

ORIGINALES

Impacto de diversos objetivos relacionados con el uso racional del medicamento en un área de atención primaria

X.M. Segade Buceta

Xerencia de Atención Primaria de Santiago. A Coruña.

Objetivo. Evaluar el impacto de la aplicación de objetivos relacionados con el uso racional del medicamento y valorar la posible influencia de dichos objetivos en el gasto farmacéutico.

Diseño. Estudio de intervención controlado (no aleatorio).

Emplazamiento. Área de Atención Primaria de Santiago de Compostela.

Pacientes u otros participantes. Tanto el grupo de intervención (GI) como el de control (GC), después de aplicar los criterios de inclusión y exclusión, estuvieron formados por 31 médicos. Los del primer grupo pertenecían al modelo reformado, no así los del segundo.

Intervenciones. Inclusión de 4 bloques de objetivos, sobre el uso racional de medicamentos, en el *pacto* firmado entre los médicos del modelo reformado y la gerencia. La duración del estudio fue de 3 años (1996-1998) para el objetivo referente a un menor prescripción de fármacos de utilidad terapéutica baja (UTB) y de 2 (1997-1998) para los referentes a antihipertensivos, triflusal y quinolonas.

Mediciones y resultados principales. La diferencia entre ambos grupos fue de 1,7 envases menos de UTB por mil usuarios y día en el GI –intervalo de confianza (IC) del 95%, 0,9-2,6– y de 1.768 pts. menos (IC del 95%, 801-2.733). Analizando sólo el colectivo pensionista, estas diferencias fueron aún mayores. La diferencia entre ambos grupos en relación al gasto total en farmacia fue de 7.379 ptas. menos en el GI (IC del 95%, 708-14.049). En los restantes objetivos de farmacia (antihipertensivos, triflusal y quinolonas), se comprobó que en ninguno de los casos las diferencias entre los grupos alcanzaron significación estadística.

Conclusiones. Los objetivos de farmacia del *pacto* consiguieron parcialmente su propósito: por un lado, quedó demostrada una prescripción menor de fármacos de UTB y una reducción indirecta del gasto total, pero por otro no se evidenció diferencia en la prescripción de antihipertensivos, de triflusal y de quinolonas.

Palabras clave: Atención primaria. Estudio intervención; Evaluación utilización medicamentos; Objetivos organizacionales.

IMPACT OF VARIOUS OBJECTIVES RELATING TO THE RATIONAL USE OF MEDICATION IN A PRIMARY CARE AREA

Objectives. To evaluate the impact of the application of objectives relating to the rational use of medication and to assess the possible effect of these objectives on pharmaceutical expenditure.

Design. A non-randomised intervention study with control.

Setting. Santiago de Compostela Primary Care (PC) Area.

Patients and other participants. After the inclusion and exclusion criteria were applied, both the intervention group (IG) and the control group (CG) consisted of 31 doctors. Those in the IG belonged to the reformed PC model, whereas those in the CG did not.

Interventions. Four blocks of objectives on the rational use of medication were included in the *Pact* signed by reformed-model doctors and the management. The study lasted three years (1996-1998) for the objective of lowering the prescription of low-therapeutic-utility (LTU) drugs, and two years (1997-1998) for lowering the prescription of antihypertensives, Triflusal and quinolones.

Measurements and main results. The difference between both groups was 1.7 fewer packs of LTU drugs per 1000 users and per day in the IG (95% CI, 0.9-2.6) and 1768 pesetas less (95% CI, 801-2733). These differences were still greater among pensioners. The difference between the two groups in terms of total pharmaceutical cost was 7379 pesetas less in the IG (95% CI, 708-14049) than in the CG. The differences between the groups for the remaining objectives (antihypertensives, Triflusal and quinolones) in no case reached statistical significance.

Conclusions. The pharmaceutical objectives of the *pact* were partly achieved: a drop in LTU drug prescription was seen, with an indirect reduction in overall expenditure, but no differences were found in the prescription of antihypertensives, triflusal or quinolones.

(*Aten Primaria* 2000; 25: 236-241)

Técnico de Salud Pública.

Correspondencia: Dr. Xosé Manuel Segade Buceta.

Xerencia de Atención Primaria. Ambulatorio Concepción Arenal. C/ Santiago León de Caracas, 12. 15701 Santiago de Compostela (A Coruña).

Manuscrito aceptado para su publicación el 27-IX-1999.

Introducción

Son muchos los factores que influyen en el uso racional del medicamento o que al menos condicionan la decisión terapéutica del médico; entre los más estudiados están los factores demográficos, el nivel de formación y la industria farmacéutica¹.

Por otra parte, existen indicadores que permiten cuantificar una valoración, en principio cualitativa, de la prescripción; son los indicadores de calidad de la prescripción. Entre los más utilizados se encuentran los basados en el valor intrínseco de los fármacos prescritos y los que establecen una jerarquía de uso de medicamentos que se utilizan en las mismas indicaciones².

De cara a esta pretendida prescripción racional, será fundamental que tanto el gestor como el médico de atención primaria dispongan de información objetiva, independiente, contrastada y evaluada clínicamente mediante divulgación de material impreso (protocolos, guías farmacológicas, boletines de información terapéutica) y mediante información personalizada; también será fundamental realizar una adecuada selección de los medicamentos, tanto por parte de las autoridades sanitarias como en la práctica clínica individual³.

La gerencia de atención primaria (GAP) de Santiago de Compostela (A Coruña) creyó conveniente incluir, dentro del *pacto de objetivos* con servicios y unidades de atención primaria (UAP), un apartado concerniente a la calidad en la prescripción. Así, para el año 1997 se requería un descenso en el número de envases de fármacos de utilidad terapéutica baja (UTB) siguiendo una relación lineal (ecuación de la recta), de tal forma que a mayor prescripción individual

previa de fármacos de UTB correspondería un mayor descenso. Para el año 1998, además de continuar con el anterior objetivo, se requería incrementar la prescripción de diuréticos y bloqueadores beta en detrimento de inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina (IECA) y antagonistas del calcio en virtud de demostrar los primeros una reducción significativa en la morbimortalidad cardiovascular; dicha información estaba incluida en aquel momento en un *Boletín de Información Terapéutica del Servicio Galego de Saúde (SERGAS)*⁴ y en la *Guía terapéutica para la atención primaria*⁵, publicaciones que se habían hecho llegar a todos los médicos de Galicia. Así mismo, para dicho año 1998 también se pretendía una mayor prescripción de ácido acetilsalícílico (AAS) en detrimento de triflusal, al no tener este último ensayos clínicos que avalen su empleo como antiagregante⁴. Finalmente también se pretendía una prescripción más racional de antibióticos, basada fundamentalmente en una menor prescripción de ciprofloxacino y otras quinolonas.

Este estudio pretende evaluar el impacto de la aplicación de los mencionados 4 bloques de objetivos relacionados con el uso racional del medicamento y valorar la posible influencia de dichos objetivos en el gasto farmacéutico.

Material y métodos

El presente trabajo se realiza en el Área de Atención Primaria de Santiago de Compostela, que engloba a 37 municipios (10 comarcas) con 379.226 habitantes (30,24% de régimen pensionista) y dispone de 170 médicos generales/familia.

Intervienen 2 grupos en el estudio: uno diana, sobre el que se realizó la intervención, y otro control.

Inicialmente, el grupo de intervención (GI) estaba formado por todos los médicos del modelo reformado de atención primaria afectados por el *pacto de objetivos* para los años 1997 y 1998. Como criterio de inclusión final se consideró que estos médicos ocuparan una plaza en el mismo centro de salud durante todo el período del estudio (años 1996, 1997 y 1998). Es necesario aclarar que en febrero de 1998 se resolvió un concurso de traslados, lo que afectó a la movilidad de un número considerable de médicos del modelo reformado, que fueron excluidos. Otros criterios de exclusión fueron: la existencia de bajas laborales que sumadas fueran superiores a 120 días naturales durante al menos uno de los 3 años natura-

les del estudio, alternancia de ser tutor de residentes de tercer año de medicina de familia y dejar de serlo durante los mencionados 3 años (cabe recordar que los residentes disponen de recetas propias cuando pasan la consulta de su tutor) y la existencia de importantes *cambios de médico* motivados por la creación de nuevas plazas de facultativos. Como consecuencia de todo esto, el grupo de intervención finalmente quedó establecido en un total de 31 médicos.

En el grupo control (GC) se incluyó a otros 31 médicos pertenecientes en este caso al modelo tradicional: los no integrados en el nuevo modelo de atención primaria, ya que el *pacto de objetivos* no les afectaba. La selección de los médicos del GC se realizó como dato apareado en función de la comarca en que se situaba el lugar de trabajo para asegurar en lo posible parecidas condiciones sociosanitarias de los usuarios. Los criterios de inclusión y exclusión fueron los mismos que para el GI. Se trata, pues, de un estudio de intervención controlado. Para evaluar el objetivo referente a las UTB, se contó con una duración de 3 años: uno correspondiente al período preintervención (año 1996) y dos correspondientes al postintervención (años 1997 y 1998). Para los restantes objetivos, al ser propuestos para 1998, la duración del estudio fue de 2 años: período preintervención (año 1997) y postintervención (año 1998).

Como fuente de datos, se recurrió a la aplicación informática de farmacia del SERGAS para obtener todo lo relativo a consumo y gasto por facultativo, al departamento de personal de la GAP para obtener lo relativo a días efectivos de trabajo de cada médico durante esos 3 años y a la aplicación informática de tarjeta sanitaria del SERGAS y al P-20 para obtener lo relativo a población asignada a cada médico (también durante estos 3 años).

Los días efectivos de trabajo de cada médico se obtuvieron mediante una simple resta de 250 días laborables (que tiene un año) de los días de vacaciones, libre disposición, ILT y otros. Esto sería el equivalente aproximado a un día de consulta, faltando lo correspondiente a las guardias, que de todas maneras nunca significa un volumen excesivo de prescripción. Al ser el resultado de algunos indicadores inferiores a la unidad, se multiplicó por 250 para ser el equivalente a la totalidad de los días laborables del año.

Debido a que cada profesional tiene una determinada distribución de activos y pensionistas, con lo que esto influye en los índices e indicadores utilizados, fue necesario ajustar por esta variable para permitir posteriores comparaciones (independientemente de la proporción de pensionistas), utilizando como referencia la distribución de activos y pensionistas del Área de Santiago. Así, por ejemplo, el indicador del gasto ajustado por usuario (GAU) se construyó de la siguiente manera:

Gasto activos

• N.º activos área +
N.º activos médico

Gasto pensionistas

• N.º pensionistas área

N.º pensionistas médico

GAU= N.º de activos y pensionistas área

Donde gasto activos y gasto pensionistas se refiere a cada uno de los médicos del estudio.

Para la evaluación de la intervención se seleccionaron los siguientes índices e indicadores:

- Número de envases prescritos de denominación UTB⁶ ajustados por cada mil usuarios y por cada día efectivo de trabajo. Aquí figuran contemplados tanto los de UTB por valor intrínseco no elevado (UTB₁) como los de UTB por asociación no recomendada (UTB₂).
- Gasto que representan los anteriores por los mismos mil usuarios y día.
- Número de envases y gasto de fármacos UTB por mil pensionistas y día.
- Gasto total en farmacia ajustado por mil usuarios y día.
- Coste medio por receta de activos y de pensionistas.
- Número de envases de diuréticos, bloqueadores beta, IECA y antagonistas del calcio ajustados por cada mil usuarios y 250 días.
- Número de envases de triflusal ajustados por cada mil usuarios y 250 días.
- Número de envases de ciprofloxacino y otras quinolonas por mil usuarios y 250 días.

Para el gasto se usó siempre el precio venta pública (PVP).

El procesamiento de la información se realizó con la ayuda del paquete estadístico SPSSWIN.

Para el análisis de los resultados se empleó la media como estadístico descriptivo de variables cuantitativas, acompañada de su correspondiente desviación y error estándar (EE). La prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov autorizó en todos los casos el empleo de tests paramétricos que en este caso fueron la prueba t de Student para datos apareados (para la comparación pre y postintervención) y la prueba t para datos independientes (para la comparación entre grupos). Esta última se acompaña del correspondiente intervalo de confianza (IC) del 95% de la diferencia de medias de ambos grupos.

Resultados

Estudiando en primer lugar la comparabilidad preintervención, mediante la prueba t para datos independientes, se comprobó que durante el año 1996 no había diferencia entre los 2 grupos en cuanto a la prescripción ($p = 0,974$) y gasto ($p = 0,788$)

TABLA 1. Comparabilidad preintervención entre ambos grupos

| | GI | | GC | | Significación Prueba t |
|---|--------|-------|--------|-------|---------------------------|
| | Media | EE | Media | EE | |
| Envases de UTB en todos los usuarios ^a | 9,7 | 0,6 | 9,7 | 0,5 | p = 0,974 |
| Gasto de UTB en todos los usuarios ^a | 10.708 | 654 | 10.945 | 589 | p = 0,788 |
| Envases de UTB en pensionistas ^a | 23,2 | 1,4 | 24,3 | 1,4 | p = 0,560 |
| Gasto de UTB en pensionistas ^a | 28.067 | 1.631 | 30.061 | 1.670 | p = 0,396 |
| Gasto total en farmacia ^a | 99.254 | 4.392 | 98.377 | 2.556 | p = 0,864 |
| Coste medio por receta de activo | 1.660 | 58 | 1.682 | 32 | p = 0,737 |
| Coste medio por receta de pensionista | 1.803 | 33 | 1.805 | 25 | p = 0,944 |
| Envases de diuréticos ^b | 144,8 | 10,2 | 165,3 | 11,1 | p = 0,180 |
| Envases de bloqueadores beta ^b | 99,2 | 7,6 | 92,1 | 4,7 | p = 0,428 |
| Envases de IECA ^b | 358,2 | 15,5 | 361,6 | 16,2 | p = 0,880 |
| Envases de antagonistas del calcio ^b | 327,3 | 17,6 | 314,8 | 15,4 | p = 0,596 |
| Envases de triflus ^b | 80,0 | 5,0 | 86,4 | 4,0 | p = 0,315 |
| Envases de ciprofloxacino y otras quinolonas ^b | 58,6 | 7,1 | 70,8 | 5,9 | p = 0,191 |

GI: grupo de intervención; GC: grupo control, y UTB: fármacos de utilidad terapéutica baja.

^aPor mil personas y día. ^bPor mil personas y 250 días.

TABLA 2. Diferencias pre-postintervención en número de envases y gasto de UTB, tanto ajustado por mil usuarios y día como por mil pensionistas y día (UTBp). Diferencias entre grupos

| | Diferencias pre-postintervención | | | | | | Diferencia de grupos (GI-GC) | |
|--------------|----------------------------------|-------|---------------|------------------|-----|---------------|------------------------------|-------------|
| | En grupo intervención | | | En grupo control | | | | |
| | Media | EE | Significación | Media | EE | Significación | | |
| Envases UTB | 3,5 | 0,4 | < 0,001 | 1,8 | 0,2 | < 0,001 | 1,7 | 0,9-2,6 |
| Gasto UTB | 3.321 | 442 | < 0,001 | 1.553 | 195 | < 0,001 | 1.768 | 801-2.733 |
| Envases UTBp | 7,6 | 0,8 | < 0,001 | 3,9 | 0,4 | < 0,001 | 3,7 | 1,8-5,6 |
| Gasto UTBp | 7.707 | 1.011 | < 0,001 | 3.532 | 590 | < 0,001 | 4.175 | 1.833-6.516 |

UTB: fármacos de utilidad terapéutica baja; GI: grupo de intervención, y GC: grupo control.

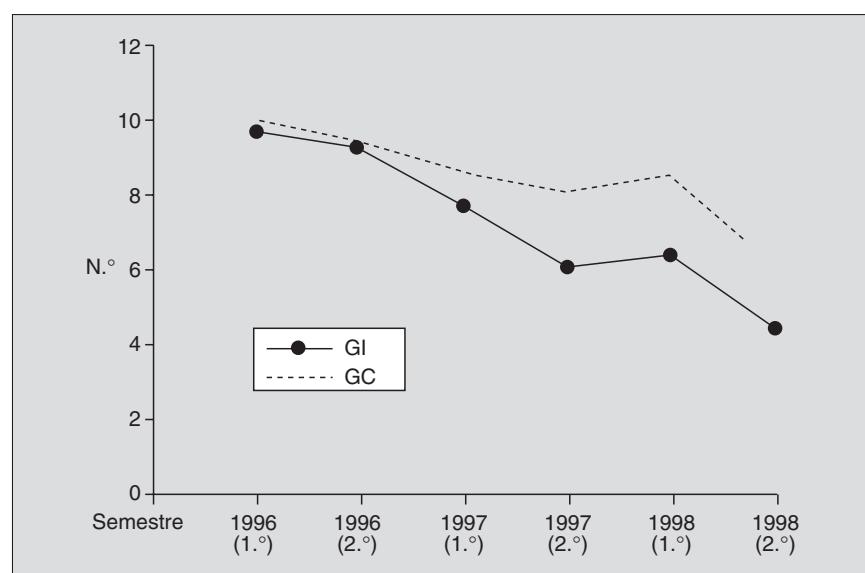


Figura 1. Número de envases de fármacos de utilidad terapéutica baja ajustados por mil usuarios y día según semestres. GI: grupo de intervención, y GC: grupo control.

ajustado de fármacos UTB. Tampoco la hubo en los restantes índices e indicadores utilizados (**tabla 1**).

La diferencia entre los períodos pre y postintervención en relación al número medio (EE) de envases de fármacos UTB (**tabla 2**) fue de 3,5 (0,4) por mil usuarios y día en el GI y de 1,8 (0,2) en el GC; por tanto, la diferencia entre ambos grupos fue de 1,7, que es la cifra de envases que el GI prescribió diariamente menos (y por mil usuarios) que el GC (IC del 95%, 0,9-2,6). Los descensos, en porcentaje, fueron del 36,6% en el GI y del 18,6% en el GC. Si analizamos ahora el gasto en este tipo de fármacos, comprobamos que descendió 3.321 (442) pts. por mil usuarios y día en el GI y 1.553 (195) en el GC: diferencia de 1.768 pts. menos en el primer grupo (IC del 95%, 801-2.733). En este caso, el descenso fue del 31,0% en el GI y del 14,2% en el GC. Analizando sólo el colectivo pensionista, estas diferencias fueron aún mayores (**tabla 2**).

Si examinamos semestralmente las medias de ambos grupos, en relación al número de envases y gasto en UTB, tenemos que las diferencias empiezan a evidenciarse (incluso estadísticamente) a partir del segundo semestre de 1997 (**fig. 1**).

Interesa ahora comprobar si la menor prescripción de fármacos UTB en el GI va acompañada o no de un mayor gasto total en farmacia. En el GI, dicho gasto total pasó de 99.254 (4.392) pts. por mil usuarios y día en el período preintervención a 101.345 (3.612) en el postintervención; en el GC se pasó de 98.377 (2.556) a 107.846 (3.091). Luego la diferencia entre los períodos post y preintervención en relación al gasto total fue de 2.091 (2.613) ptas. por mil usuarios y día en el GI y de 9.469 (2.071) en el GC; por tanto, la diferencia entre ambos grupos fue de 7.379, que es la cifra que el GI gastó diariamente menos (y por mil usuarios) que el GC (IC del 95%, 708-14.049).

La evolución semestral del gasto total se representa en la **figura 2**.

No hubo diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos en relación al coste medio por receta ni de activos ni de pensionistas.

En relación a los restantes objetivos del *pacto* (antihipertensivos, triflus y quinolonas), se comprobó que en ninguno de los casos las diferencias entre los grupos alcanzaron significación estadística (**tabla 3**).

TABLA 3. Diferencia en número de envases de antihipertensivos, de triflusal y de quinolonas (todos por mil usuarios y 250 días)

| | Diferencias pre-postintervención | | | | | | Diferencias de grupos (GI-GC) | |
|-------------------------|----------------------------------|------|---------------|------------------|------|---------------|-------------------------------|--|
| | En grupo intervención | | | En grupo control | | | | |
| | Media | EE | Significación | Media | EE | Significación | | |
| Diuréticos | -35,4 | 7,1 | < 0,001 | -29,0 | 9,0 | 0,003 | -6,4 p = 0,575 | |
| Bloqueadores beta | -25,0 | 4,6 | < 0,001 | -17,6 | 3,3 | < 0,001 | -7,4 p = 0,194 | |
| IECA | -98,6 | 14,1 | < 0,001 | -93,2 | 12,2 | < 0,001 | -5,4 p = 0,772 | |
| Antagonistas del calcio | -48,4 | 11,3 | < 0,001 | -61,8 | 7,7 | < 0,001 | 13,4 p = 0,330 | |
| Triflusal | -2,6 | 3,2 | 0,430 | -2,8 | 2,6 | 0,294 | 0,2 p = 0,960 | |
| Quinolonas | -2,3 | 5,2 | 0,658 | -17,0 | 5,3 | 0,003 | 14,7 p = 0,055 | |

Los valores negativos indican un incremento del número de envases durante el período de estudio.

GI: grupo de intervención, y GC: grupo control.

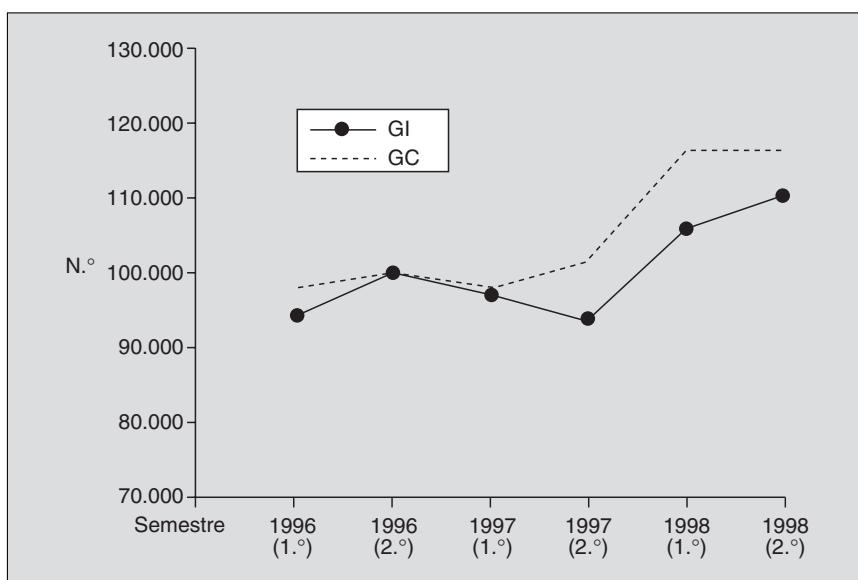


Figura 2. Evolución del gasto total ajustado (por mil usuarios y día). GI: grupo intervención, y GC: grupo control.

Discusión

Diversos estudios experimentaron con anterioridad el impacto real de la entrevista individualizada u otros tipos de intervenciones educativas sobre la prescripción farmacéutica^{1,7-16}, aunque sólo una parte de ellos^{1,7,8,12,15,16} disponen de un grupo control de comparación, como es el caso del presente estudio.

Si embargo, es necesario ser conscientes de que el análisis de la prescripción es insuficiente para realizar una valoración adecuada de la calidad de la utilización de medicamentos, permitiéndonos solamente realizar una aproximación básica¹⁷. Así, todos los indicadores son de difícil interpretación cuando no

se dispone de datos diagnósticos ni, tan siquiera, de información adicional acerca de la indicación, del esquema terapéutico seguido o de las características del paciente tratado; datos todos ellos imprescindibles para poder valorar la calidad del uso de medicamentos con valor intrínseco elevado (VIE)^{2,18}.

En lo que se refiere a los objetivos del *pacto*, cabe resaltar que no hacían hincapié en una directa reducción del gasto farmacéutico sino simplemente en una siempre deseable mejor prescripción (con las limitaciones especificadas anteriormente). Reconocer además la posibilidad de inclusión de otros antiagregantes plaquetarios de eficacia igual o inferior a la aspirina¹⁹ (ticlopidina y dipiridamol)

y de otros indicadores referentes a antibióticos. La explicación para no hacerlo es que, al ser un punto de partida o un primer paso, no se creyó conveniente extender en exceso la lista de índices e indicadores sin antes valorar el grado de respuesta a una lista más reducida.

La razón fundamental por la que se utilizó el número de envases y no la dosis diaria definida (DDD) fue por lo interminable que sería este proceso trabajando con la aplicación informática de farmacia: habría que incluir las numerosas especialidades farmacéuticas que comprende este estudio en cada uno de los 62 médicos seleccionados y en cada uno de los 6 semestres (3 años) de duración de la presente investigación.

Como en todo estudio controlado no aleatorio, los resultados deben interpretarse con cierta precaución, ya que ambos grupos pudieran diferir por una serie de variables (conocidas o desconocidas) que no han sido controladas.

A modo de síntesis, en lo referente a los resultados, se podría afirmar que los objetivos relacionados con el uso racional del medicamento del *pacto* consiguieron parcialmente su propósito: por un lado, quedó demostrada una prescripción menor de fármacos de UTB y una reducción indirecta del gasto total en los médicos del GI en comparación con los del GC, pero por otro no se evidenció diferencia en la prescripción de antihipertensivos, de triflusal y de quinolonas.

Si generalizásemos el menor gasto del GI en fármacos de UTB a la totalidad de los 170 médicos generales/de familia de la GAP de Santiago, con sus 326.000 usuarios (adultos), nos encontramos que se hubieran gastado 144 millones de pts./año me-

nos si la reducción en el GC hubiera sido la misma del GI (siendo el límite inferior del IC del 95% de 65 millones).

Font⁷ evaluó el impacto de la información personalizada sobre, entre otros, vasodilatadores periféricos y otros psicoanalépticos, obteniendo un descenso en el número de envases del 9,2% en el GI y del 6,3% en el GC. Pérez¹⁵ observó una reducción del número de envases de fármacos de UTB₁ del 3,6% en el GI y un aumento del 7,1% en el GC. En un estudio anterior¹⁶, realizado en la misma GAP de Santiago y evaluando el impacto de la entrevista individualizada sobre los máximos prescriptores, se obtuvo un descenso del 9,5% en el número de envases de fármacos de UTB₁ en el GI y un aumento en el GC del 3,2%.

En relación a las intervenciones sin grupo control, tenemos que en los diversos estudios se obtuvo también un descenso en los fármacos de UTB^{9,10,14}, destacando por su magnitud el estudio de Mata¹³ que obtiene una diferencia global relativa 88-92 de un 47,9%.

El presente estudio no es directamente comparable con los mencionados en los párrafos anteriores, ya que difiere en el tipo de población diana y en una diferente inclusión de fármacos de UTB. Aun así, llama la atención la magnitud del descenso en relación a esos otros estudios. Aparte de la disminución principalmente motivada por el propio *pacto de objetivos*, pudo haber tenido una ligera repercusión pre y postintervención en ambos grupos el Real Decreto (RD) 1.663/98²⁰ por el que se excluían de financiación determinados grupos de UTB a partir del 1 de septiembre de 1998. Decimos ligera repercusión ya que los 4 meses de vigencia de este RD en el año 98 representan una pequeña porción en relación a los 24 que incluye el período postintervención. Lo que sí queda claro es que este RD, al afectar a todos los médicos por igual, no influye en la comparación entre ambos grupos.

En los resultados era de interés obligado comprobar si la menor prescripción de fármacos de UTB va acompañada o no de un mayor gasto total en farmacia (por ejemplo, por sustitución de medicamentos). Dicho gasto aumentó en los 2 grupos (un 2,1% en el GI y un 9,6% en el GC), siendo de 7.379 pts. menos en el primer grupo

(por mil usuarios y día). Si generalizásemos esto a la totalidad de los médicos de la GAP de Santiago, como se hizo anteriormente, encontramos que se hubieran gastado 590 millones de pts./año menos si el incremento en el GC hubiera sido el mismo del GI (siendo la cantidad mínima de 57 millones).

En la anterior evaluación del impacto de la entrevista individualizada sobre los máximos prescriptores de la GAP de Santiago¹⁶, se obtuvieron unos incrementos similares: 2,6% en el GI y 11,9% en el GC. En otra evaluación del impacto de la entrevista individualizada sobre máximos prescriptores¹⁵ también se obtuvieron diferencias entre el GI y el GC.

La diferencia entre el menor gasto del GI en total (7.379 pts. por mil usuarios y día) y el menor gasto en fármacos de UTB (1.768 pts. por mil usuarios y día) induce a pensar que los médicos del GI prescribieron de forma más económica en otros tipos de fármacos, siendo esto una repercusión indirecta del *pacto de objetivos* (aunque de todas formas hay que tener en cuenta los intervalos de confianza de las 2 estimaciones puntuales anteriores). Pudiera ser interesante cuantificar las diferencias pre y post en otros grupos terapéuticos no UTB, lo que puede ser motivo o directriz para un estudio complementario.

Sin embargo, y es un hecho hasta cierto punto sorprendente, no hubo variación ni en la prescripción ni en el gasto en los diversos grupos de fármacos incluidos en los restantes objetivos relacionados con el uso racional del medicamento (antihipertensivos, triflusal y quinolonas), aunque en este último el IC de la diferencia incluye por muy poco el valor cero y está en el límite de la significación ($p = 0,055$). Una posible explicación de todo esto pudiera radicar en la importancia de este tipo de fármacos en la prescripción inducida por atención especializada, no estando bien vista su retirada o cambio, aun justificadamente, por parte de primaria.

Cabe resaltar finalmente la pertinencia de mantener vigente el objetivo referente a la prescripción de fármacos de UTB, pero con una cierta salvedad. Muchos profesionales del modelo reformado afectados por el *pacto de objetivos* consiguieron alcanzar, después de 2 años, unos niveles a partir de los cuales las diferencias van a ser ya muy pequeñas. Por

tanto, la recomendación sería mantener este objetivo en aquellos médicos que estén por encima de un determinado umbral.

Bibliografía

1. Calvo MJ, Iñesta A. Impacto de una estrategia de intervención en la prescripción de genéricos en un área de atención primaria. Aten Primaria 1999; 23: 419-424.
2. Abánades 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.
3. Rodríguez Moreno C. Prescripción y uso racional de medicamentos en atención primaria. En: Libro de ponencias y comunicaciones. II Congreso Galego-Portugués de Medicina Familiar e Comunitaria. Ourense, 1997; 105-121.
4. Dirección Xeral de Atención Primaria. Boletín de Información Terapéutica del SERGAS. Santiago de Compostela: Consellería de Sanidade e Servicios Sociais, 1996; 1 (3).
5. Dirección Xeral de Atención Primaria. Guía Terapéutica para a atención primaria. Santiago de Compostela: Consellería de Sanidade e Servicios Sociais, 1996.
6. Gómez V, Armesto J, Calvo MJ, Candás MA, Chocrón L, Gómez-Martino MD et al. Indicadores de calidad en la prescripción farmacológica. Madrid: INSALUD, 1993.
7. Font M, Madridejos R, Catalán A, Jiménez J, Argimón JM, Huguet M. Mejorar la prescripción de fármacos en atención primaria: un estudio controlado y aleatorizado sobre un método educativo. Med Clin (Barc) 1991; 96: 201-205.
8. Frazier LM, Brown JT, Divine GW, Fleming GR, Philips NM, Siegal WC et al. Can physician education lower the cost of prescription drugs?: A prospective, controlled trial. Ann Intern Med 1991; 115: 116-121.
9. Mata M, Casas J, Amat J, Ávila F, López MA, Rovira A. Intervención de mejora de la calidad de la prescripción farmacológica continuada en un centro de atención primaria. Aten Primaria 1991; 8: 947-952.
10. Azagra R, Bonet JM, Bravo ML, Freixas M, Campanera MT, Fuentes M. Seguimiento en la calidad de la prescripción de medicamentos: el CAP de Ciudad Badía (1986-1990). Aten Primaria 1992; 10: 707-710.
11. Greco PJ, Eisenberg JM. Changing physicians' practices. N Engl J Med 1993; 329: 1271-1274.
12. Pérez MT, Catalán A, Parellada N. Criterios de elaboración de un formulario de medicamentos en un área básica de

- salud e impacto sobre la prescripción. Aten Primaria 1994; 14: 1128-1134.
13. Mata M, Avellana E, Davins J, Calvet S, Hortelano MA, Martín A. Mejora continua de la calidad de la prescripción crónica en un centro de atención primaria: seguimiento de 5 años. Aten Primaria 1994; 13: 172-176.
14. Martínez JA, Baeza JE, Rubio-Manzanares JA, Palacios MC. Impacto de un programa de uso racional del medicamento sobre la prescripción farmacéutica en un área de salud. Aten Primaria 1996; 18: 551-557.
15. Pérez MT, Crusat D, Ibáñez JL, Jiménez J. Impacto de un proceso de feed-back informativo sobre la prescripción farmacéutica. Aten Primaria 1996; 18: 386-389.
16. Segade XM. Impacto dun proceso de feed-back informativo sobre certas prescripcións farmacéuticas en Atención Primaria. Cad Aten Primaria 1997; 4: 121-123.
17. Arnau JM. Medidas de contención del gasto farmacéutico e indicadores de calidad en el uso de los medicamentos: ¿prescribir menos o prescribir mejor?. Aten Primaria 1994; 13: 155-158.
18. Saturno PJ. Monitorización del uso de medicamentos para mejorar la calidad de la prescripción. Problemas, métodos e indicadores. Aten Primaria 1996; 18: 331-338.
19. Baos V, Arribas JM, Calvo E, Cruz E, Fidalgo ML, Puy M et al. Guía de uso de los medicamentos en atención primaria. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1994; 129-143.
20. Real Decreto 1663/1998, de 24 de julio, por el que se amplía la relación de medicamentos a efectos de su financiación con cargo a fondos de la Seguridad Social o a fondos estatales afectos a la sanidad. BOE 177 de 25 de julio de 1998.