

Original

## Gasto farmacéutico de médicos de atención primaria del área de salud de Cuenca

María Jesús Segura Benito<sup>a,\*</sup>, Pablo Moya Martínez<sup>b</sup> y Francisco Escribano Sotos<sup>c</sup>

<sup>a</sup> Gerencia de Atención Primaria de Cuenca, Servicio de Salud de Castilla-La Mancha, Cuenca, España

<sup>b</sup> Centro de Estudios Sociosanitarios, Universidad de Castilla-La Mancha, Cuenca, España

<sup>c</sup> Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Castilla-La Mancha, Cuenca, España

### INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

#### Historia del artículo:

Recibido el 18 de diciembre de 2009

Aceptado el 16 de febrero de 2010

On-line el 4 de mayo de 2010

#### Palabras clave:

Gasto farmacéutico

Análisis multivariado

Atención primaria de salud

### RESUMEN

**Objetivos:** El trabajo pretende determinar los elementos clave que definen el gasto farmacéutico por médico del Área de Salud de Cuenca (España). Conocerlos puede ser relevante para la política sanitaria, al tener información que permita tomar decisiones para incidir en la contención del gasto. También podría ser de interés para médicos de atención primaria, especialistas y autoridades sanitarias de Cuenca y de otras áreas de salud, y para investigadores en gestión sanitaria y economía de la salud.

**Métodos:** Se desarrolla un análisis de regresión lineal múltiple para tres variables dependientes con el fin de conocer qué características permiten explicar la variabilidad en la prescripción de genéricos, la tasa de derivación y el gasto farmacéutico de los médicos de atención primaria.

**Resultados:** No ser médico interno residente (MIR), ejercer en un municipio de más de 10.000 habitantes y con un cupo de gran tamaño, supuso un impacto negativo en el porcentaje de medicamentos genéricos prescritos. Los médicos que usan la historia clínica informatizada y derivan más a especializada, prescriben menos genéricos. Las dos variables más importantes para explicar el elevado gasto farmacéutico son el mayor tamaño del cupo y el alto porcentaje de pacientes mayores de 65 años. El mayor número de genéricos reducía el gasto, y el incremento en el porcentaje de pacientes mayores en el cupo lo aumentaba.

**Conclusiones:** Una de las variables que mejor explica el gasto farmacéutico es el porcentaje de genéricos prescritos, teniendo en cuenta que se controla por variables tan importantes como tamaño del cupo o porcentaje de pacientes de edad avanzada incluidos en él.

© 2009 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

## Pharmaceutical expenditure among primary care physicians in the province of Cuenca (Spain)

### ABSTRACT

#### Keywords:

Pharmaceutical expenditure

Multivariate analysis

Primary health care

**Objective:** To determine the factors related to pharmaceutical expenditure per primary care physician in the province of Cuenca, which could allow public health authorities to take decisions to curb expenditure. Determining these factors could also be of interest to primary care physicians, specialists, health authorities, health economists, and health management researchers.

**Methods:** We performed a multiple linear regression analysis with three dependent variables to determine which factors explain variability in generic drug prescription, the referral rate, and pharmaceutical expenditure among primary care physicians.

**Results:** Not being a resident physician, practicing in a town with more than 10,000 people and having a large patient list had a negative impact on the percentage of generic drugs prescribed. Physicians using electronic medical records and with a high referral rate to specialized care prescribed fewer generic drugs. The two most important factors explaining pharmaceutical expenditure were having a large patient list and a high percentage of patients aged more than 65 years old. Expenditure was reduced by greater prescription of generic drugs and was increased by a larger proportion of elderly patients on the patient list.

**Conclusions:** After controlling for the size of the patient list, the proportion of elderly patients and other factors, the percentage of generic drugs prescribed was one of the most important factors explaining pharmaceutical expenditure in primary care physicians.

© 2009 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

### Introducción

El gasto farmacéutico representa el segundo capítulo del gasto sanitario tras el de personal, pero en el ámbito de la atención primaria ocupa el primer lugar por capítulos<sup>1,2</sup>.

La regulación de precios no es capaz de moderar el crecimiento de la factura farmacéutica, lo que se ha convertido en un problema estructural para la mayoría de los países desarrollados donde la prescripción farmacéutica es gratuita totalmente o en parte<sup>3</sup>. Además, España se encuentra entre los países europeos en que menos participan los usuarios de forma directa (copago) en la financiación del gasto farmacéutico público<sup>4</sup>.

Este gasto es cada vez mayor y así ocurre en todos los países occidentales con independencia del sistema sanitario, de la tendencia política de sus gobiernos y de otros factores locales<sup>5</sup>,

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mjsegurab@sescam.jccm.es (M.J. Segura Benito).

y se relaciona de forma intensa y negativa con la renta de los países<sup>6</sup>, siguiendo un patrón de relación con la renta diferente al que sigue el resto del gasto sanitario<sup>7</sup>. En España, las características sociodemográficas, los recursos de partida, la capacidad de financiación y la ideología de los distintos gobiernos autonómicos han determinado un incremento de las diferencias en los servicios de salud de cada comunidad autónoma, especialmente en atención primaria<sup>8-10</sup>; las menos ricas, las más envejecidas y las que menos gastan en sanidad pública son las que tienen un mayor gasto farmacéutico<sup>7</sup>.

Los factores que influyen en la prescripción farmacéutica del médico de atención primaria son, por una parte, factores intrínsecos dependientes del propio profesional (formación, edad, sexo, situación laboral...), y por otra parte factores extrínsecos, unos dependientes de la población atendida (envejecimiento, características sociales como el tipo de población [rural o urbana], activos o pensionistas...) y otros dependientes de la administración sanitaria (oferta de medicamentos, incentivos de los profesionales, recursos formativos...) <sup>11-14</sup>.

La mayoría de los trabajos coinciden en que la frecuentación y el porcentaje de pensionistas del cupo guardan una estrecha correlación con el gasto farmacéutico por habitante<sup>15-21</sup>. El tamaño del cupo se comporta de forma inversa al gasto por asegurado, pues el gasto es menor entre los facultativos con cupos grandes<sup>15,16,18,22</sup>. El incremento del gasto farmacéutico en el medio rural también se ha constatado en diferentes estudios<sup>22-24</sup>. El mayor envejecimiento poblacional de los núcleos rurales, unido a una mejor accesibilidad, condiciona una mayor frecuentación<sup>15</sup>.

Por otro lado, la prescripción de medicamentos genéricos contribuye a la eficiencia del Sistema Nacional de Salud al generar ahorros que repercuten de manera positiva en el propio sistema<sup>1,25-30</sup>. Sin embargo, esta medida puede contener el gasto durante uno o dos años, pero no está claro que se mantenga a largo plazo<sup>31,32</sup>. La intervención del farmacéutico de área influye en el aumento de la prescripción de genéricos, y este incremento se produce tanto a los 6 meses como al año de la intervención<sup>1</sup>.

El trabajo analiza factores intrínsecos del profesional (edad, sexo, formación) y factores extrínsecos (tipo de población [urbana, no urbana], cupo [tamaño y porcentaje de pensionistas], envejecimiento de la población, etc.) con el fin de determinar los elementos clave que definen el gasto farmacéutico por médico en el Área de Salud de Cuenca. Conocer este hecho puede ser relevante para la política sanitaria a la hora de planificar las estrategias de actuación.

El objetivo del estudio es hallar los factores que influyen en el elevado gasto farmacéutico de los médicos de atención primaria del Área de Salud de Cuenca y aprovechar, en lo posible, los resultados obtenidos para intervenir sobre ellos y desarrollar políticas públicas de contención del gasto farmacéutico.

## Material y métodos

Se desarrolló un estudio de cohortes durante los años 2006-2007 en una población formada por médicos de familia de los 37 centros de atención primaria que comprende el Área de Salud de la provincia de Cuenca.

Los participantes debían cumplir el requisito de ser médico de atención primaria y contar con más de 3 años de antigüedad. Los que eran pediatras fueron excluidos por el bajo gasto farmacéutico que generan. En total cumplían los criterios 189 médicos.

Se utilizaron los datos de las bases de datos de personal, farmacia y tarjeta sanitaria de la Gerencia de Atención Primaria de Cuenca (GAPCU). Para ello, el servicio de personal de la GAPCU identificó a los sujetos que cumplían los criterios de inclusión y obtuvo, a través del Código de Identificación de Asistencia

Sanitaria (CIAS), las variables de interés sin extraer la información de identificación del médico. Estas variables se obtuvieron para los años 2006 y 2007, con la autorización previa del Gerente de Atención Primaria de Cuenca.

Entre las variables de estudio se incluyeron las características sociodemográficas, profesionales, de gasto farmacéutico y del cupo del médico.

Las variables sociodemográficas fueron la edad, el sexo y si el médico había recibido formación vía MIR.

Las características profesionales incluían si usaba la historia clínica informatizada (software Turriano del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha), el número de derivaciones realizadas a atención especializada y la antigüedad.

Las variables relacionadas con el gasto farmacéutico fueron el gasto por persona ajustada, el gasto por receta ajustada, el gasto final y el número de recetas.

Las características del cupo fueron el tamaño (clasificado por tramos de edad), el porcentaje de pensionistas y el ámbito poblacional (rural o urbano).

## Análisis estadístico

Para las variables cuantitativas se calculó la media  $\pm$  desviación estándar (DE); para las cualitativas se calcularon la frecuencia y el porcentaje. Para encontrar diferencias entre los distintos grupos se emplearon las pruebas t de Student y  $\chi^2$  de Pearson, según la naturaleza de la variable.

Se desarrollaron análisis de regresión lineal múltiple para distintas variables dependientes con el objetivo de conocer qué características permiten explicar mejor la variabilidad en la prescripción de genéricos, la tasa de derivación y el gasto en farmacia de los médicos de atención primaria. En todos los casos se utilizaron como variables independientes el sexo, el cociente (edad médico/años trabajados), tener formación MIR, usar la historia clínica informatizada, ejercer en un municipio cuya población fuese superior a 10.000 habitantes, las personas mayores de 65 años en el cupo y el tamaño de éste. Aquellas variables que no cumplían los criterios de normalidad fueron transformadas mediante la función del logaritmo neperiano. Se consideraron estadísticamente significativos los valores de  $p < 0,1$ . Para el análisis estadístico se empleó el paquete SPSS Versión 15.0.

## Resultados

Se obtuvieron los datos de 189 médicos de atención primaria, con una media de edad de  $48,77 \pm 6,33$  años, de los cuales el 59,3% eran mujeres, el 82,4% no tenía formación vía MIR, el 13,8% no empleaba la historia clínica informatizada y el 35,4% ejercía en municipios con más de 10.000 habitantes.

Los médicos varones eran significativamente ( $p < 0,001$ ) más jóvenes ( $46,32 \pm 6,22$  años) que las mujeres ( $50,45 \pm 5,85$  años). Tanto en las mujeres como en los hombres encontramos diferencias por edad entre los que habían recibido formación vía MIR y los que no. Los que no la recibieron eran significativamente mayores ( $50,62 \pm 4,45$  frente a  $40,39 \pm 6,84$  años;  $p < 0,001$ ) y llevaban más años trabajando ( $23,65 \pm 5,09$  frente a  $13,45 \pm 7,02$  años;  $p < 0,001$ ). Otras características de la población del estudio se muestran en la [tabla 1](#).

En la [tabla 2](#) se muestran la media del porcentaje de medicamentos genéricos que se prescriben, la media de las derivaciones a atención especializada, la tasa de derivación y la media del gasto total en farmacia para los años 2006 y 2007. Se encontraron diferencias significativas en el porcentaje de medicamentos genéricos recetados en 2006 (16,95%) y 2007 (20,22%;  $p < 0,001$ ). La tasa de derivación fue del 34,5% y del 33,7%

**Tabla 1**  
Características de los médicos y de sus cupos

	Media (DE)
Edad del médico	48,77 (6,33)
Años trabajando	21,80 (6,74)
Coficiente (edad médico/años trabajando)	2,50 (1,02)
Número de personas de 0 a 15 años en el cupo	50,11 (47,32)
Número de personas de 16 a 64 años en el cupo	704,71 (512,86)
Número de personas > 64 años en el cupo	267,77 (103,14)
Cupo total	1022,59 (588,23)
Porcentaje de personas de 0 a 15 años del cupo (nº personas/cupo total)	0,060 (0,0452)
Porcentaje de personas de 16 a 64 años del cupo (nº personas/cupo total)	0,662 (0,134)
Porcentaje de personas > 64 años en el cupo (nº personas/cupo total)	0,317 (0,121)
	Frecuencia (%)
Sexo	
Hombre	77 (40,7)
Mujer	112 (59,3)
Formación MIR	
No	155 (82,4)
Sí	34 (17,6)
Uso de historia clínica informatizada	
No	26 (13,8)
Sí	163 (86,2)
Municipio > 10.000 hab.	
No	122 (64,6)
Sí	67 (35,4)

DE: desviación estándar; MIR: médico interno residente.

para los años 2006 y 2007, respectivamente ( $p=0,09$ ). En cuanto a la suma del gasto en farmacia de todos los médicos, fue de 50.062.296,76 € en el año 2006 y de 49.974.851,06 € en 2007 ( $p=0,60$ ).

En cuanto a los porcentajes de medicamentos genéricos recetados y las tasas de derivación para los años 2006 y 2007, observamos que el porcentaje de genéricos es significativamente mayor en el segundo año ( $p < 0,001$ ). Considerando las mismas variables para médicos que ejercen en poblaciones con más de 10.000 habitantes y aquellos que no, también se pueden apreciar diferencias significativas en ambos porcentajes ( $p=0,001$  y  $p < 0,001$ , respectivamente).

La **tabla 3** muestra dos modelos de regresión lineal múltiple con variable dependiente logaritmo del porcentaje de medicamentos genéricos recetados, uno para el año 2006 y otro para el año 2007. En ambos modelos, ejercer en un municipio mayor de 10.000 habitantes y con tamaños de cupo más grandes supuso un impacto negativo en el porcentaje de medicamentos genéricos prescritos, mientras que ser médico con formación MIR se asocia positivamente. Además, los médicos que no hacen uso de la historia clínica informatizada prescriben más genéricos en ambos años, aunque en el año 2007 esta diferencia sólo es estadísticamente significativa al 90%. Estos modelos explicaron un 17,9% y un 15,8% de la variabilidad en el porcentaje de medicamentos genéricos prescritos.

En cuanto a los modelos con la variable dependiente, la tasa de derivación para los años 2006 y 2007 (**tabla 4**), encontramos que los médicos que ejercen en poblaciones relativamente grandes (> 10.000 habitantes) derivan más, con una significación del 10%.

**Tabla 2**  
Porcentajes (media) de medicamentos genéricos, número de derivaciones a atención especializada, gasto total en farmacia y logaritmos, en los años 2006 y 2007

	2006 Media (DE)	2007 Media (DE)	p
Medicamentos genéricos	16,95 (7,11)	20,22 (7,60)	
Log medicamentos genéricos	1,19 (0,19)	1,27 (0,17)	0,00
Nº derivaciones a atención especializada	372,06 (283,68)	356,88 (271,37)	
Tasa derivación a atención especializada (nº derivaciones/cupo total)	0,345 (0,1236)	0,337 (0,122)	0,09
Gasto total en farmacia (por médico)	264.879,88 (139.754,41)	264.417,20 (141.986,53)	
Log gasto total en farmacia	5,36 (0,27)	5,36 (0,24)	0,60
n	189	189	

DE: desviación estándar.

**Tabla 3**  
Modelos de regresión lineal múltiple explicativos del logaritmo del porcentaje de medicamentos genéricos recetados para los años 2006 y 2007

	2006		2007	
	Coficiente (EE)	p	Coficiente (EE)	p
Mujer	0,011 (0,200)	0,701	0,003 (0,026)	0,900
Coficiente (edad médico/años trabajando)	-0,017 (0,028)	0,287	-0,014 (0,015)	0,355
Formación MIR	0,077 (0,016)	0,076 <sup>a</sup>	0,073 (0,040)	0,068 <sup>a</sup>
Usar historia clínica informatizada	-0,094 (0,043)	0,022 <sup>a</sup>	-0,063 (0,037)	0,092
Población > 10.000 hab.	-0,095 (0,041)	0,003 <sup>a</sup>	-0,087 (0,030)	0,004 <sup>a</sup>
Log > 65 años en cupo	-0,037 (0,032)	0,462	-0,047 (0,046)	0,307
Log tamaño cupo	-0,070 (0,050)	0,043 <sup>a</sup>	-0,069 (0,032)	0,029 <sup>a</sup>
Constante	1,736 (0,200)	0,000	1,796 (0,184)	0,000
R <sup>2</sup> corregida	0,179		0,158	
n	189		189	

EE: error estándar; MIR: médico interno residente.

<sup>a</sup> Variables estadísticamente significativas con  $p \leq 0,10$ .

**Tabla 4**  
Modelos de regresión lineal múltiple explicativos de la tasa de derivación a atención especializada para los años 2006 y 2007

	2006		2007	
	Coefficiente (EE)	p	Coefficiente (EE)	p
Mujer	-0,004 (0,018)	0,809	-0,023 (0,019)	0,213
Coefficiente (edad médico/años trabajando)	0,019 (0,010)	0,065 <sup>a</sup>	0,019 (0,011)	0,078 <sup>a</sup>
Formación MIR	-0,032 (0,028)	0,264	-0,048 (0,029)	0,100
Usar historia clínica informatizada	0,009 (0,027)	0,728	0,018 (0,028)	0,514
Población > 10.000 hab.	0,085 (0,021)	0,000 <sup>a</sup>	0,056 (0,022)	0,010 <sup>a</sup>
Log > 65 años en cupo	0,046 (0,033)	0,165	0,022 (0,034)	0,523
Log tamaño cupo	0,031 (0,022)	0,166	0,012 (0,023)	0,619
Constante	0,089 (0,131)	0,501	0,194 (0,135)	0,154
R <sup>2</sup> corregida	0,113		0,043	
n	189		189	

EE: error estándar; MIR: médico interno residente.

<sup>a</sup> Variables estadísticamente significativas con  $p \leq 0,10$ .

**Tabla 5**  
Modelos de regresión lineal múltiple explicativos del logaritmo del gasto farmacéutico para los años 2006 y 2007

	2006		2007	
	Coefficiente (EE)	p	Coefficiente (EE)	p
Mujer	0,028 (0,024)	0,243	-0,003 (0,015)	0,853
Coefficiente (edad médico/años trabajando)	0,016 (0,014)	0,238	0,015 (0,009)	0,093 <sup>a</sup>
Formación MIR	-0,015 (0,037)	0,685	-0,043 (0,024)	0,072 <sup>a</sup>
Usar historia clínica informatizada	0,019 (0,035)	0,585	0,031 (0,022)	0,170
Población > 10.000 hab.	-0,022 (0,027)	0,417	0,023 (0,018)	0,185
Log > 65 años en cupo	0,294 (0,043)	0,000 <sup>a</sup>	0,254 (0,028)	0,000 <sup>a</sup>
Log tamaño cupo	0,463 (0,029)	0,000 <sup>a</sup>	0,429 (0,019)	0,000 <sup>a</sup>
Constante	2,536 (0,170)	0,000	2,710 (0,110)	0,000
R <sup>2</sup> corregida	0,691		0,841	
n	189		189	

EE: error estándar; MIR: médico interno residente.

<sup>a</sup> Variables estadísticamente significativas con  $p \leq 0,10$ .

**Tabla 6**  
Modelos de regresión lineal múltiple explicativos del logaritmo del gasto farmacéutico para los años 2006 y 2007 incluyendo las variables tasa de derivación y porcentaje de genéricos prescritos

	2006		2007	
	Coefficiente (EE)	p	Coefficiente (EE)	p
Mujer	0,032 (0,021)	0,120	0,003 (0,012)	0,795
Coefficiente (edad médico/años trabajando)	0,002 (0,012)	0,842	0,007 (0,007)	0,351
Formación MIR	0,018 (0,032)	0,572	-0,011 (0,019)	0,570
Usar historia clínica informatizada	-0,007 (0,031)	0,825	0,008 (0,018)	0,649
Población > 10.000 hab.	-0,087 (0,025)	0,001 <sup>a</sup>	-0,014 (0,015)	0,331
Log > 65 años en cupo	0,262 (0,038)	0,000 <sup>a</sup>	0,235 (0,022)	0,000 <sup>a</sup>
Log tamaño cupo	0,432 (0,026)	0,000 <sup>a</sup>	0,406 (0,015)	0,000 <sup>a</sup>
Log porcentaje de genéricos en 2006	-0,223 (0,056)	0,000 <sup>a</sup>		
Log porcentaje de genéricos en 2007			-0,293 (0,036)	0,000 <sup>a</sup>
Tasa de derivación en 2006	0,005 (0,001)	0,000 <sup>a</sup>		
Tasa de derivación en 2007			0,002 (0,000)	0,000 <sup>a</sup>
Constante	2,878 (0,177)	0,000	3,194 (0,111)	0,000
R <sup>2</sup> corregida	0,764		0,897	
n	189		189	

EE: error estándar; MIR: médico interno residente.

<sup>a</sup> Variables estadísticamente significativas con  $p \leq 0,10$ .

El cociente edad del médico/años trabajando incrementa también la tasa de derivación.

En la tabla 5 se muestran los modelos para la variable dependiente logaritmo del gasto farmacéutico en 2006 y 2007.

Constatamos que, en ambos modelos, las dos variables más importantes a la hora de explicar el gasto en farmacia son el tamaño del cupo y el porcentaje de mayores de 65 años en él. Para el año 2007, el cociente edad del médico/años trabajando y no

tener formación vía MIR incrementaba el gasto, pero con una significación del 90%. Este último modelo explicó el 84,1% de la variabilidad en el gasto en farmacia.

En los últimos modelos presentados (tabla 6) se incluyeron las variables logaritmo del porcentaje de medicamentos genéricos prescritos y tasa de derivación, como variables explicativas. El tamaño del cupo, seguido del porcentaje de mayores en él, fueron muy importantes a la hora de explicar el gasto farmacéutico con tendencias esperadas. El mayor número de genéricos reducía el gasto, y el incremento en el porcentaje de mayores en el cupo lo aumentaba. La tasa de derivación también contribuye a explicar el gasto, pero no en gran medida. Igualmente, ejercer en poblaciones con más de 10.000 habitantes implicaba un menor gasto para el modelo del año 2006. Estos modelos explicaron un 76,4% y un 89,7% de la variabilidad en el logaritmo del gasto farmacéutico para los años 2006 y 2007.

## Discusión

El progresivo crecimiento del gasto farmacéutico en todos los países occidentales<sup>5</sup> está suponiendo un problema de difícil solución. El objetivo del estudio era conocer los factores que influyen en este gasto, con el fin de poder contenerlo por parte de la política sanitaria.

Una de las variables que mejor explica el gasto en farmacia es el porcentaje de medicamentos genéricos que se prescriben, y más si tenemos en cuenta que en los modelos presentados se controla por variables tan importantes como el tamaño del cupo o el porcentaje de mayores que se incluyen en él. Además, los coeficientes de las variables incluidas en los modelos se mantienen estables para los diferentes años estudiados.

Otro aspecto relevante de los resultados obtenidos es la tasa de derivación a atención especializada, pues a medida que ésta aumenta, disminuye la prescripción de medicamentos genéricos. Los resultados muestran, al igual que en otros estudios<sup>12</sup>, que el cociente edad del médico/años trabajando tiene una relación directa con la tasa de derivación, es decir, que este cociente se hace mayor conforme la edad del médico aumenta, o conforme los años de experiencia son pocos. Por tanto, parece que nos está sugiriendo que los médicos con poca experiencia y los mayores son los que prefieren que sea el especialista quien haga el diagnóstico, quizás por inseguridad en los primeros y por desgaste profesional en los últimos.

El segundo aspecto a tener en cuenta en las tasas de derivación es el referente al tamaño del municipio. Hay una relación directa entre el tamaño de éste y la tasa de derivación, lo que supone que en Cuenca, al tener una alta dispersión poblacional, gran distancia a la capital y malas comunicaciones, influye en que los médicos de ámbito rural no deriven tanto al especialista como los que se encuentran en Cuenca capital o Tarancón, que atienden a poblaciones mayores de 10.000 habitantes.

Está avalado por diferentes estudios<sup>1,25-30</sup> que la prescripción de medicamentos genéricos genera ahorro. En este trabajo se ha encontrado que el uso de medicamentos genéricos es menor en:

- Médicos sin formación vía MIR: quizá esto se explique por tener muy arraigada la costumbre de recetar por marca comercial, al ser profesionales de mayor edad, y ser más dificultoso para ellos entrar en la política de prescripción de genéricos.
- Trabajar en municipios mayores de 10.000 habitantes: puede deberse a la mayor derivación a atención especializada que realizan los profesionales que trabajan en estas poblaciones, lo que implica un aumento de la prescripción por especialistas, que como ya se ha dicho en muy raras ocasiones utilizan

medicamentos genéricos, aunque su gasto es menor a pesar de utilizar menos genéricos.

- Cupos asistenciales grandes: la explicación puede ser la del punto anterior por su mayor derivación a especializada, debido a la alta presión asistencial que soportan, y la asociación encontrada entre el mayor gasto farmacéutico y los médicos con desgaste emocional pronunciado<sup>33</sup>.
- La utilización de la historia clínica informatizada: al prescribir da la opción de buscar el medicamento poniendo el nombre comercial o especificar el principio activo, y podría ocurrir que el profesional seleccione por comodidad un producto comercial en lugar de un principio activo, se desplieguen por orden alfabético todas las marcas comerciales existentes y seleccione el primer producto que aparece, sea genérico o no.

De todo lo anterior se puede deducir que el elevado gasto farmacéutico depende de varios factores<sup>33</sup>, y en este estudio, trabajar con un cupo grande seguido de un alto porcentaje de mayores de 65 años en él, son dos variables muy importantes para explicar dicho gasto, aunque hay otros trabajos<sup>15,16,18,22</sup> que afirman que el gasto es menor entre los facultativos con cupos grandes.

Al ser un estudio retrospectivo tiene algunas limitaciones, entre ellas los diferentes profesionales que pueden pasar por un CIAS a lo largo del año (sustituciones por vacaciones, incapacidad temporal, permisos), y los desplazados que pasan largos períodos de tiempo en una zona y son atendidos sin contabilizar en el tamaño del cupo, pero sí aumentando el gasto farmacéutico.

Parece que en nuestro estudio queda claro que el número de medicamentos genéricos recetados disminuye el gasto farmacéutico, pero en otros estudios no está claro que esta disminución se mantenga a largo plazo<sup>31,32</sup>, ya que ha surgido una competencia entre laboratorios de medicamentos genéricos al igual que entre los productos de marca, dejando un mayor margen para los farmacéuticos<sup>34</sup>. Por tanto, sería necesario un estudio a más largo plazo para poder confirmar que la prescripción de genéricos mantiene la disminución del gasto en el tiempo.

En la práctica, los incentivos cumplen muchas veces objetivos de contención del gasto, y se ha demostrado que en ocasiones tal política es acertada. Pero la clave no debe ser simplemente la contención del gasto, sino la adecuación y la calidad de las prestaciones, el mejor uso de los recursos disponibles y el aumento de la efectividad, la eficiencia, la seguridad y la equidad<sup>35</sup>.

No obstante, del estudio se deduce que actualmente parece estar indicado promocionar la prescripción de medicamentos genéricos para la contención del gasto farmacéutico, y en la medida de lo posible reducir el tamaño de los cupos de los profesionales, ya que no podemos actuar sobre el progresivo envejecimiento de la población (mayores de 65 años), que es otro de los factores de que depende dicho gasto.

## Financiación

El estudio se ha realizado sin financiación.

## Contribuciones de autoría

M.J. Segura concibió y diseñó el estudio, y contribuyó a la obtención de los datos y la redacción del artículo. P. Moya contribuyó en la realización del análisis y la interpretación de los resultados, así como en la revisión del artículo. F. Escribano contribuyó en la concepción y el diseño del estudio, en la

redacción del artículo y en su revisión crítica. Todos los autores han aprobado la versión final.

### Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

### Agradecimientos

A los servicios de farmacia, personal y tarjeta sanitaria de la Gerencia de Atención Primaria de Cuenca, que nos han facilitado los datos.

### Bibliografía

- Gandía-Moya MC. ¿Mejoramos los médicos de atención primaria la prescripción de medicamentos genéricos tras la intervención del farmacéutico del área? *Aten Primaria*. 2006;37:386–91.
- Insalud. Memoria 2000. Instituto Nacional de la Salud. Subdirección General de Coordinación Administrativa. Madrid: Instituto Nacional de la Salud; 2001.
- Azpiazu Garrido M, García Olmos L. Factores condicionantes del gasto en farmacia en los centros de atención primaria de un área de salud. *Aten Primaria*. 2002;29:84–9.
- Van Mosseveld C. Pharmaceutical expenditure compared across countries. *Can J Clin Pharmacol*. 2005;12:269–75.
- Gomollón F. Hablemos de... El gasto farmacéutico. *GH continuada*. 2004;3:6.
- Simó Miñana J, De Pablo González R, Ramos Maestre MJ, et al. ¿Gastamos demasiado en medicamentos? El gasto farmacéutico, un bien de primera necesidad entre los países europeos. *Aten Primaria*. 2004;33:244–53.
- Simó Miñana J, Gervas Camacho J. Gasto farmacéutico en España y en Europa (1995–2002): el “despilfarro” español, un mito sin fundamento. *Rev Adm Sanit*. 2007;5:1–15.
- Martín-García M, Sánchez-Bayle M, Palomo L. El desarrollo de la atención primaria en relación con la orientación política de los gobiernos autonómicos. *Aten Primaria*. 2008;40:277–82.
- González López-Valcárcel B, Barber Pérez P. Desigualdades territoriales en el Sistema Nacional de Salud (SNS) de España. Documento de trabajo 90/2006. Madrid: Fundación Alternativas; 2006. (Acceso en septiembre de 2009.) Disponible en: [www.falternativas.org/laboratorio/documentos/documentos-de-trabajo/desigualdades-territoriales-en-el-sistema-nacional-de-salud-sns-de-espana](http://www.falternativas.org/laboratorio/documentos/documentos-de-trabajo/desigualdades-territoriales-en-el-sistema-nacional-de-salud-sns-de-espana).
- Simó J. El gasto sanitario en España, 1995–2002. La atención primaria, Cenicienta del Sistema Nacional de Salud. *Aten Primaria*. 2007;39:127–32.
- Reyes JF, Plasencia M, Joyanes A, et al. La población adscrita y sus características como elemento de ajuste para la asignación presupuestaria individualizada en farmacia. *Aten Primaria*. 2000;25:113–8.
- Caamaño F, Figueira A, Lado E, et al. Variables explicativas del gasto evitable generado por la no prescripción de la especialidad equivalente de menor precio. *Gac Sanit*. 2001;15:513–8.
- Abánades Herranz JC, Cabedo García V, Cunillera Grañó R, et al. Factores que influyen en la prescripción farmacológica del médico de atención primaria. *Aten Primaria*. 1998;22:391–8.
- Caamaño F, Figueiras A, Gestal-Otero JJ. Condicionantes de la prescripción en atención primaria. *Aten Primaria*. 2001;27:43–8.
- Rodríguez FJ, López F, Modrego A, et al. Identificación de médicos con gasto farmacéutico elevado. *Gac Sanit*. 2001;15:441–6.
- Cabedo VR, Poveda JL, Peiró S, et al. Factores determinantes del gasto por prescripción farmacéutica en atención primaria. *Aten Primaria*. 1995;16:407–416.
- Jiménez A, Ordóñez MV, Córdoba JA, et al. Factores relacionados con el gasto y la calidad de la prescripción farmacéutica en atención primaria. *Aten Primaria*. 1995;16:131–6.
- Vega L, García S. Factores asociados a la prescripción farmacéutica en centros de atención primaria. *Medifam*. 1995;5:283–4.
- Blanco LE. Factores explicativos del gasto farmacéutico en atención primaria. *Aten Primaria*. 2000;25:518.
- Benavent J, Bordas JM, Casajuana J, et al. Asignación de presupuesto de farmacia en los centros de salud. *Aten Primaria*. 1996;18:116–21.
- Muñoz JG, Vázquez V, Mena MA. Influencia del contrato-programa en la prescripción en atención primaria. *Centro de Salud*. 1998;6:365–72.
- Blanco LE, Plata AM, Iñesta A. Indicadores de la prescripción farmacéutica y coste en el Área de Salud de Ávila 1995. *Aten Primaria*. 1998;22:159–64.
- Torrallba M, Calero MI, López M. Edad y sexo del médico, medio rural y renta de la población como predictores del coste de la prescripción. *Centro de Salud*. 1995;3:121–5.
- Catalán A, Madrdejos R, Font M, et al. Factores asociados a la prescripción de medicamentos. *Gac Sanit*. 1989;3:497–501.
- Ansa I, Agudo C, Atracos M, et al. Utilidad de la prescripción de genéricos en la contención del gasto en la prestación farmacéutica. Análisis en la Comunidad Foral de Navarra. *Aten Primaria*. 1996;17:411–4.
- Díaz A, López A. Prescripción de genéricos en el Área de Salud de Zamora. Beneficios para el usuario y el Sistema Nacional de Salud. *Aten Primaria*. 1997;20:499–504.
- Verdejo A, López-Lázaro L, Rodríguez C, et al. Introducción de las especialidades farmacéuticas genéricas en Galicia. *Aten Primaria*. 1999;25:528–32.
- Siles M, Goldaracaena M. Medicamentos genéricos en España: primera etapa. *Aten Primaria*. 2000;26:162–8.
- Ortega de la Cruz C, Villalba D, Guerrero RD, et al. Medicamentos genéricos. Aproximación económica. *Centro de Salud*. 2001;9:575–81.
- Torrallba M, Gilabert A, Pelaez J, et al. Implantación de medicamentos genéricos en España y Cataluña. Posibilidades de ahorro. *Aten Primaria*. 2000;26:210–5.
- Amado E, Madrdejos R, Pérez M, et al. Relación entre calidad y coste de la prescripción farmacológica en atención primaria. *Aten Primaria*. 2000;25:464–8.
- Pitt B. Generic drugs in cardiology: will they reduce health care costs? *JACC*. 2004;44:10–3.
- Cebriá J, Sobrequés J, Rodríguez C, et al. Influencia del desgaste profesional en el gasto farmacéutico de los médicos de atención primaria. *Gac Sanit*. 2003;17:483–9.
- Borrel JR, Merino-Castelló A. Efectos perversos de la regulación farmacéutica en España: ¿hasta dónde se traslada la competencia? *Gac Sanit*. 2006;20:41–50.
- Gervas J, Ortún V, Palomo L, et al. Incentivos en atención primaria: de la contención del gasto a la salud de la población. *Rev Esp Salud Pública*. 2007;81:589–96.