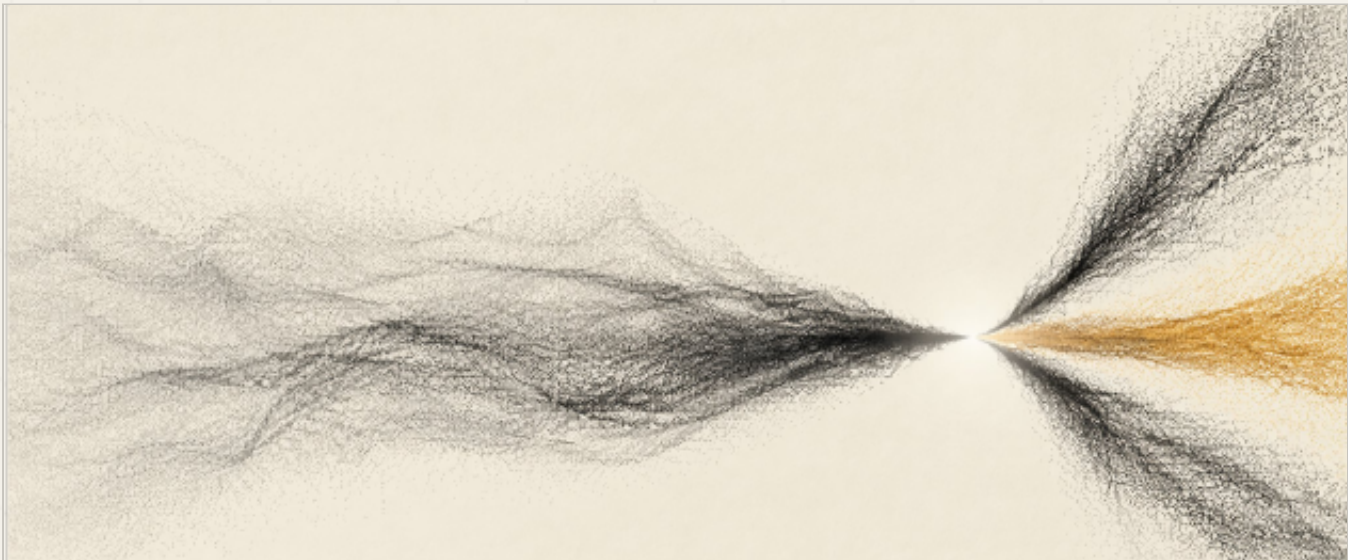


ADOPCIÓN TERAPÉUTICA • DECISIÓN PRESCRIPTORA • SECTOR FARMACÉUTICO

Miedo a tocar *lo que funciona*

La barrera invisible de la innovación farmacéutica: mil prescriptores sintéticos ante un tratamiento claramente mejor y lo que les frenó de verdad.



MIL PERFILES ANTE EL MISMO CASO CLÍNICO

1.000 PERFILES SINTÉTICOS PERSISTENTES	10.000 RESPUESTAS COMPARABLES	388 PREPARARON EL CAMBIO Y NO RECETARON	252 INICIARON EL TRATAMIENTO
--	-------------------------------------	---	------------------------------------

Un tratamiento puede ser bueno y tardar años en llegar a la consulta

Ha ocurrido con medicamentos que hoy son habituales. Los estudios demostraron su beneficio, pero su incorporación se resolvió consulta a consulta y llevó años.

Los betabloqueantes en insuficiencia cardiaca son un buen ejemplo. Durante mucho tiempo parecieron una idea difícil de aceptar: reducían el ritmo de un corazón que ya funcionaba mal. Cuando los ensayos confirmaron que mejoraban la supervivencia y las guías los recomendaron, su uso creció de forma gradual. Las estatinas siguieron una trayectoria parecida después del infarto. A mediados de los noventa ya habían demostrado que reducían la mortalidad; años después, todavía muchos pacientes que podían beneficiarse no las recibían. Hoy ambos tratamientos forman parte de la práctica habitual.

Cada incorporación acaba resolviéndose en una consulta. Si el paciente está estable, cambiar obliga a explicar por qué merece la pena, decidir con quién empezar, fijar un seguimiento y saber qué hacer si aparece un problema. El médico conserva la libertad de prescribir y responde por esa decisión. Suele disponer de poco tiempo: un estudio observacional en atención primaria española registró consultas de 7,8 minutos de media, y los registros informatizados del Proyecto TICAP las sitúan en 6,63 minutos por paciente.

También es un terreno difícil de estudiar. Los profesionales tienen poco tiempo para participar en investigaciones, la deliberación previa a una receta casi nunca queda registrada y buena parte de los estudios sobre medicamentos se produce dentro del propio sector.

Elegimos este sector por esa dificultad. Con 1.000 perfiles sintéticos persistentes, el estudio reproduce una misma decisión bajo condiciones controladas y sigue lo que ocurre antes de la receta: qué experiencia pesa, qué paso queda pendiente, quién asume el seguimiento y en qué momento el médico decide actuar.

Fuentes del contexto histórico y profesional: CIBIS-II (1999); guías ESC de insuficiencia cardiaca (2001); Shah et al. (2008); estudio 4S (1994); Jackevicius et al. (2001); Código de Deontología Médica del CGCOM; González-González et al. (2007); Proyecto TICAP (2020); VanGeest et al. (2007); Brtnikova et al. (2018); Lundh et al. (Cochrane, 2017). Referencias completas al final.

Una decisión realista con medicamentos que no existen

El caso clínico se inventó para poder mover unas condiciones y mantener las demás quietas. Los nombres también son ficticios: **balsamato de fierabrasina** para el tratamiento establecido y **futurato de novacurina** para la alternativa reciente.

Una persona con diabetes tipo 2 y enfermedad cardiovascular lleva dieciocho meses con fierabrasina. La toma correctamente, está estable y no presenta problemas relevantes de tolerabilidad. La novacurina reduciría los eventos cardiovasculares mayores de 18 a 13 por cada cien pacientes en tres años. Seguridad grave, coste, acceso y pauta permanecen iguales.

Mil perfiles sintéticos de prescriptor respondieron a este caso y a ocho situaciones previas. El perfil que vuelve a aparecer conserva identidad, biografía profesional, experiencias y recuerdos. Al cambiar una condición se puede leer cómo revisa su postura ese mismo decisor, qué preguntas se hace, qué experiencia trae al caso y qué termina diciendo o haciendo.

Las preguntas piden una decisión completa. Si cambia hoy, el perfil debe explicar el siguiente paso, el seguimiento y qué le haría volver atrás. Si espera, debe precisar qué tendría que ocurrir para reconsiderarlo. La segunda parte amplía la conversación: con qué paciente empezaría, con cuál no y qué necesitaría aprender de ese primer uso.

El conjunto reúne 10.000 respuestas comparables. Permite localizar el punto exacto en que una decisión se detiene, enfrentar perfiles que parecían equivalentes y examinar diferencias entre su deliberación y la explicación que darían al paciente. Las páginas siguientes desarrollan los hallazgos que salieron de ese recorrido.

Índice

- 00** RESUMEN EJECUTIVO
252 de 1.000 perfiles iniciaron el tratamiento
-
- 01** EL CASO
El caso que recibió cada prescriptor
-
- 02** PREPARACIÓN Y RECETA
388 organizaron un paso previo; 252 iniciaron
-
- 03** LA DECISIÓN POR DENTRO
Misma trayectoria previa, decisiones distintas
-
- 04** DESPUÉS DE LA PRIMERA RECETA
Cómo elegir el primer paciente
-
- 05** APLICACIÓN
Qué preguntar en campo
-
- 06** CONCLUSIÓN
252 prescribieron; 388 dejaron un paso pendiente
-
- ◆ SALA DE EVIDENCIAS
Diseño, traza y ejemplos de respuesta

Con una ventaja de cinco eventos, 252 de 1.000 perfiles iniciaron el tratamiento

En el caso ficticio, novacurina reducía los eventos cardiovasculares mayores de 18 a 13 por cada 100 pacientes a tres años. La seguridad grave, el coste, el acceso y la pauta eran iguales. Los 1.000 perfiles recibieron ese mismo caso; 252 iniciaron el tratamiento nuevo en la consulta.

Otros 388 dejaron preparado un paso concreto —una prueba, una consulta o una revisión— sin llegar a prescribir. Los 360 restantes mantuvieron la decisión abierta. El grupo más numeroso había empezado a organizar el cambio y se detuvo antes de emitir la receta.

Quienes prescribieron no mostraron mucha menos preocupación: 4,92 frente a 5,26 sobre diez. La diferencia apareció en el plan. El 84,5 % asumió el seguimiento y el 91,7 % explicó qué haría si el cambio no funcionaba. Entre quienes lo habían dejado preparado, esas proporciones fueron del 45,1 % y el 58,5 %.

“

La preocupación media fue parecida. El seguimiento asumido y la respuesta prevista ante problemas fueron mucho más frecuentes entre quienes prescribieron.

El caso que recibió cada prescriptor

Una persona adulta con diabetes tipo 2 y enfermedad cardiovascular establecida lleva dieciocho meses con fierabrasina. La toma correctamente, mantiene un control glucémico adecuado y no presenta problemas relevantes de tolerabilidad. Aun así, conserva un riesgo cardiovascular residual importante.

Dos ensayos han mostrado un resultado mejor con novacurina y el paciente encaja en la población estudiada. La seguridad grave, el coste, el acceso y la pauta son iguales. Tampoco hay una preferencia previa del paciente, una recomendación institucional o información de colegas que incline la decisión.

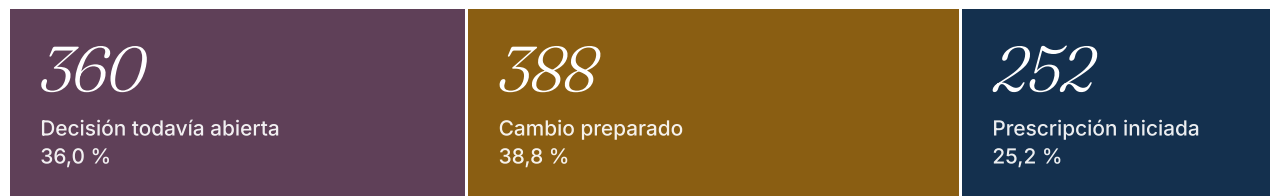
18 → 13

EVENTOS CARDIOVASCULARES
MAYORES POR CADA 100
PACIENTES A TRES AÑOS

El cambio obligaba a intervenir sobre un paciente estable, justificar una sustitución que él no había pedido y asumir la revisión posterior. Esas tareas quedaban fuera de la comparación 18 frente a 13 y formaban parte de la decisión en consulta.

♦ Figura 01 · Hasta dónde avanzó la decisión

1.000 perfiles · mismo caso ·
porcentajes sobre el panel completo



El grupo más numeroso preparó el cambio, pero no llegó a prescribir.

Las tres categorías cubren las 1.000 respuestas focales. Describen lo ocurrido en esta decisión, no tipos permanentes de profesional.

Antes de recibir este caso, los mismos perfiles habían respondido a ocho situaciones en las que novacurina no ofrecía una ventaja clínica clara. Casi todos mantuvieron fierabrasina cuando el paciente estaba estable. Al cambiar el contexto, 69 se movieron ante una recomendación institucional, 793 ante una petición expresa del paciente y 968 cuando continuar con fierabrasina dejó de ser posible. Como el decisor se conserva, cada respuesta puede compararse con las anteriores del mismo perfil.

Cómo leer las cifras. El estudio contiene 10.000 respuestas de 1.000 perfiles: 8.000 en las situaciones de referencia y 2.000 en el caso focal y la estrategia de primer uso. Las cifras describen decisiones dentro de esta población sintética. Su contraste posterior corresponde a investigación con profesionales y datos reales.

388 organizaron un paso previo; 252 iniciaron el tratamiento

Ambos grupos habían avanzado hacia novacurina. La comparación permite ver qué elementos aparecieron cuando el cambio llegó a ejecutarse en esa consulta.

♦ Figura 02 · Del cambio preparado a la prescripción iniciada

Comparación descriptiva de las respuestas de ambos grupos

ELEMENTO DE LA RESPUESTA	CAMBIO N=388	PREPARADO	PRESCRIPCIÓN INICIADA N=252
Detalle del plan · escala 0-10		4,66	5,50
Explica qué haría si el cambio no funcionara	58,5 %		91,7 %
El profesional asume el seguimiento	45,1 %		84,5 %
Preocupación ante el cambio · escala 0-10	5,26		4,92

La preocupación apenas cambia. Las diferencias mayores aparecen en quién revisará al paciente y qué se hará si la experiencia no va bien.

Entre quienes iniciaron la prescripción, 231 de 252 explicaron cómo responderían ante un problema; lo habitual fue volver a fierabrasina. Además, 213 asumieron personalmente el seguimiento. La preocupación, en cambio, fue casi la misma en ambos grupos.

El detalle del plan recoge plazos, pruebas, señales, umbrales o acciones que el escenario no proporcionaba. El 82,9 % de quienes prescribieron añadió al menos cuatro de estos elementos.

Entre ambos grupos, la preocupación media cambió 0,34 puntos. La asunción del seguimiento cambió 39,4 puntos y la previsión ante un problema, 33,2. Las entrevistas posteriores pueden concentrarse en el primer paciente, la revisión prevista y el criterio para continuar o volver atrás.

Misma trayectoria previa, decisiones distintas

`presc_0320` y `presc_0894` son dos perfiles distintos. Ambos son cardiólogos varones de Levante, tienen edades próximas y habían tomado exactamente las mismas decisiones en las ocho condiciones de referencia.

La conducta anterior tampoco habría ayudado mucho. Quienes iniciaron novacurina habían mostrado una media de 2,48 movimientos en las ocho situaciones previas; quienes no la iniciaron, 2,45. Haber cambiado antes no funcionó como una señal simple de que volverían a hacerlo.

La historia de cada perfil aporta la diferencia. En 0320 aparece el recuerdo de una intensificación anterior que salió bien; acepta probar novacurina porque puede revisar pronto y volver atrás. En 0894 aparece una hipoglucemia grave tras otro cambio; mantiene fierabrasina y fija controles antes de reconsiderar.

0320 y 0894 coincidían en especialidad, edad, región y en las ocho decisiones anteriores. Ante el mismo caso, 0320 convirtió la incertidumbre en un plan reversible: cambiar, revisar pronto y deshacer el cambio si aparecía un problema. 0894 formuló un plan de espera: mantener, controlar y revisar en tres meses.

♦ **Figura 03 · Mismo escenario y misma secuencia**

previa, distinta decisión

La persistencia permite comparar cada respuesta con la historia del perfil que la produce

Ambos reciben el mismo caso: novacurina reduce los eventos de 18 a 13; la seguridad grave, el coste, el acceso y la pauta son iguales; no existe presión externa.			
presc_0320 · cardiología · 51 años <i>Inicia novacurina hoy</i>		presc_0894 · cardiología · 48 años <i>Mantiene fierabrasina</i>	
EXPERIENCIA ACTIVADA	Una intensificación terapéutica anterior seguida de una mejoría clara.	EXPERIENCIA ACTIVADA	Una intensificación anterior seguida de una hipoglucemia grave.
LECTURA DEL CASO	La estabilidad con fierabrasina es una base desde la que probar una opción mejor.	LECTURA DEL CASO	La estabilidad con fierabrasina es un resultado conocido que prefiere conservar mientras completa los controles.
PLAN	Cambio hoy, revisión próxima y vuelta a fierabrasina si aparece un problema.	PLAN	Mantiene fierabrasina, solicita controles y vuelve a valorar novacurina en tres meses.
RESPUESTA	«Le propongo cambiar [...]. Si nota algo raro o empeora el control, volveremos atrás sin problema.»	RESPUESTA	«No hay motivo para cambiar ahora mismo [...]. En la próxima revisión le haremos analítica y control cardiaco.»

Coincidían en especialidad, sexo, región, edad y conducta previa. Se separaron al recuperar experiencias distintas y formular planes diferentes.

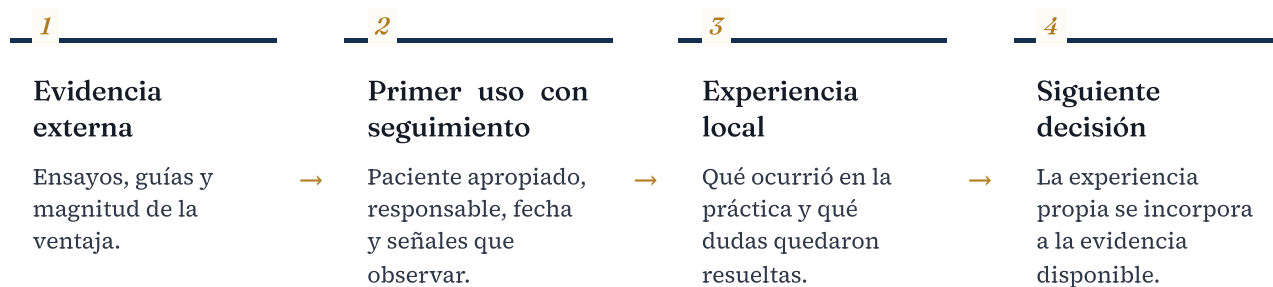
Cómo elegir el primer paciente

Después de resolver el caso individual, los mismos perfiles explicaron con qué pacientes empezarían a usar novacurina, con cuáles esperarían y qué necesitarían para hacerlo.

Los perfiles priorizaron pacientes conocidos, adherentes, con analíticas disponibles y capaces de acudir a revisión o avisar si aparecía un problema. La posibilidad de seguir e interpretar el caso pesó junto al beneficio clínico.

♦ Figura 04 · La primera utilización abre una secuencia de aprendizaje

Una hipótesis que después puede comprobarse con profesionales reales



La experiencia cercana de un colega puede entrar en la misma secuencia, aunque no sustituye la evidencia externa.

«Con los que más confianza tengo, los que llevan años conmigo y sé que no van a olvidarse de tomárselo ni de hacer las analíticas, me sentiría más tranquilo para probar.»

RESPUESTA SINTÉTICA · **PRESC_0010**

Empezar por pacientes fáciles de seguir deja una experiencia más interpretable y ofrece poca información sobre casos complejos. El trabajo de campo debería comprobar qué apoyos permitirían incluir pacientes apropiados que requieren un seguimiento más exigente.

Qué preguntar en campo

Los resultados orientan tres bloques de investigación: el siguiente paso previsto, la condición que aún falta y lo aprendido tras los primeros usos.

Las respuestas permiten examinar por separado la conducta y la explicación al paciente. `presc_0320` inicia novacurina, pero resume 18 frente a 13 como «reducir un poco más ese riesgo». `presc_0113` todavía no prescribe y, sin embargo, explica la diferencia absoluta y el plazo con precisión.

Preguntar por el siguiente paso

«Lo consideraría» no indica si la decisión está avanzando. Antes de que exista una receta ya puede saberse si hay un paciente identificable, una condición pendiente, una persona responsable y una fecha.

● Distinguir qué falta

Las 360 decisiones abiertas no forman un solo grupo: 209 fijaron su propio criterio para revisar y 151 esperaban la decisión o el respaldo de otra persona. Los 388 cambios preparados, por su parte, podían depender de una prueba, una coordinación o una fecha.

Seguir lo que ocurre después

La primera receta produce información sobre el tratamiento, el circuito y las dudas que aparecerán con el siguiente paciente. Investigar esa experiencia puede explicar tanto como preguntar por la intención inicial.

“

Ante una respuesta como «lo consideraría», la siguiente pregunta puede fijar el paciente, la condición pendiente, la persona responsable y el dato necesario para decidir.

Este mapa permite preparar entrevistas, estudios observacionales y análisis de práctica real alrededor de dependencias concretas. El trabajo de campo puede comprobar cuáles existen, cuánto pesan y cómo se resuelven.

CONCLUSIÓN

252 prescribieron; 388 dejaron un paso pendiente.

El grupo más numeroso dejó preparado el cambio y se detuvo antes de la receta. Entre quienes la emitieron, la preocupación seguía presente. Sus respuestas contenían con mayor frecuencia un responsable, una revisión y una actuación prevista si el resultado no era el esperado.

Para estudiar una primera adopción hace falta seguir la decisión hasta el paciente, el siguiente paso y la revisión posterior.

El panel aporta un mapa previo de esos recorridos. La investigación con profesionales, pacientes y datos de práctica real puede contrastar después qué mantiene abierta cada decisión y qué permite cerrarla.



Diseño, traza y ejemplos de respuesta

Una arquitectura general de simulación de decisiones se contextualizó con una población y un entorno de prescripción contruidos para este estudio. Cada perfil conserva su historia entre situaciones y cada respuesta deja una traza que puede inspeccionarse.

01	02	03	04	05
Contexto	Población	Situaciones	Preguntas sucesivas	Traza
Evidencia y conversaciones públicas del ecosistema sanitario.	Identidades, biografías profesionales, criterios y experiencias persistentes.	Los mismos perfiles responden cuando cambia una condición del caso.	Decisión, siguiente paso, seguimiento, retorno y primera experiencia.	Interpretación, memoria, deliberación y respuesta quedan disponibles para análisis.

La investigación previa combinó evidencia estructurada con conversaciones públicas de médicos, pacientes y otros actores del entorno sanitario. De ahí proceden parte del lenguaje, las fricciones y las situaciones representadas. La comparación posterior conserva al mismo decisor entre condiciones y permite revisar las capas que desembocaron en cada respuesta.

Cada respuesta conserva cuatro planos que pueden revisarse por separado: qué estaba en juego, qué experiencias acudieron al caso, cómo se desarrolló la deliberación y qué terminó oyendo el paciente. En `presc_0320`, por ejemplo, la deliberación trabaja con la reducción exacta del riesgo y la solidez de los ensayos; la explicación al paciente la resume como «reducir un poco más ese riesgo». Esa distancia permite estudiar por separado la decisión y su comunicación. La clasificación operativa de las 1.000 decisiones focales fue: 252 prescripciones iniciadas, 388 pasos previos definidos, 209 revisiones con criterio propio y 151 decisiones pendientes de validación externa.

Diseño y volumen del estudio

COMPONENTE	ALCANCE
Perfiles sintéticos persistentes	1.000. Cada perfil conserva identificador, biografía, criterios y experiencias entre condiciones.
Condiciones de referencia	Ocho por perfil; 8.000 respuestas completas. Fierabrasina y novacurina no presentan superioridad clara y se modifica el contexto.
Caso con ventaja explícita	Uno por perfil; 1.000 respuestas. Novacurina ofrece una ventaja de 18 frente a 13 eventos, manteniendo iguales seguridad grave, coste, acceso y pauta.
Estrategia de primer uso	Una por perfil; 1.000 respuestas utilizadas para el análisis cualitativo.
Conjunto completo	10.000 respuestas.

Cuatro ejemplos de respuesta

PERFIL	SITUACIÓN	QUÉ HACE	SEÑAL OBSERVABLE
presc_0320	Prescripción iniciada	Cambia hoy a novacurina, asume el seguimiento y prevé volver a fierabrasina ante problemas.	Prescripción efectiva, revisión y respuesta prevista.
presc_0183	Paso previo definido	Solicita tensión, lípidos y función renal antes de decidir; prevé una prueba posterior.	Paso concreto, condicionado a resultados todavía no disponibles.
presc_0894	Revisión con criterio propio	Mantiene fierabrasina y fija analítica, control cardíaco y revisión en tres meses.	Mantiene el tratamiento y define cuándo reconsiderará.
presc_0113	Pendiente de validación externa	Explica ambas opciones y deja abierta la decisión para hablarla con el paciente.	Novacurina sigue abierta, pero no existe decisión efectiva hoy.

Definiciones operativas

PRESCRIPCIÓN INICIADA	DECISIÓN TODAVÍA ABIERTA	DETALLE DEL PLAN
La respuesta cambia a novacurina en la consulta o emite una prescripción efectiva.	No inicia novacurina ni deja cerrado un paso previo hacia el cambio.	Plazos, señales, pruebas, umbrales o acciones que el escenario no proporcionaba. Indica cuánto se concretó la respuesta, no su corrección clínica.
CAMBIO PREPARADO	SEGUIMIENTO ASUMIDO	
La respuesta organiza un paso concreto hacia novacurina, pero todavía no emite la receta.	El profesional conserva la responsabilidad sobre la revisión y el siguiente paso.	

Fuentes citadas

- 01 CIBIS-II Investigators and Committees (1999). *The Cardiac Insufficiency Bisoprolol Study II. The Lancet*, 353(9146), 9–13.
- 02 Remme, W. J. y Swedberg, K. (2001). *Guidelines for the diagnosis and treatment of chronic heart failure. European Heart Journal*, 22, 1527–1560.
- 03 Shah, S. M. et al. (2008). *Trends in the incidence and treatment of heart failure in general practice in the United Kingdom. European Journal of Heart Failure*, 10(4), 381–387.
- 04 Scandinavian Simvastatin Survival Study Group (1994). *Randomised trial of cholesterol lowering in 4444 patients with coronary heart disease. The Lancet*, 344, 1383–1389.
- 05 Jackevicius, C. A. et al. (2001). *Use of the statins in patients after acute myocardial infarction: does evidence change practice? Archives of Internal Medicine*, 161(2), 183–188.
- 06 Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (2022). *Código de Deontología Médica*.
- 07 González-González, A. I. et al. (2007). *Information needs and information-seeking behavior of primary care physicians. Annals of Family Medicine*, 5(4), 345–352.
- 08 Soler Torró, J. M. et al. (2020). *Proyecto TICAP: Tiempo de consulta en Atención Primaria y resultados en salud. XL Congreso Nacional semFYC*.
- 09 VanGeest, J. B., Johnson, T. P. y Welch, V. L. (2007). *Methodologies for improving response rates in surveys of physicians. Evaluation & the Health Professions*, 30(4), 303–321.
- 10 Brtnikova, M. et al. (2018). *A method for achieving high response rates in national surveys of U.S. primary care physicians. PLOS ONE*, 13(8), e0202755.
- 11 Lundh, A. et al. (2017). *Industry sponsorship and research outcome. Cochrane Database of Systematic Reviews*, MR000033.
- 12 Damschroder, L. J. et al. (2022). *The updated Consolidated Framework for Implementation Research based on user feedback. Implementation Science*, 17.
- 13 Greenhalgh, T. et al. (2004). *Diffusion of Innovations in Service Organizations. The Milbank Quarterly*, 82(4), 581–629.
- 14 Kozyrskyj, A., Raymond, C. y Racher, A. (2007). *Characterizing early prescribers of newly marketed drugs in Canada. European Journal of Clinical Pharmacology*, 63(6), 597–604.
- 15 Prosser, H., Almond, S. y Walley, T. (2003). *Influences on GPs' decision to prescribe new drugs. Family Practice*, 20(1), 61–68.
- 16 Davari, M., Khorasani, E. y Tigabu, B. M. (2018). *Factors influencing prescribing decisions of physicians: a review. Ethiopian Journal of Health Sciences*, 28(6), 795–804.

MIDAS INTELLIGENCE

Informe sectorial sobre adopción terapéutica

«Miedo a tocar lo que funciona»

Agosto de 2026



Compuesto en Fraunces y Source Serif 4

*Balsamato de fierabrasina y futurato de novacurina son compuestos ficticios
utilizados como estímulos de investigación.*