez M. Prescripción inducida: ¿estamos siempre de acuerdo? *Aten Primaria* 2000; 26: 308.
30. García JA, Cerdón F. Prescripción inducida, ¿excusa o realidad? *Aten Primaria* 1998; 22: 619-621.
31. Bloor K, Freemantle N. Lessons from international experience in controlling pharmaceutical expenditure II: influencing doctors. *BMJ* 1996; 312: 1525-1527.
32. Allery LA, Owen PA, Robling MR. Why general practitioners and consultants change their clinical practice: a critical incident study. *BMJ* 1997; 314: 870-874.
33. Larizgoitia I, Rodríguez JR, Granados A y otros miembros del Comité Científico. Determinantes en la toma de decisiones clínicas en atención primaria: opinión de los profesionales. *Aten Primaria* 1998; 22: 505-513.
34. Gómez B, Trilla A, Vernet E, Corominas N, Codina C, Ribas J et al. ¿Conocen los médicos el coste de los tratamientos y pruebas que solicitan? *Rev Clin Esp* 1996; 196: 523-528.

ANEXO 1
CUESTIONARIO

- 1.- Edad:** **2.- Sexo:** (Mujer, Varón)
- 3.- Años en ejercicio:** **4.- Plaza:** (Propietario, interino, Sustituto)
- 5.- Modelo:** (Integrado, No integrado)
- 6.- Su centro está ubicado en una población de:**
(menos de 5.000 habitantes entre 5.000 y 25.000 habitantes más de 25.000 habitantes)
- 7.- Según corresponda, contestar una de las Sigüientes (A o B):**
A: N.º aproximado de tarjetas sanitarias: B: N.º aproximado de cartillas:
- 8.- N.º aproximado de pacientes/día (incluido recetas):** **10.- ¿Cuántos por día?:**
- 9.- ¿Recibe Ud. visitantes médicos?:** (Sí, No, ns/nc)
- 11.- Tiempo promedio dedicado a la visita médica cada día (en minutos):**
- 12.- Aspectos de la visita que más le interesan (marcar solo una):** (Novedades, aspectos farmacológicos (cinética, interacciones, indicaciones...), precio, no le interesa nada, ns/nc)
- 13.- Habitualmente, prescribe las Novedades (marcar solo una):** (Tan pronto como se las presentan, espera información escrita de otras fuentes, espera opinión de compañeros, espera la aceptación generalizada del fármaco, ns/nc)
- 14.- ¿Lee habitualmente los artículos o ensayos clínicos que le presentan los laboratorios?**
Sí No NS/NC
- 15.- ¿Suele participar Usted en ensayos/estudios promovidos por la industria farmacéutica?**
Sí No Ns/Nc
- 16.- ¿Cree adecuado que la industria farmacéutica patrocine cursos, seminarios, congresos...?**
Sí No Ns/Nc
- 17.- Habitualmente, ¿se fija Ud. en el precio de los medicamentos que le presentan?**
Sí No Ns/Nc
- 18.- ¿Cree Ud. que el médico debe considerar de una forma prioritaria el precio de los medicamentos que prescribe?**
Sí No Ns/Nc
- 19.- De los siguientes fármacos, indique: una estimación de su precio, su utilidad terapéutica y si lo prescribe o no.** (Por favor no consulte ni Vademécum ni ninguna otra fuente de información)

| | Precio estimado | Utilidad terapéutica | | | ¿Lo prescribe? | |
|---|-----------------|----------------------|------|-------|----------------|----|
| | | Baja | Alta | ns/nc | Sí | No |
| 1.- TERMALGIN 500 MG 20 COMP | | | | | | |
| 2.- VOLTAREN 50 MG 40 COMP | | | | | | |
| 3.- TRANKIMAZIN 0,5 MG 30 COMP | | | | | | |
| 4.- ZANTAC 150 MG 28 COM | | | | | | |
| 5.- DIEMIL 180 ML SOL | | | | | | |
| 6.- PULMICORT TURBAHALER 400 MCG/D 100D | | | | | | |
| 7.- RENITEC 20 MG 28 COMP | | | | | | |
| 8.- SEROXAT 20 MG 28 COMP | | | | | | |
| 9.- VOLTAREN EMUGEL 1,16% 60 GR GEL | | | | | | |
| 10.- MELERIL 10 ML SOLUCIÓN GOTAS | | | | | | |
| 11.- ZARATOR 10 MG 28 COMP | | | | | | |
| 12.- MONOCID 1 G IM 1 INYECTABLE | | | | | | |
| 13.- ALMAX FORTE 1,5 GR 30 SOB | | | | | | |
| 14.- VENTOLIN INH 100 MCG/D 200 DOSIS | | | | | | |
| 15.- NORVAS 5 MG 30 COMP | | | | | | |

20.- De los siguientes principios activos, indique qué nombre comercial prescribe habitualmente y la razón más importante para hacerlo

| | ¿Qué Nombre comercial prescribe más? | ¿Por qué?: (marcar sólo una) | | | | | | |
|--------------------|--------------------------------------|------------------------------|--------|--------------------------|------------------------|--------------------------|--|-------|
| | | Variedad de presentaciones | Precio | Competencia del delegado | Simpatía en la empresa | Antigüedad en el mercado | Prescrito por la mayoría de compañeros | Otros |
| 1.- paracetamol | | | | | | | | |
| 2.- amoxicilina | | | | | | | | |
| 3.- diclofenaco | | | | | | | | |
| 4.- enalapril | | | | | | | | |
| 5.- ciprofloxacino | | | | | | | | |
| 6.- omeprazol | | | | | | | | |

21.- ¿Suele ser fiel a las especialidades que prescribe?: (mucho, bastante, poco, ns/nc)

22.- ¿Qué porcentaje de sus recetas considera que es inducido por Atención Especializada?

23.- Del total de esa prescripción inducida, qué porcentaje considera usted como mal indicado, poco adecuado etc. y podría quizás evitarse?

24.- Señale por orden de importancia (1.º, 2.º, 3.º), los tres grupos terapéuticos más inducidos por Atención Especializada:

| | | |
|------------------------|------------------------|------------------------------|
| Aparato digestivo | Aparato cardiovascular | Terapia dermatológica |
| Terapia genitourinaria | Terapia hormonal | Antibioticoterapia sistémica |
| Aparato locomotor | Sistema nervioso | Otorrinolaringología |
| Aparato respiratorio | Oftalmología | Otros |

25.- Respecto a la prescripción inducida, cuando usted considera que una medicación está poco indicada suele...: (...suspenderla directamente, ... esperar la opinión del especialista)

26.- Cuando una medicación inducida, aún correctamente indicada y pautada,

... es un fármaco nuevo con poca experiencia de uso, ¿suele usted sustituirlo por otro de uso más generalizado?: (Sí, No, ns/nc)

... es un fármaco con un coste, en su opinión, excesivo ¿suele usted sustituirlo por otro de menor coste?: (Sí, No, ns/nc)

... es un fármaco con una utilidad terapéutica, en su opinión, baja para esa indicación ¿suele usted...?: (suspenderlo, sustituirlo, mantenerlo, ns/nc)

27.- De las siguientes intervenciones, señale, en su opinión, las tres más importantes (solo tres), según su efectividad para reducir el gasto farmacéutico:

| | |
|---|---|
| Guías de prescripción | Sesiones clínicas |
| Información periódica de precios | Sanciones administrativas |
| Comentarios/revisiones por colegas | Incentivos monetarios |
| Prescripción de genéricos | Limitación de prescripciones cubiertas |
| Información periódica personalizada del gasto | Precios de referencia |
| Incentivos No monetarios | Asesoramiento por un farmacéutico/farmacólogo |
| Autogestión del Capítulo de Farmacia | Copago (pensionistas y activos) |

Muchas gracias por su colaboración