

Incentivos para Médicos de Familia de Atención Primaria. Razones para el cambio y propuesta de un nuevo modelo

*Vicente Martín Moreno^a, Pilar Cecilia Cermeño^b,
Julián Ezquerro Gadea^c y Vicente Baos Vicente^d*

^aMédico de Familia. Centro de salud Dos de Mayo. Móstoles. Madrid.

Secretario del Sector de Atención Primaria de CESMadrid.

^bMédico de Familia. Centro de salud Presentación Sabio. Móstoles. Madrid.

Secretaria de Acción Sindical de CESM.

^cMédico de Familia. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

Centro de salud Villanueva de la Cañada. Madrid.

^dMédico de Familia. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

Centro de salud Collado Villalba pueblo. Madrid.

Resumen

La insatisfacción de los médicos con el actual modelo de incentivos, los cambios sociales y la necesidad del SERMAS, como empresa, de contar con el compromiso de sus trabajadores para alcanzar los objetivos institucionales hace necesario establecer un nuevo sistema de incentivos.

El modelo propuesto ha sido desarrollado teniendo presentes los factores que influyen en su viabilidad: el propio modelo, la capacidad de negociación de sus contenidos y la dotación económica asociada al grado de cumplimiento. Tiene como objetivo fomentar la competencia profesional, que expresa la capacidad y motivación para la resolución de problemas en un contexto organizativo concreto (conocimiento + habilidades + organización + motivación), permitiendo que el desarrollo de la actividad se realice con calidad y eficiencia. Es un modelo abierto y dinámico, que tiene en cuenta la variabilidad de las condiciones laborales.

Su firma es individual y consta de 7 módulos, que evalúan las diversas facetas de la actividad profesional: 1) calidad clínico-asistencial; 2) uso racional del medicamento; 3) genéricos; 4) farmacia; 5) rendimiento asociado a la actividad asistencial; 6) formación continuada y docencia y 7) investigación.

La inclusión de los módulos 1 y 5 supone un paso adelante sobre modelos previos, que permitirá generar evidencia médica, promover el uso de determinadas intervenciones y racionalizar recursos. Pero además aporta como novedad la valoración de aspectos clave para el desarrollo de la Atención Primaria, como son la Formación Continuada, la Docencia y la Investigación, demandados largo tiempo por los profesionales.

Palabras clave: Atención Primaria, calidad de los servicios de salud, incentivos, instrumentos de evaluación de la atención sanitaria, eficiencia.

Summary

The dissatisfaction of the family doctors with the current model of incentives, the social changes and the need of SERMAS, as a public company, of having the agreement of its workers to reach the institutional objectives makes it necessary to establish a new system of incentives.

The proposed pattern has been developed considering present the factors that influence its viability: the model itself, the capacity of negotiation of their contents and the economic endowment associated to the compliance degree. Its objective is to promote the professional competence that expresses capacity and motivation for the resolution of problems in a specific organizational context (knowledge + abilities + organization + motivation), making it possible for the activity to be carried out with quality and efficiency. It is an open and dynamic model that keeps in mind the variability of the workplace conditions.

Each one will sign individually and it consists of seven modules, that evaluate the different facets of the professional activity: 1) quality of care; 2) rational use of medication; 3) generics; 4) pharmacy; 5) efficiency associated to the clinical practice; 6) continuing education and teaching; 7) investigation.

The inclusion of modules 1 and 5 supposes a step ahead of previous models that will make it possible to generate evidence-based medicine, to promote the use of certain interventions and to rationalize resources. But it also brings as novelty the valuation of key aspects for the development of the Primary Care, like continuing education, teaching and investigation, demanded by the professionals for a long time.

Key words: Primary Care, quality of Health Care, incentives, Health Care evaluation mechanisms, efficiency.

Antecedentes

Los cambios producidos en el modelo de gestión sanitaria en las últimas décadas han permitido desarrollar instrumentos para mejorar la eficiencia del sistema y facilitar la consecución de los objetivos¹. El Real Decreto (RD) 3/1987 sentó las bases para un sistema de incentivos, estableciendo una retribución económica, denominada productividad variable, asociada al cumplimiento de objetivos. En 1991 el INSALUD estableció la cartera de servicios, que con el desarrollo R.D. 858/1992, que definía la organización y competencias del Ministerio de Sanidad

y Consumo y las propias del INSALUD, quedó englobada dentro del modelo de contrato de gestión. Éste fue sustituido con las transferencias sanitarias a las Comunidades Autónomas por otros modelos, en concreto en la Comunidad de Madrid por el Programa de Actuación Sanitaria (PAS)², aunque manteniendo sus líneas generales.

En su planteamiento inicial estos instrumentos pretendían mejorar la eficiencia técnica, contener la inflación presupuestaria, crear un ambiente más competitivo y favorecer la descentralización en la toma de decisiones. Para ello se creó una cartera de servicios³, se es-

tablecieron unas normas de calidad cuantificadas mediante diversos indicadores (uso racional del medicamento, genéricos, satisfacción del usuario, etc.) y se dotó a cada centro de un presupuesto (capítulos I, II y IV), creándose un sistema de incentivos asociado al grado de cumplimiento de objetivos establecidos anualmente.

Situación actual. Por qué es necesario un cambio de modelo

Tras más de una década de implantación, el principal logro de estos modelos de gestión ha sido conseguir un cambio cultural y metodológico en la Atención Primaria, que ha contribuido a la mejora de la calidad asistencial³. Sin embargo, su estructura piramidal (INSALUD/SER-MAS-Gerencias-Equipos-trabajadores) ha propiciado un progresivo distanciamiento entre Organización y trabajadores⁴, con el resultado de que hay un importante desconocimiento sobre los factores ligados a la obtención-distribución-percepción de incentivos⁵ a través del cumplimiento del PAS y de que el pacto de objetivos que se firma cada año no sea sentido como propio por el profesional.

Sin olvidar las mejoras conseguidas, el actual modelo de incentivos no ha alcanzado la finalidad inherente a todo sistema

de incentivación: motivar a los profesionales. Aunque este fracaso tiene un origen multifactorial, los principales factores implicados se asocian con el incumplimiento de los objetivos iniciales:

1. De entrada, no se cumple lo que la propia denominación establece, ya que para poder hablar de “pacto de objetivos” entre la Gerencia y cada centro de gasto se tendría que establecer una negociación. Pero la mayoría de los capítulos del “pacto” no son negociables, vienen impuestos “desde arriba”, y los que son negociables sólo lo son al alza, “para mejorar”. Sin negociación, el desinterés está servido.

2. La utilización de una cartera de servicios basada en indicadores de actividad y cobertura no garantiza necesariamente una repercusión positiva sobre el estado de salud, es decir, no garantiza la eficiencia técnica, objetivo inicial⁶. Y la eficiencia sí incumbe al médico, a tal nivel que se tiene la sensación de que el resultado, el producto salud, ha pasado a un segundo plano, y lo que se premia es el número, hacer, aunque no se llegue a saber para qué, ya que no se evalúa la obtención de una determinada cantidad de producto (en términos de mejora de la salud de los pacientes y de la población), con una determinada calidad y al menor coste posible (eficiencia).

3. Respecto al objetivo de contener la inflación presupuestaria la falta de tacto institucional ha provocado que el médico se haya sentido maltratado, ya que ha sido marcado de cara a la sociedad como el factor fundamental del gasto farmacéutico, cuando sólo es un eslabón (importante, pero sólo un eslabón), favoreciendo el deterioro de la imagen profesional. La experiencia de estos años ha demostrado que el papel de los médicos de familia en el gasto farmacéutico estaba sobredimensionado.

4. Por otro lado, la financiación de cada centro en sus diversos capítulos (I, II, IV) está basada en criterios históricos de presupuesto, claramente insuficientes ya desde su origen, y en la ejecución del gasto de ejercicios anteriores¹. La no adaptación del presupuesto a la actividad, población y factores sociosanitarios (nivel de estudios, porcentaje de paro, renta per cápita, etc.) de la zona básica de salud favorece la ineficiencia, obliga al médico al voluntarismo y condiciona la calidad asistencial.

5. Como objetivo inicial también se planteó el crear un ambiente más competitivo, pero la ausencia de interés por “competir” es evidente. Como causas de este desinterés figuran la no existencia de objetivos individuales, sino de centro y de área, que parte de los objetivos,

como cartera de servicios, sean compartidos por diversos estamentos y que la diferencia económica entre hacer bien las cosas y no hacerlas es escasa.

En la actualidad la remuneración económica máxima alcanzable en concepto de incentivos se sitúa alrededor del 10% de la retribución anual, porcentaje que disminuye al 2-3% si consideramos la remuneración media que finalmente se recibe como “incentivos”. Si a esto añadimos que su liquidación se realiza entre 6 y 9 meses después de finalizar el ejercicio, es obvio que a la insatisfacción por lo percibido se suma la dificultad de asociar esta “recompensa” con el esfuerzo realizado⁷.

6. La planteada descentralización en la toma de decisiones no se ha producido y el nivel de autonomía de los centros es pequeño, limitándose a la gestión de un escaso presupuesto asignado sin negociación (capítulos I –suplentes– y II). La asignación presupuestaria para suplentes no cubre ni la tercera parte del gasto real en permisos.

La no suplencia de los médicos ausentes tiene un impacto laboral y económico, ya que obliga a sus compañeros a realizar más trabajo en el mismo tiempo y sin contraprestación económica alguna. Pero además, y esto es lo más importante, esta sobrecarga asistencial, cuantificada, hace que en la práctica el médico ten-

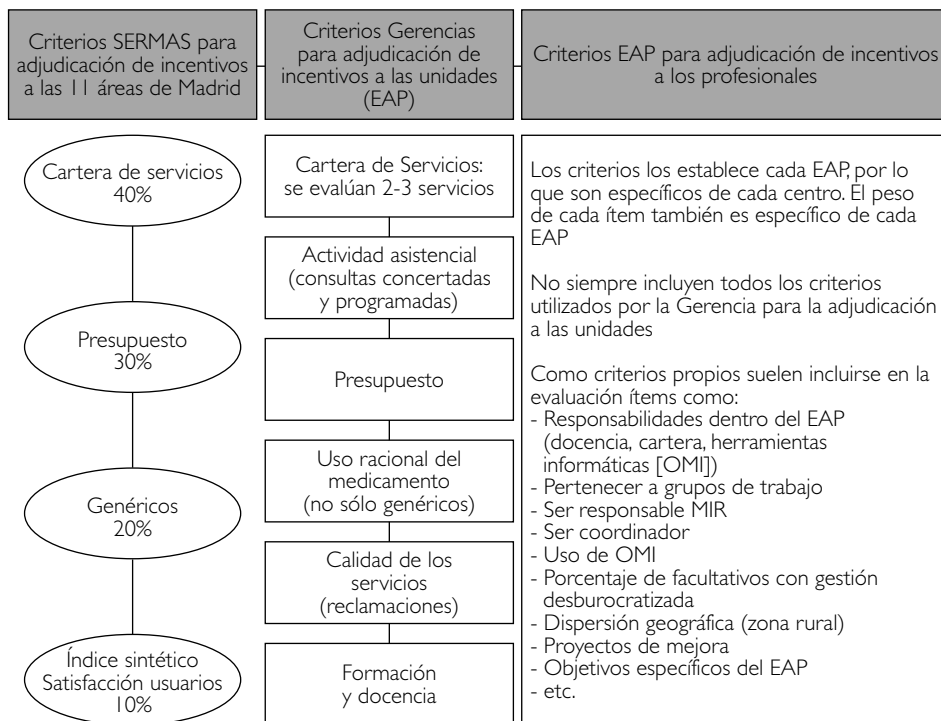


Figura 1. Procedimiento actual de adjudicación de incentivos. Indicadores utilizados para la constitución de la bolsa de incentivos en las 11 áreas sanitarias de la Comunidad de Madrid y criterios de reparto establecidos por las Gerencias y los equipos de Atención Primaria (EAP).

ga cada año que recuperar dentro de su horario laboral el tiempo que disfruta en permisos⁸. Estos hechos influyen en la satisfacción laboral y contribuyen a la visión negativa del PAS. La inclusión de la gestión del gasto para suplentes (artículo 125) o de los gastos corrientes (artículo 22), como expresión de la existencia de una descentralización en la toma de decisiones, cumple la finalidad con-

traria para la que fueron diseñados, por lo que seguirlos manteniendo dentro de un sistema de incentivos no se justifica.

7. Por último, el procedimiento actual de adjudicación de incentivos permite, por su diseño (fig. 1), que profesionales que cumplen con los criterios establecidos por el SERMAS para la constitución de la bolsa de incentivos perciban finalmente una remuneración inferior a la de

profesionales que los cumplen en menor grado o que incluso no los cumplen. Esta situación es claramente desincentivadora.

Bases para un nuevo sistema de incentivos

Este contexto justifica la necesidad de elaborar un nuevo modelo de incentivos para médicos de familia de Atención Primaria, que dé respuesta a sus expectativas y demandas y permita alinear los intereses profesionales con los de la propia organización⁹. Para conseguir este objetivo son necesarios diversos cambios conceptuales:

1. El facultativo tiene que sentir que se valora y premia su trabajo. Con el sistema actual percibe incentivos si cumple la gerencia (el área) y el centro, de forma que se castiga económicamente al profesional que cumple si otros no cumplen. Este sistema es claramente desincentivador. Para evitar esta situación se debe establecer un pacto de objetivos individual, adaptado a las características concretas de la zona básica de salud donde se desarrolla la actividad. Con el pacto de objetivos individual también se corrige la indefinición que existe en el sistema actual sobre la responsabilidad concreta de determinados objetivos, que pueden ser realizados por más de un profesional.

2. No se rompe la dinámica de equipo por establecer un pacto de objetivos a nivel individual. Equipo es la suma de esfuerzos en la consecución de un objetivo común, la salud de la población. Pero el grado de participación de los diferentes componentes del equipo para conseguir ese objetivo nunca es homogéneo, debiendo por tanto ser proporcionales los incentivos asignados al grado de participación. Los incentivos individuales, al establecer nuestra posición frente a nuestros iguales, favorecen el mantenimiento de la competencia profesional y el funcionamiento del equipo como *learning organization* (organización con capacidad de aprendizaje), al ser la actitud más probable la imitación de la actuación de los componentes mejor posicionados.

La competencia profesional expresa la capacidad y motivación para la resolución de problemas en un determinado contexto (conocimiento + habilidades + organización + motivación). La motivación es mayor en un entorno de competencia económica entre iguales y favorece el mantenimiento de los conocimientos y habilidades, posibilitando que la organización pueda desarrollar su actividad con calidad y eficiencia^{9,10}.

3. El pacto de objetivos a nivel individual permite que el profesional se sienta

valorado, pero no es suficiente. El trabajo realizado debe ser adecuadamente incentivado a nivel económico. La diferencia entre recibir incentivos y no recibirlos debe ser lo suficientemente elevada como para compensar el esfuerzo que se le exige y motivarle para aumentar su grado de compromiso con la organización.

4. Además de aumentar su dotación económica, su percepción no debe estar ligada a su cumplimiento en conjunto, sino que deben establecerse módulos de objetivos que sean evaluados e incentivados de forma independiente.

5. El modelo debe ser flexible, de forma que pueda adaptarse con facilidad a la idiosincrasia de cada zona básica de salud y a las expectativas de los ciudadanos¹¹, y tener como referentes en su elaboración los problemas de salud prioritarios, la satisfacción profesional, la mejora de la organización, la calidad y la eficiencia.

6. Por último, la administración sanitaria está legitimada para decidir los criterios que utilizará para determinar si un trabajador merece o no incentivos, pero también debe velar porque el modelo sea justo y cumpla el objetivo propuesto: incentivar a quien lo merece. Debe evitar, además, incorporar incentivos perversos que emitan “señales” que hagan pensar a los médicos que la organización espera de ellos comportamien-

tos que no son deseables⁷. En este sentido es fundamental asegurar que no se produce una discriminación negativa de pacientes o infratratamientos o no tratamientos en fases precoces de la enfermedad; que las desigualdades socioeconómicas no afecten al acceso al tratamiento (pacientes mejor formados e informados van a demandar con mayor probabilidad tratamiento de sus procesos crónicos y en etapas más precoces que los pacientes de menor nivel sociocultural); o la tendencia a transferir costes a otros niveles asistenciales, por ejemplo mediante la derivación precoz a la Atención Especializada.

Como resumen, la situación actual no satisface las expectativas de los profesionales, por lo que es necesario un cambio de actitud y de modelo, ya que no es aceptable para un sistema público basado en la calidad mantener por más tiempo esta situación. Para ello, trabajadores y organización tienen que sentarse a negociar y esta negociación tiene que estar basada en las tres piedras angulares que van a permitir la viabilidad del nuevo sistema de incentivos: el propio modelo de incentivación, la capacidad de negociación de sus contenidos y la remuneración económica (fig. 2).

El cambio desde un modelo estático, poco definido en cuanto a la aportación

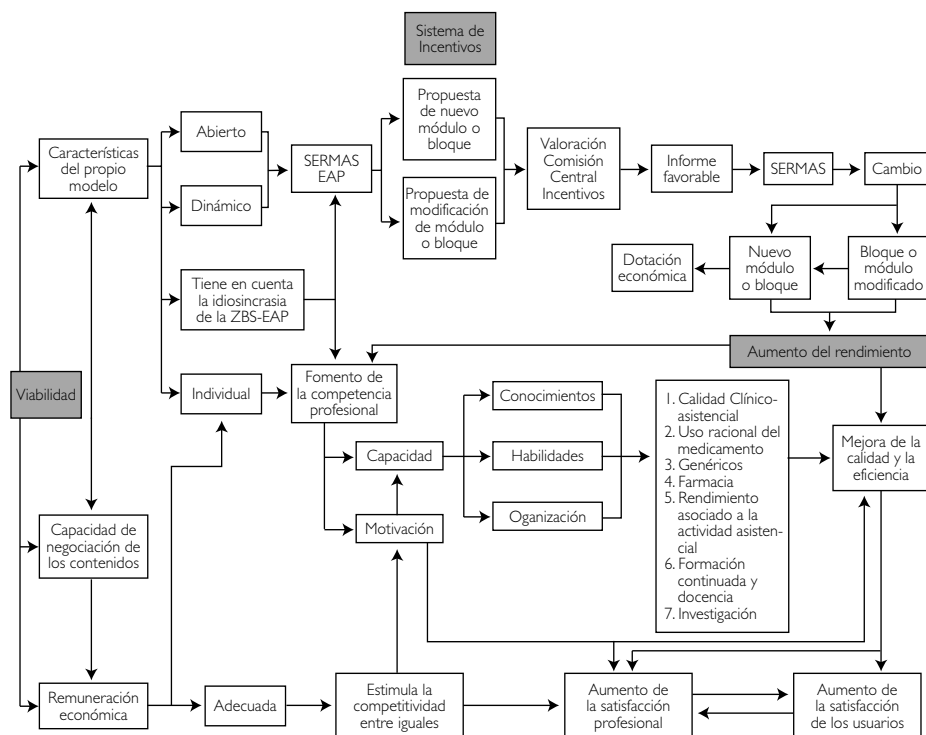


Figura 2. Factores que influyen en la viabilidad de un sistema de incentivos y abordaje propuesto en el nuevo modelo. ZBS: zona básica de salud. EAP: equipo de atención primaria.

individual y con una incentivación económica nada atractiva, como el actual, a un modelo dinámico, que tenga en cuenta la idiosincrasia de cada puesto de trabajo y la capacidad de aportación de cada médico en cada ejercicio y que fomente la implicación individual con los objetivos de la organización, con una adecuada contraprestación económica, debería ser una prioridad.

Propuesta de modelo de incentivos para médicos de familia

La propuesta que se desarrolla a continuación, y que se propone como nuevo modelo de incentivos al SERMAS, con la denominación SERMAS-sistema de incentivos (SERMAS-SI), puede ser adaptada y válida para cualquier otra Comunidad Autónoma del Estado español.

Justificación y objetivos

El compromiso de los profesionales debe ganarse como condición para avanzar en la mejora, buscando instrumentos para alinear los intereses de los profesionales con los de la propia organización¹². Los sistemas de incentivación desempeñan un papel esencial para esta finalidad, pero para que sean efectivos deben incorporar tanto un diseño asumible en el marco de una atención sanitaria saturada como una remuneración económica que sea atractiva⁹.

La insatisfacción de los médicos con el actual modelo de incentivos, los cambios sociales¹¹ y la necesidad del SERMAS, como empresa, de contar con el compromiso de sus trabajadores para alcanzar los objetivos institucionales hace necesario establecer un nuevo sistema de incentivos, basado en la calidad y la eficiencia¹³. La búsqueda de la eficiencia, objetivo tradicionalmente atribuido a los gestores, es y debe ser un objetivo prioritario de los médicos, máxime en un sistema sanitario de financiación pública¹⁴.

El producto a nivel sanitario debe ser medido en términos de salud para el paciente y la población. En Atención Primaria la presencia de procesos abiertos durante más tiempo que el que equivale a un ejercicio presupuestario, la atención y seguimiento a pacientes con patología

crónica y la presencia de comorbilidad, entre otros factores, dificultan medir el producto con una periodicidad anual¹⁵. Por otro lado, en medicina el producto final no es siempre la curación, siendo difícil evaluar en términos de calidad de vida, de años ganados de vida o de capacidad laboral, o de costes ahorrados para el sistema, el consumo de recursos realizado para alcanzar el control del proceso¹⁶. Cuando el producto pueda ser medido, se deberá medir, y cuando esto no sea factible, se evaluarán las actividades o intervenciones sobre las que exista evidencia científica de su efectividad en reducir la morbilidad de ese proceso¹⁷. El actual grado de informatización del sistema sanitario público en la Comunidad de Madrid permite establecer indicadores que pueden ser evaluados de forma individualizada.

Pero el médico no es sólo un trabajador del sistema sanitario, sino también un profesional que invierte activos en su organización¹⁸. Para ser eficiente en las múltiples facetas de su actividad profesional debe invertir tiempo y, frecuentemente, dinero en formación continuada. Esta inversión en conocimiento carece de valor fuera de la actividad profesional, por lo que no puede ser rentabilizada fuera de ella. También invierte en la organización cuando decide realizar docen-

cia, faceta que por su carácter de elemento de cooperación interna y externa¹² contribuye al sentimiento de grupo, de equipo. Y en la Investigación, que asocia a las características previas el poder contribuir al conocimiento científico y al desarrollo de una medicina basada en la evidencia. Estos tres elementos, inherentes a un sistema eficiente y de calidad¹⁷, que implican una dedicación personal y una inversión en el sistema, deben ser también incentivados¹⁰.

Tomando como referentes estos fundamentos, los objetivos de este nuevo modelo de incentivación serían:

1. Aumentar la calidad y eficiencia de los servicios prestados a los ciudadanos.
2. Actuar sobre los problemas de salud prioritarios, sobre la base de la medicina basada en la evidencia y teniendo en cuenta las expectativas de los ciudadanos.
3. Mejorar la organización, aumentando el compromiso de los profesionales con la misma. La negociación y el consenso deben formar parte de la cultura de la organización.
4. Aumentar la satisfacción de los usuarios y la satisfacción de los profesionales.
5. Fomentar la formación continuada, la docencia y la investigación, como garantes de la calidad y eficiencia.

Dotación económica

Tomando como referente el modelo de Milgrom y Roberts¹⁹, para superar el dintel de sensibilidad a los incentivos a partir del cual el profesional siente que el esfuerzo adicional realizado es compensado, la dotación económica que se perciba en concepto de incentivos debe ser “significativa” sobre el conjunto de retribuciones, por lo que debe estar situada en el intervalo entre el 20 y el 25 % de las retribuciones totales¹. Según este esquema, la cuantía máxima que se puede percibir en concepto de incentivos por los médicos de familia de Atención Primaria se situaría entre los 8.000 y 9.000 euros en 2005.

SERMAS-SI

El sistema de incentivación propuesto se divide en 7 módulos independientes (tabla I), que permiten evaluar las diversas facetas de la actividad profesional, desde la perspectiva de la eficiencia y la medicina basada en la evidencia^{17,20}. El sistema es abierto, de forma que progresivamente podrán añadirse nuevos módulos o bloques, en función de los objetivos institucionales, cada uno de ellos con su correspondiente nueva dotación económica. Los módulos propuestos son:

- Módulo I: calidad clínico-asistencial: 3.400 puntos.

Módulos	Puntos	Bloques	Puntos
Calidad clínico-asistencial	3.400	1. Control de la hipertensión arterial (HTA) 200 2. Control de factores de riesgo en pacientes con HTA 300 3. Control de lesiones en órganos diana en pacientes con HTA 300 4. Control de la diabetes mellitus (DM) 200 5. Control de factores de riesgo cardiovascular en pacientes con DM 300 6. Ácido acetilsalicílico en pacientes con cardiopatía isquémica 300 7. Estatinas en prevención secundaria 300 8. Anticoagulantes orales para la profilaxis del ACVA en FA no valvular 300 9. Ácido acetilsalicílico en pacientes diagnosticados de ACVA 300 10. Hábito tabáquico 150 11. Control del hábito tabáquico: consejo antibaco-tratamiento 150 12. Control del hábito tabáquico: resultados deshabituación 300	
Uso racional del medicamento	1.000	1. Inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina 200 2. Antidiabéticos orales 200 3. Estatinas 200 4. Omeprazol 200 5. Antiinflamatorios no esteroideos 200	
Utilización de genéricos	300		
Farmacia	1.400		
Rendimiento asociado a la actividad asistencial	2.100	1. Cupo asignado 600 2. Cobertura de población diana 200 3. Atención a personas con procesos crónicos: <ul style="list-style-type: none"> 3.1. Hipertensión arterial 300 3.2. Diabetes 300 3.3. Dislipidemia 200 3.4. EPOC 200 4. Atención a personas en situaciones especiales: <ul style="list-style-type: none"> 4.1. Atención a la mujer en el climaterio 100 4.2. Atención domiciliaria a pacientes inmovilizados 100 4.3. Atención a pacientes terminales 100 	
Formación continuada y docencia	100		
Investigación	600		

ACVA: accidente cardiovascular; FA: fibrilación auricular; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

Tabla 1. Sistema de incentivos para médicos de familia de Atención Primaria. Módulos y bloques propuestos en este modelo y su valoración en puntos

- Módulo 2: uso racional del medicamento: 1.000 puntos.

- Módulo 3: utilización de genéricos: 300 puntos.

- Módulo 4: farmacia: 1.400 puntos.

- Módulo 5: rendimiento asociado a la actividad asistencial: 2.100 puntos.

- Módulo 6: formación continuada y docencia: 100 puntos.

- Módulo 7: investigación: 600 puntos.

El módulo de calidad clínico-asistencial no es cerrado, de forma que cada zona básica de salud podrá proponer de forma justificada la inclusión de nuevos bloques o la modificación de los existentes, en función de la prevalencia de determinados procesos de salud o socio-sanitarios, o de su propia idiosincrasia (rural, urbano). Para este efecto se reservan 600 puntos. La comisión central de seguimiento que se establezca, formada paritariamente por médicos de familia designados por el SERMAS y las organizaciones sindicales firmantes de este acuerdo valorará la idoneidad de la propuesta y emitirá un informe de resolución.

La firma será individual y optativa, seleccionando el profesional los módulos y, dentro de ellos, los bloques, por los que quiere ser evaluado. Para la evaluación de algunos bloques puede ser necesario alcanzar una determinada cobertura en

otros. El grado de cumplimiento de los criterios establecidos para cada bloque o módulo por los que se haya optado dará lugar a la obtención de los correspondientes puntos con que esté dotado, que se sumarán. Cada punto obtenido equivaldrá a 1 euro.

Para asegurar que los indicadores utilizados puedan ser fácilmente evaluados, el SERMAS realizará los cambios pertinentes en la herramienta informática OMI. También formará a los profesionales para la correcta cumplimentación de los registros.

Implantación

Aunque la situación ideal es la implantación inmediata del nuevo sistema de incentivos en su conjunto, el elevado importe económico del proceso, al que no somos ajenos, puede aconsejar una implantación progresiva, según el siguiente calendario:

- De forma inmediata se implantarían los módulos 1, 2, 3, 5, 6 y 7, pero con el 50% de su valor.

- El módulo 4 se implantará dentro de dos años. En estos dos años se realizará una evaluación en la sombra de este módulo, individual, de forma que las fórmulas que se diseñen para el cálculo del presupuesto de farmacia puedan ser contrastadas con la realidad asistencial

de las distintas zonas básicas de salud, remitiendo la información de dicha evaluación a los profesionales. La comisión de seguimiento de este acuerdo podrá adelantar este plazo, o retrasarlo, según los resultados obtenidos. Se establece como tope máximo para su implantación 5 años desde la firma del acuerdo.

– A los tres años de la firma (ejercicio de 2008) el valor de los módulos 1, 2, 3, 5, 6 y 7 pasa a ser del 100%.

El contenido de los módulos es el siguiente:

Módulo 1: Calidad clínico-asistencial

La evaluación propuesta, innovadora en Atención Primaria, permitirá conocer la situación actual y establecer mecanismos de mejora. Sobre la base de la evidencia científica disponible, y teniendo en cuenta la pertinencia, disponibilidad, eficacia y efectividad, se desarrollarán indicadores que monitoricen si las intervenciones propuestas producen como resultado una mejora de la salud^{17,21}. Esta metodología permitirá generar nueva evidencia médica, promover su uso extensivo y disminuir costes²². Debe asegurarse, además, la accesibilidad a los datos necesarios para su cálculo a través de las herramientas informáticas (OMI).

Por otro lado, se desconoce el grado de control real de los pacientes con hi-

pertensión arterial, diabetes y otras patologías crónicas en Atención Primaria, por lo que las coberturas propuestas probablemente deberán ser reconsideradas tras realizar la primera evaluación^{23,24}. El desarrollo y contenido de cada uno de los 12 bloques en que se divide el módulo de actividad asistencial (tabla 1) es el siguiente:

I. Bloque 1: control de la hipertensión arterial (HTA). Los criterios adoptados para el diagnóstico, evaluación y objetivo de control de la HTA son los recomendados por las guías internacionales²⁵⁻²⁷. Se considera que existe buen control cuando la tensión arterial (TA) es < 140/90. Si se realizan dos o más controles en el año, se calculará la media. El porcentaje de pacientes hipertensos bien controlados, %BC-HTA, se obtiene mediante la fórmula:

$$\% \text{ BC-HTA} = \frac{\text{N.º de pacientes con HTA con TA} < 140/90}{\text{Total de pacientes con HTA}} \times 100$$

Se considera como porcentaje estándar de control el 50%, siendo asignados incentivos en relación al %BC-HTA en la forma en que se recoge en la tabla 2. Este bloque va ligado al bloque 3 del módulo 5, de forma que sólo será evaluado si el número de hipertensos incluidos en OMI es igual o superior a 165. Si el cupo

Bloque	Criterios de inclusión y básicos de seguimiento	Criterios de control aceptable del proceso	Puntos según grado de cumplimiento
1. Control de la HTA	Inclusión: TA con promedio de tres tomas en máximo 3 meses $\geq 140/90$. HTA previa. HTA severa ($TAD \geq 115$) o repercusión visceral. Edad: 18 a 75 años Peso, talla, IMC, ECG, analítica y tabaco Seguimiento: TA, IMC y analítica (sangre, orina) anual, ECG cada 2 años si no patológico	Porcentaje de pacientes hipertensos con TA $< 140/90$	20 a 39%: 100 puntos 40 a 49%: 150 puntos $\geq 50\%$: 200 puntos
2. Control de factores de riesgo metabólico y cardiovascular	1. Obesidad: IMC	IMC < 27	2 factores en el 10-19%: 100 puntos 2 factores en el 20-29%: 125 puntos 2 factores en el 30% o más: 150 puntos 3 factores en el 10-19%: 175 puntos 3 factores en el 20-29%: 200 puntos 3 factores en el 30% o más: 225 puntos 4 factores en el 10-19%: 250 puntos 4 factores en el 20-29%: 275 puntos 4 factores en el 30% o más: 300 puntos
	2. Diabetes: glucemia basal y hemoglobina glucosilada (HbA1c)	Al menos uno: glucemia basal ≤ 110 , HbA1c $< 7\%$	
	3. Dislipemia: triglicéridos, colesterol total, LDL-colesterol y HDL-colesterol	Colesterol total < 200 mg/dl y al menos uno de: LDL-colesterol < 155 mg/dl, HDL-colesterol > 40 mg/dl en varones y 48 mg/dl en mujeres y triglicéridos < 200 mg/dl	
	4. Tabaco. Si no fuma o es exfumador de más de 5 años, se considerará válida cualquier fecha de registro	No fumador o más de un año sin fumar	
3. Control de lesiones en órganos diana	1. Riñón: creatinina, microalbuminuria	Creatinina $< 1,3$ mg/dl en varones y 1,2 mg/dl en mujeres. Microalbuminuria < 30	1 factores en el 10-19%: 100 puntos 1 factor en el 20-29%: 125 puntos 1 factor en el 30% o más: 150 puntos 2 factores en el 10-19%: 200 puntos 2 factores en el 20-29%: 250 puntos 2 factores en el 30% o más: 300 puntos
	2. Corazón: Sokolow-Lyons (S en $V_1 + R$ en $V_5 - V_6$) en ECG	Sokolow-Lyons < 38 mm ó 3,5 mV	

TA: tensión arterial; IMC: índice de masa corporal; ECG: electrocardiograma.

Tabla 2. Calidad clínico-asistencial: hipertensión arterial. Criterios de inclusión, seguimiento, control y evaluación.

médico es inferior a 1.647 usuarios, este valor será proporcional al tamaño del cupo.

2. Bloque 2: control de los factores de riesgo metabólico y cardiovascular en pacientes con HTA. Tomando como referentes las mismas recomendaciones²⁵⁻²⁷ se establecen 4 grupos de factores:

- a) Obesidad: IMC.
- b) Diabetes: glucemia basal y hemoglobina glucosilada.
- c) Dislipidemia: triglicéridos, colesterol total, colesterol ligado a lipoproteínas de baja densidad (c-LDL) y colesterol ligado a lipoproteínas de alta densidad (c-HDL).
- d) Tabaco. Se considerará que existe un control aceptable de los factores de riesgo cuando se cumplan los criterios establecidos en la tabla 2 para este bloque. El porcentaje de pacientes hipertensos que tiene controlados los factores de riesgo metabólico y cardiovascular, BC-FR-HTA, se obtiene mediante la fórmula:

$$\%BC-FR-HTA = \frac{\text{N.º de pacientes con HTA con BC-(2, 3 ó 4)FR-HTA}}{\text{Total de pacientes con HTA}} \cdot 100$$

Donde 2, 3 ó 4 representan el control aceptable de 2, 3 ó 4 de los factores de riesgo. Se considera como porcentaje estándar el control de cada factor en al

menos el 40% de los pacientes diagnosticados de HTA. Este bloque va ligado al bloque 1, de forma que sólo será evaluado si el %BC-HTA es igual o superior al 20%, realizándose la asignación de incentivos con relación al grado de cumplimiento según se recoge en la tabla 2.

3. Bloque 3: control de lesiones en órganos diana en pacientes con HTA. Basándonos en los mismos estudios²⁵⁻²⁷, los órganos diana evaluados son:

- a) Riñón: creatinina y microalbuminuria.
- b) Corazón: Sokolow-Lyons (S en $V_1 + R$ en $V_5 - V_6$), estableciendo como criterios de control aceptable en cuanto a lesión de órgano diana (BC-OD) los recogidos en la tabla 2. El porcentaje de pacientes hipertensos que no presenta lesión de órganos diana, BC-OD-HTA, se obtiene mediante la fórmula:

$$\%BC-OD-HTA = \frac{\text{N.º de pacientes con HTA con BC-(1 ó 2)OD-HTA}}{\text{Total de pacientes con HTA}} \cdot 100$$

Donde 1 ó 2 representan que no existe lesión en uno o los dos órganos diana evaluados. Se considera como porcentaje estándar que el 50% de los pacientes hipertensos no tenga lesión en los órganos diana. Este bloque va ligado al bloque 1, de forma que sólo será evaluado si

el %BC-HTA es igual o superior al 20 %, asignándose incentivos en relación al grado de cumplimiento según se recoge en la tabla 2.

4. Bloque 4: control de la diabetes mellitus. Los criterios adoptados para el diagnóstico, evaluación y objetivo de control de la diabetes son los establecidos por la Asociación Americana de Diabetes²⁸, el Consenso Europeo para la DM2²⁹, el Documento de Consenso 2002 sobre pautas de detección, prevención y tratamiento de la nefropatía diabética en España³⁰ y el estudio UKPDS³¹. Se considerará que existe buen control de la diabetes (BCD) cuando se cumplen los criterios establecidos (tabla 3), teniendo como porcentaje estándar el 30 % y asignándose los correspondientes incentivos según la cobertura alcanzada. La cobertura de este indicador para cada profesional se obtiene mediante la fórmula:

$$\% \text{DBC} = \frac{\text{N.º de pacientes de 14 a 75 años con buen control de la diabetes}}{\text{Total de pacientes diabéticos de 14 a 75 años}} \times 100$$

Este bloque va ligado al bloque 3 del módulo 5, de forma que sólo será evaluado si el número de diabéticos incluidos en OMI es igual o superior a 50. Si el cupo médico es inferior a 1.647 usua-

rios, este valor será proporcional al tamaño del cupo.

5. Bloque 5: control de factores de riesgo cardiovascular en pacientes con diabetes mellitus. Los factores de riesgo cardiovascular analizados se distribuyen en 4 grupos (tabla 3). Para determinar su grado de control en personas con diabetes se toman como referentes diversos estudios²⁵⁻²⁸, considerándose que existe un buen control (BCFR-D) cuando se cumplen los criterios que se recogen en la tabla 3. Situando el porcentaje estándar de cumplimiento en el 30 %, la asignación de incentivos se realizará en relación con el grado de cumplimiento. La cobertura de este indicador para cada profesional se obtiene mediante la fórmula:

$$\% \text{BCFR-D} = \frac{\text{N.º de pacientes de 14 a 75 años con BCFR-D}}{\text{Total de pacientes diabéticos de 14 a 75 años}} \times 100$$

Este bloque va ligado al bloque 4, de forma que sólo será evaluado si el porcentaje de diabéticos bien controlados es igual o superior al 10 %.

6. Bloque 6: ácido acetilsalicílico (AAS) en pacientes con cardiopatía isquémica. El indicador porcentaje de personas con cardiopatía isquémica (CI) que reciben tratamiento con AAS (%CI-AAS) se calcula, para cada médico, a partir del

Bloque	Criterios de inclusión y básicos de seguimiento	Criterios de control aceptable del proceso	Puntos según grado de cumplimiento
1. Control de la diabetes mellitus	Inclusión: Glucemia basal plasmática ≥ 126 mg/dl en dos determinaciones. Diabetes previa. Glucemia al azar ≥ 200 y síntomas de diabetes. Glucemia a las 2 horas tras sobrecarga oral ≥ 200 mg/dl, en dos ocasiones. Edad: 14 a 75 años TA, peso, talla, IMC, ECG, analítica con glucemia basal, HbA1c, glucosuria, microalbuminuria, perfil lipídico y renal. Tabaco Seguimiento: TA, IMC, analítica (sangre, orina) y ECG mínimo una vez/año	Glucemia basal ≤ 110 mg/dl HbA1c $< 7\%$ Glucosa en orina (-) Microalbuminuria (-)	10 a 19%: 100 puntos 20 a 29%: 150 puntos $\geq 30\%$: 200 puntos
3. Control de lesiones en órganos diana	1. Obesidad: IMC	IMC < 27	2 factores en el 10-19%: 100 puntos 2 factores en el 20-29%: 125 puntos 2 factores en el 30% o más: 150 puntos 3 factores en el 10-19%: 175 puntos 3 factores en el 20-29%: 200 puntos 3 factores en el 30% o más: 225 puntos 4 factores en el 10-19%: 250 puntos 4 factores en el 20-29%: 275 puntos 4 factores en el 30% o más: 300 puntos
	2. Hipertensión arterial	TA sistólica ≤ 130 , TA diastólica ≤ 80	
	3. Dislipidemia: triglicéridos, colesterol total, c-LDL y c-HDL	Colesterol total < 200 mg/dl y al menos uno de: c-LDL < 155 mg/dl, c-HDL > 40 mg/dl en varones y 48 mg/dl en mujeres y triglicéridos < 200 mg/dl	
	4. Tabaco. Si no fuma o es exfumador de más de 5 años, se considerará válida cualquier fecha de registro	No fumador o más de un año sin fumar	

TA: tensión arterial; IMC: índice de masa corporal; ECG: electrocardiograma; c-LDL: colesterol ligado a lipoproteínas de baja densidad; c-HDL: colesterol ligado a lipoproteínas de alta densidad.

Tabla 3. Calidad clínico-asistencial: diabetes. Criterios de inclusión, seguimiento, control y evaluación

número de personas diagnosticadas de CI y del número de pacientes con CI que reciben AAS, según la fórmula:

$$\%CI-AAS = \frac{\text{N.º de pacientes con CI que reciben AAS}}{\text{N.º pacientes con CI}} \times 100$$

Asumiendo que un porcentaje de pacientes tenga contraindicado el AAS, o utilice otros fármacos, la cobertura estándar se situaría en el 90 %, asignándose incentivos según el siguiente esquema de cumplimiento:

- %CI-AAS entre 70 y 79 %: 100 puntos.
- %CI-AAS entre 80 y 89 %: 200 puntos.
- %CI-AAS igual o superior al 90 %: 300 puntos.

7. Bloque 7: estatinas en prevención secundaria. El indicador porcentaje de personas con cardiopatía isquémica que reciben tratamiento con estatinas (%CI-E) se calcula mediante la fórmula:

$$\%CI-E = \frac{\text{N.º de pacientes con CI que reciben E}}{\text{N.º pacientes con CI}} \times 100$$

Considerando un porcentaje estándar del 90 % por el grupo de pacientes que tenga contraindicado el uso de estatinas, el grado de cobertura se incentivará utilizando los siguientes criterios:

- %CI-E entre 70 y 79 %: 100 puntos.
- %CI-E entre 80 y 89 %: 200 puntos.
- %CI-E igual o superior al 90 %: 300 puntos.

8. Bloque 8: anticoagulantes orales para la profilaxis del accidente cerebrovascular (ACV) en fibrilación auricular no valvular (FA). El indicador porcentaje de personas con fibrilación auricular no valvular que reciben tratamiento con acenocumarol o warfarina (%FA-AW) se calcula mediante la fórmula:

$$\%FA-AW = \frac{\text{N.º de pacientes > 75 años con FA que reciben AW}}{\text{N.º pacientes > 75 años con FA}} \times 100$$

Considerando como estándar una cobertura del 90 % por el porcentaje de pacientes que teniendo FA tengan contraindicado el uso de acenocumarol o warfarina, para evaluar la cobertura de este indicador se utilizarán los siguientes criterios:

- %CI-E entre 70 y 79 %: 100 puntos.
- %CI-E entre 80 y 89 %: 150 puntos.
- %CI-E igual o superior al 90 %: 200 puntos.

Si el seguimiento habitual (controles y pauta de tratamiento) es realizado por el médico de familia, se añadirán 100 puntos a cada nivel de cobertura.

9. Bloque 9: AAS en pacientes diagnosticados de accidente cerebrovascular

isquémico (ACV) o accidente isquémico transitorio (AIT): el indicador porcentaje de personas con ACV-AIT que reciben tratamiento con AAS (%ACV-AIT-AAS) se obtiene mediante la fórmula:

$$\%ACV-AIT-AAS = \frac{\text{N}^{\circ} \text{ de pacientes con ACV-AIT que reciben AAS}}{\text{N}^{\circ} \text{ pacientes con ACV-AIT}} \times 100$$

Tomando como estándar una cobertura del 90 % por el porcentaje de pacientes que teniendo ACV-AIT tenga contraindicado el AAS o reciban tratamientos alternativos, el grado de cumplimiento se valorará según la siguiente propuesta:

- %ACV-AIT-AAS entre 70 y 79 %: 100 puntos.
- %ACV-AIT-AAS entre 80 y 89 %: 200 puntos.
- %ACV-AIT-AAS igual o superior al 90 %: 300 puntos.

10. Bloque 10: Hábito tabáquico. El indicador hábito tabáquico (HT) permitirá conocer la prevalencia del HT y la efectividad de las medidas antitabaco¹⁷. Se valorará en la población de 15 a 70 años. Para la evaluación se deberá tener en cuenta que si no ha fumado nunca o lleva más de 5 años sin fumar, será válida cualquier fecha de registro, mientras que si lleva más de un año y menos de

5 sin fumar, o es fumador, el dato será válido si corresponde al año analizado. La cobertura se obtendrá mediante la fórmula:

$$\%HT = \frac{\text{N}^{\circ} \text{ de pacientes con registro del hábito de fumar}}{\text{Total de pacientes}} \times 100$$

Como objetivo inicial se considera como porcentaje estándar el haber preguntado sobre el hábito de fumar al 50 % de la población, asignándose incentivos según los siguientes grados de cumplimiento:

- Entre un 30 y 39 %: 100 puntos.
- Entre un 40 y 49 %: 125 puntos.
- Igual o mayor del 50 %: 150 puntos.

11. Bloque 11: control del hábito tabáquico: consejo antitabaco-tratamiento. El indicador porcentaje de personas de 15 a 70 años que reciben consejo antitabaco o tratamiento (%CAT) se obtiene mediante la fórmula:

$$\%CAT = \frac{\text{N}^{\circ} \text{ de personas con hábito de fumar registrado a las que se ha ofrecido consejo antitabaco o tratamiento}}{\text{Total de pacientes que fuman, o que llevan menos de 12 meses sin fumar}} \times 100$$

Como objetivo inicial, se considera como porcentaje estándar el haber ofrecido consejo antitabaco o tratamiento al

90 % de la población fumadora, asignándose incentivos según los siguientes grados de cumplimiento:

- Entre un 70 y 79 %: 100 puntos.
- Entre un 80 y 89 %: 125 puntos.
- Igual o mayor del 90 %: 150 puntos.

12. Bloque 12: control del hábito tabáquico: resultados deshabituación. El indicador porcentaje de personas de 15 a 70 años que han dejado de fumar como resultado de consejo antitabaco o tratamiento (%EXFUM) se obtiene de la relación entre el número de personas fumadoras que llevan más de 12 meses sin fumar tras recibir consejo antitabaco o tratamiento y el número de personas a las que se ha ofrecido consejo antitabaco o pautado tratamiento antitabaco:

$$\%EXFUM = \frac{\text{N.º de personas que llevan más de 1 año sin fumar tras recibir consejo antitabaco o tratamiento}}{\text{N.º de personas con hábito de fumar registrado a las que se ha ofrecido consejo antitabaco o tratamiento}} \times 100$$

Como cobertura estándar se establece el 20 %, asignándose incentivos según los siguientes grados de cumplimiento:

- Entre un 5 y un 10 %: 100 puntos.
- Entre un 11 y un 19 %: 200 puntos.
- Igual o mayor del 20 %: 300 puntos.

Módulo 2: uso racional del medicamento

Dukes clásicamente define que “La prescripción racional se consigue cuando el profesional bien informado, haciendo uso de su mejor criterio, prescribe al paciente un medicamento bien seleccionado, en la dosis adecuada, durante el período de tiempo apropiado y al menor coste posible”. A esta definición debería asociarse la opinión del paciente y la probabilidad de que cumpla el tratamiento, que condicionan en ocasiones la decisión terapéutica final^{32,33}.

También hay que conocer que una parte importante de la prescripción que realiza cada médico está condicionada por factores externos sobre los que no tiene la iniciativa: el inicio o continuidad de tratamientos pautados desde otros niveles asistenciales^{34,35}. Por ello, es fundamental que el uso racional (UR) lo sea en los dos niveles, ya que si no la actuación negativa de uno de ellos condiciona los resultados del otro³⁶. Aunque se ha avanzado en este sentido, se debería trabajar aún más en él, ya que desde Atención Primaria se tiene la sensación de que existe una importante variabilidad en la actuación de Atención Especializada de unas áreas sanitarias a otras e incluso de unos servicios a otros dentro de la misma área.

Para establecer los indicadores se ha tenido en cuenta este factor, siendo se-

leccionados sólo aquellos en los que puede influir de forma mayoritaria la Atención Primaria y/o que pueden fomentar un aumento de la capacidad resolutoria de este nivel asistencial. También se ha tenido en cuenta que los fármacos tengan un margen estrecho de indicaciones terapéuticas y que sean de primera elección para esa indicación.

La presencia de comorbilidad, efectos adversos, falta de respuesta, polimedización, etc., que acontece en un cierto número de pacientes, limita por otro lado el porcentaje que se puede alcanzar, por lo que para establecer el valor estándar hay que considerar este factor y el número de alternativas de tratamiento.

La elaboración de estos indicadores se ha realizado siguiendo las recomendaciones internacionales^{37,38}. Para cuantificar el uso de medicamentos se ha establecido una unidad técnica internacional de medida de consumo, la dosis diaria definida (DDD). La DDD es la dosis media diaria supuesta de un fármaco en su principal indicación y no tiene por qué coincidir con la dosis recomendada del medicamento, ni con la que precisan todos los pacientes.

Esta medida es establecida, para cada fármaco, por el Consejo Nórdico de Medicina (*The Nordic Council on Medicines*, WHO Regional Office, Copenhagen), se-

gún las recomendaciones de las publicaciones científicas, del laboratorio fabricante y por la experiencia acumulada con cada producto. El uso de la DDD permite comparar los datos de consumo de medicamentos entre zonas básicas de salud, áreas sanitarias, Comunidades Autónomas y países, a lo largo del tiempo, independientemente de las diferencias de precios o de sistemas monetarios. Al disponer de los datos del número de unidades vendidas de un medicamento, el porcentaje de DDD consumidas se podrá calcular de acuerdo a la fórmula siguiente:

$$\% \text{ de DDD consumidas/año} = \frac{\text{N.º unidades vendidas/año} \times (\text{mg o g})}{\text{DDD}} \times 100$$

Partiendo de estas premisas se establecen 5 bloques, que se recogen en la tabla 4, con sus correspondientes valoraciones en cuanto a incentivación.

Módulo 3: utilización de medicamentos genéricos

La utilización de medicamentos genéricos beneficia al paciente y a la sociedad, reduciendo costes sin comprometer el beneficio terapéutico. Cuentan con una garantía de calidad, ya que han sido sometidos a pruebas de bioequivalencia con la molécula original. Por ello es lógico

Bloque	Fórmula para el cálculo	Consideraciones especiales	Puntos según grado de cumplimiento
Módulo 2: Uso Racional del Medicamento (UR)			
1. IECA-ARA II	$\text{UR-IECA-ARA II} = \frac{\text{DDD de captopril, enalapril, lisinopril, ramipril, losartán, valsartán e irbesartán y sus combinaciones}}{\text{Total DDD de ARA II}} \quad 100$	Las DDD totales de ARA II no deben representar más del 40% del total DDD de IECA + ARA II	80-84%: 100 puntos 85-89%: 150 puntos ≥ 90%: 200 puntos
2. Antidiabéticos orales (ADO)	$\text{UR-ADO} = \frac{\text{DDD de glibenclamida, glicazida, glipizida, gliquidona y metformina}}{\text{Total DDD de ADO}} \quad 100$		65-69%: 100 puntos 70-74%: 150 puntos ≥ 75%: 200 puntos
3. Estatinas (E)	$\text{UR-E} = \frac{\text{DDD de lovastatina, simvastatina y pravastatina}}{\text{Total DDD de estatinas}} \quad 100$		65-69%: 100 puntos 70-74%: 150 puntos ≥ 75%: 200 puntos
4. Omeprazol (O)	$\text{UR-O} = \frac{\text{DDD de omeprazol}}{\text{Total DDD de inhibidores de la bomba de protones}} \quad 100$		70-74%: 100 puntos 75-79%: 150 puntos ≥ 80%: 200 puntos
5. AINE	$\text{UR-AINE} = \frac{\text{DDD de ibuprofeno, diclofenaco y naproxeno}}{\text{Total DDD de AINE}} \quad 100$		55-59%: 100 puntos 60-64%: 150 puntos ≥ 65%: 200 puntos
Módulo 3: Utilización de medicamentos genéricos			
Genéricos	$\% \text{ EFG} = (\text{total de envases genéricos} / \text{total de envases}) \quad 100$	Si: (total de envases de genéricos aparecidos en los dos últimos años/total de envases de esos principios activos) $100 \geq 14\%$, se añadirán 100 puntos más a cada nivel	14-19%: 100 puntos 20-24%: 150 puntos ≥ 25%: 200 puntos
DDD: dosis diaria definida; IECA: inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina; ARA II: antagonistas de los receptores de angiotensina II.			
Tabla 4. Uso racional del medicamento y utilización de medicamentos genéricos. Fórmulas utilizadas para el cálculo de los indicadores, consideraciones especiales para su valoración y puntos por indicador según el grado de cumplimiento			

co que sea un objetivo incentivable independiente.

Sin embargo, la Administración, principal garante de la eficiencia, permite la existencia de genéricos de un mismo principio activo con diferentes precios. La organización debe ser modelo a seguir y la imagen que se transmite no es la adecuada. El médico no debería tener que seleccionar entre genéricos en función de su precio, porque eso ya lo hacía entre las marcas, ni tener que trabajar con listas de precios de referencia. El médico no acaba de entender su papel en la “guerra” entre la Administración y la Industria Farmacéutica para contener el gasto farmacéutico. Cada parte debería asumir sus responsabilidades y actuar en consecuencia. El médico ya sabe, por su formación, actuar con calidad y eficiencia y conforme a la *lex artis*.

La fórmula utilizada para el cálculo del indicador y la ponderación de incentivos en función del grado de cumplimiento se recoge en la tabla 4.

Módulo 4: farmacia

La prescripción de medicamentos es el principal pilar terapéutico de los médicos de Atención Primaria en su actividad asistencial. Este acto, además de tener unas consecuencias a nivel sanitario, tiene también un impacto económico sobre

el sistema. La responsabilidad y la formación de los médicos debe permitir que este acto se realice con la mayor calidad y eficiencia posibles. Para conseguir esto es necesario que el presupuesto de farmacia sea individual y se adapte a las características reales de la población a la que se presta asistencia.

Este punto, que en apariencia es simple, entraña una enorme complejidad, por lo que los detalles son importantes:

1. El médico de familia va a recibir un presupuesto para proporcionar atención sanitaria a una población.

2. Este presupuesto va a depender del número de personas y de la financiación anual asignada por persona.

3. La financiación debe adecuarse a las características de cada persona, mediante un ajuste del riesgo a través de estimadores del gasto sanitario esperado.

Actualmente la asignación del presupuesto de farmacia se realiza en función del presupuesto del año previo y a la población de tarjeta, ponderando por diversos coeficientes a los distintos colectivos, tal como recoge la tabla 5 para una de nuestras áreas sanitarias. El coeficiente utilizado para ponderar cada factor no es estático, sino que depende de diversos factores. Así, para pensionistas este coeficiente se obtiene de sumar a la población activa la población pensionista multiplica-

Farmacia			
Colectivo	Ponderación		
Pensionistas	9,23	gasto activo	
Residencias	2,14	(9,23	gasto activo)
Colaboradora activo	1,8	gasto activo	
Colaboradora pensionista	1,56	(9,23	gasto activo)
Segunda vivienda	2,3	1,5/12	

Tabla 5. Presupuesto de farmacia. Factores y coeficientes utilizados para el cálculo del presupuesto de farmacia asignado a cada centro en un área sanitaria de la Comunidad de Madrid

da por un coeficiente que indica el gasto farmacéutico medio por persona pensionista respecto a una persona activa^{39,40}.

Esta asignación, que se realiza en el ámbito del centro de salud, es insuficiente para cubrir las expectativas apuntadas. Manteniendo su carácter capitativo (asignación por persona adscrita al EAP) y la ponderación previa para los grupos de población descritos, se debe realizar un ajuste más preciso, mediante la inclusión de factores sociodemográficos y relacionados con la asistencia que condicionan de forma importante el gasto farmacéutico^{39,41}.

Como factores sociodemográficos^{42,43} deben ser incluidos en la ponderación los siguientes:

– Envejecimiento: definido como el porcentaje de personas con 75 o más

años entre todas las personas mayores de 14 años adscritas a un médico. La carga sanitaria, en términos de morbilidad, aumenta de forma clara a partir de los 75 años, por lo que, del mismo modo que en pediatría se pondera el valor de la Tarjeta Sanitaria Individual (TSI) de forma diferente según la edad del niño, en mayores de 65 años se debe establecer un mecanismo paralelo, tanto para valorar la TSI como para Farmacia.

– Género: definido como el porcentaje de mujeres mayores de 14 años sobre el total de población mayor de 14 años. La introducción de este factor se basa en la mayor expectativa de vida de las mujeres, su mayor tasa de morbilidad sentida y real y en su papel de agentes de salud de la familia.

– Renta per cápita: al ser difícil que se pueda establecer este indicador a nivel del cupo de cada profesional, se propone que en poblaciones grandes con más de una zona básica de salud se utilice la media a nivel del distrito donde se ubique, mientras que en el resto de localidades se utilizaría la media de la localidad donde se realice la práctica profesional. En el caso de realizarse en más de una localidad (zona rural), la media de estas localidades.

Dentro de los factores relacionados con la asistencia es especialmente relevante la carga de morbilidad, que explica

por sí sola más de la mitad de la variabilidad en la utilización de recursos sanitarios por los médicos, muy por encima de factores clásicos como la edad y el sexo^{39,41,44}. La dificultad en establecer la carga de morbilidad de forma individual es evidente, pero existen factores que pueden permitir una aproximación a dicha carga. Estos factores de ponderación serían:

- a) Porcentaje de pensionistas titulares menores de 65 años/total de titulares menores de 65 años.
- b) Porcentaje de hipertensos incluidos en OMI.
- c) Porcentaje de diabéticos incluidos en OMI.
- d) Porcentaje de dislipémicos incluidos en OMI.
- e) Porcentaje de enfermedades pulmonares obstructivas crónicas (EPOC) incluidas en OMI.

Su inclusión en la fórmula para calcular el presupuesto de farmacia evitará que puedan darse actitudes de discriminación negativa hacia pacientes con estas patologías, así como retrasos en diagnósticos y tratamientos, favoreciendo la calidad asistencial.

También es un factor asistencial importante el gasto por no suplencia⁸, condicionado por la atención a usuarios de otros médicos del centro durante su au-

sencia por permisos reglamentarios, bajas, etc. Como su cuantificación a nivel individual es compleja, se propone establecer un coeficiente corrector común por centro, obtenido a partir del número de días de ausencia no cubierta en el centro en el año previo dividido por el número de profesionales.

Otro factor asistencial es la atención a personas desplazadas. Aunque su impacto sobre el gasto farmacéutico presenta una cierta variabilidad según la zona de la Comunidad de Madrid, es aconsejable establecer un coeficiente corrector común que permita asignar recursos para la atención a estas personas. Para poder realizar esta asignación, todo paciente desplazado deberá ser dado de alta como desplazado temporal e inscrito en OMI, por períodos de tres meses renovables, calculándose un coeficiente para estos tres meses que se multiplicará por el número de períodos (máximo 4) que renueve el desplazamiento temporal.

En esta línea, los cambios en las condiciones sociales están dando lugar a la aparición de nuevas figuras de desplazados, de forma que a la clásica figura de persona mayor desplazada por meses entre sus familiares, se suman la de personas separadas que pasan a convivir de forma temporal con familiares, la de estudiantes que acceden a universidades de

nuestra Comunidad y comparten piso con otros iguales o con familiares y la de personas con patologías que requieren estudio o tratamiento en nuestros hospitales y que se desplazan desde otras Comunidades Autónomas por este motivo. Por ello, puede ser necesario ajustar el coeficiente previo según tenga el usuario la consideración de activo o de pensionista, tal y como se hace con las colaboradoras.

Por último, la prescripción es un acto profesional sobre el que el prescriptor final no siempre tiene la iniciativa: parte del gasto farmacéutico producido en Atención Primaria es inducido desde Atención Especializada, los Servicios de Urgencias o las Unidades de Salud Mental^{35,36}.

La herramienta OMI contempla la posibilidad de decidir si la receta que se emite procede de estos niveles asistenciales, por lo que el médico deberá asegurarse de cumplimentar adecuadamente este apartado y la organización será responsable de asegurar que queda adecuadamente codificado en la receta para su posterior lectura, y que este gasto no se computa como gasto del médico de Atención Primaria. Este último factor, el gasto inducido, es susceptible de prácticas inadecuadas, tanto en un sentido (Atención Primaria – Atención Especiali-

zada) como en el otro (Atención Especializada – Atención Primaria), y por ello debe ser objeto de estudio en profundidad.

Para evitar actitudes perversas de asignación inadecuada de recetas a otros niveles asistenciales para disminuir artificialmente el gasto, el médico de familia deberá registrar adecuadamente el origen de la receta inducida que prescribe, pudiendo la organización establecer mecanismos de control para verificar la correcta asignación.

Como resumen, para calcular el presupuesto de farmacia se utilizará la siguiente metodología:

1. Se obtendrá la media del gasto por persona activa (GMPA) del conjunto de médicos del centro en el año anterior.
2. Este gasto medio por persona activa común se multiplicará por el número de personas (TSI) que tiene adscritas cada médico, obteniéndose un resultado independiente para cada médico.
3. Ajuste del riesgo (AR): este producto se ponderará de forma individual según los factores mencionados, multiplicando el coeficiente obtenido para cada factor por el número de personas que lo cumplen, que será específico de cada médico.
4. Tras ajustar por estos factores se obtiene como resultado un presupuesto

de Farmacia (PF) para cada médico, que será multiplicado por el valor de inflación (I) previsto para ese año y corregido a su finalización según la inflación real (Ir).

5. Se obtiene, finalmente, el presupuesto de farmacia definitivo (PFD).

$$\begin{aligned} \text{PFD} &= \text{PF} \cdot \text{Ir} \\ \text{PF} &= \text{AR} \cdot (\text{GMPA} \cdot \text{TSI}) \end{aligned}$$

6. Las renovaciones anuales se realizarán siguiendo la misma metodología, que evita que ausencias de facultativos por diversas causas (bajas, descanso maternal, etc.) puedan dar lugar a un presupuesto anual muy inferior al del año previo.

Para evaluar el cumplimiento de farmacia se utilizarán los siguientes criterios:

- Cumplimiento total del presupuesto: gasto de farmacia igual o inferior al 100 % del pactado: 1.400 puntos.
- Cumplimiento aceptable del presupuesto: cuando el gasto de farmacia realizado no supera el valor obtenido al incrementar el presupuesto asignado en un porcentaje igual a la desviación típica del gasto de farmacia en el distrito: 1.000 puntos.

Módulo 5: rendimiento asociado a la actividad asistencial

El tiempo dedicado a la actividad asistencial, el tamaño del cupo asignado, la

cobertura alcanzada y la carga de morbilidad por procesos crónicos o situaciones especiales son factores que afectan al rendimiento alcanzado por el profesional^{9,42}.

1. Bloque 1: tiempo dedicado a la actividad asistencial, tamaño del cupo asignado y rendimiento. La Atención Primaria debe ser un nivel asistencial resolutivo, de calidad y eficiente, en el que el usuario sea el eje central sobre el que se planifique toda la jornada laboral. Para conseguir estos objetivos se deben cumplir las siguientes premisas:

a) Debe establecerse un tiempo mínimo de consulta: el paciente debe tener y conocer su tiempo y el profesional debe tener la tranquilidad de que ese tiempo será respetado. La duración de la consulta a demanda actualmente está establecido en 6 minutos, aunque el sentir general de los profesionales es que el tiempo adecuado que debe dedicarse a cada usuario es de 10 minutos.

b) Debe establecerse un número máximo de horas de actividad asistencial. El rendimiento, es decir, la capacidad de resolución con calidad y eficiencia, no se mantiene constante a lo largo del tiempo; los profesionales no son máquinas. Sin olvidar que para su mantenimiento debe asegurarse la presencia de tiempos para formación, docencia, investigación, organi-

zación y relación. Por ello, la actividad asistencial debería ser como máximo de 5 horas, dedicando 4 horas a la consulta a demanda con cita previa y una hora para visita domiciliaria y programada.

Sobre la base de estas premisas, y teniendo en cuenta el número de días de trabajo efectivo anuales (247), el número de consultas con cita que se pueden atender sería de 9.880 (4 horas 60 minutos = 240 minutos; 240 minutos : 247 días = 59.280 minutos al año; 59.280: 6 minutos por consulta = 9.880 consultas).

Si dividimos estas consultas por la frecuentación recogida en numerosos estudios como “normal” en Atención Primaria (6 consultas/paciente/año), obtenemos que el cupo máximo que se podría atender manteniendo las condiciones citadas sería de 1.647 pacientes. Todo ello sin tener en cuenta la carga de morbilidad, las condiciones socioeconómicas, el porcentaje de pensionistas, etc., factores que con toda probabilidad aconsejarían cupos inferiores para muchos profesionales.

Sin embargo, este tamaño de cupo médico, que no es el óptimo, sino el máximo aconsejable para mantener calidad y eficiencia, se supera en muchos casos, obligando a estos médicos a aumentar su capacidad resolutoria por unidad de tiempo, a maximizar su rentabilidad para la orga-

nización, sin contraprestación alguna. Esta situación debe cambiar y el aumento del tiempo dedicado a la actividad asistencial, que es rentable para el sistema, debe remunerarse a los profesionales que lo realizan, utilizando para ello la siguiente metodología: se establece que la población máxima adscrita a cada profesional debe ser de 1.647 pacientes; una adscripción superior de usuarios presupone una solitud implícita desde la organización de aumento del rendimiento del médico, que da lugar a la percepción de incentivos según el siguiente esquema:

- Entre 1.648 y 1.747 usuarios adscritos: 300 puntos.

- Entre 1.748 y 1.847 usuarios adscritos: 450 puntos.

- Más de 1.847 usuarios adscritos: 600 puntos.

2. Bloque 2: cobertura de la población diana. Este indicador es útil para la realización de actividades preventivas y para analizar la carga de morbilidad real y sentida en la población adscrita a cada profesional. Indirectamente, refleja el bienestar poblacional. Como población diana se define al conjunto de personas adscritas a un cupo médico y como cobertura el número de personas de ese cupo atendidas por un determinado profesional en el año analizado. Una mayor cobertura traduce un mayor rendimien-

to profesional, ya que se ha accedido a un mayor número de usuarios⁴⁵, siendo evaluada según el siguiente esquema:

- Cobertura entre la media del área y la media más una desviación estándar: 100 puntos.

- Cobertura superior a la media del área más una desviación estándar: 200 puntos.

3. Bloque 3: atención a personas con procesos crónicos. La inclusión de este ítem intenta prevenir la aparición de actitudes perversas relacionadas con pacientes con polipatología y/o mal control de sus procesos crónicos. La carga de trabajo que representa la atención a personas con procesos crónicos depende del tamaño del cupo asignado, pero sobre todo del número de personas diagnosticadas de dichos procesos.

La cobertura, indicador habitualmente utilizado, no refleja fielmente la carga de trabajo, ya que está expresada en forma de porcentaje, de forma que para una misma cobertura del 20 % la carga de trabajo será de 360 pacientes si el cupo es de 1.800 y de 280 si es de 1.400. Obviamente, el rendimiento profesional es diferente en ambos casos, pero si se analiza la cobertura sería el mismo. Por este motivo utilizamos el número de personas diagnosticadas de estos procesos en lugar de la cobertura. Para evaluar la car-

ga de trabajo se toman como referentes la prevalencia esperada a nivel nacional, el tamaño de cupo médico propuesto (1.647 pacientes) y un estándar mínimo del 50 % de pacientes diagnosticados (que tiene en cuenta la variabilidad de la pirámide poblacional de unas zonas básicas a otras), proponiéndose el sistema de evaluación recogido en la tabla 6.

4. Bloque 4: atención a personas en situaciones especiales. En este apartado se incluyen aquellas situaciones que requieren un aumento del rendimiento profesional en relación con una consulta estándar. El valor máximo esperado es la cobertura del 100 % de los casos esperados, pero la elevada población diana en unos casos (mujer en el climaterio) y la actividad paralela de otros servicios sanitarios (ESAD, paliativos) en otros aconsejan establecer como estándar la media de la zona básica de salud, con el siguiente esquema de evaluación:

- Atención a la mujer en el climaterio: cobertura igual o superior a la media de la zona básica de salud: 100 puntos.

- Atención domiciliaria a pacientes inmovilizados: cobertura igual o superior a la media de la zona básica de salud: 100 puntos.

- Atención a pacientes terminales: cobertura igual o superior a la media de la zona básica de salud: 100 puntos.

Proceso	Prevalencia esperada a nivel nacional	Pacientes diagnosticados (n.º)	Incentivación (puntos)
Hipertensión arterial	20 %	165 a 200	100
		201 a 250	200
		más de 250	300
Diabetes	6 %	50 a 75	100
		76 a 100	200
		más de 100	300
Dislipidemia	20 %	165 a 200	100
		201 a 250	150
		más de 250	200
EPOC	7 %	50 a 75	100
		76 a 100	150
		más de 100	200

EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

Tabla 6. Atención a personas con procesos crónicos. Valoración de la carga de trabajo en función del número de pacientes diagnosticados

Para los bloques 3 y 4 de este módulo cada área podrá proponer a la Comisión de seguimiento del acuerdo la modificación de estos procesos y la inclusión de otros.

Módulo 6: formación continuada y docencia

Para mantener una alta calidad y eficiencia en el desarrollo de la actividad diaria son imprescindibles la formación continuada y la docencia^{17,46}. Sin embargo, la idiosincrasia de determinados centros, sobre todo rurales, dificulta su realización y la ausencia de una bolsa específica para suplentes con su correspondiente dotación económica hace que

la formación continuada se tenga que realizar con frecuencia fuera del horario laboral o a costa de la sobrecarga asistencial del resto de compañeros. Puesto que el sistema no puede garantizar en la situación actual la accesibilidad de todos los médicos a la formación continuada y la docencia y ambas son pilares básicos del sistema, su realización de forma acreditada por organismos competentes debe ser incentivada:

- Por asistencia de forma presencial durante 40 horas a cursos relacionados con la Atención Primaria, o realización como docente de una sesión clínica: 50 puntos.
- Por asistencia de forma presencial durante 100 horas a cursos relacionados

con la Atención Primaria, realización como docente de dos sesiones clínicas, o ser ponente de una comunicación sobre Atención Primaria a Congresos: 100 puntos.

Módulo 7: Investigación

Debe ser un objetivo prioritario fomentar la actividad investigadora en este nivel asistencial¹⁷. Investigar prestigia a la institución y al centro, genera actitudes positivas hacia el trabajo en equipo y contribuye al mantenimiento de los conocimientos y habilidades. Aunque el volumen de trabajos publicados procedentes de Atención Primaria ha ido aumentando en los últimos años, su peso en la producción científica es bajo y no

suele alcanzar revistas de alto índice de impacto⁴⁷. Para favorecer un cambio en esta situación la investigación debe ser incentivada económicamente:

a) Por cada publicación en revista nacional incluida en Index Medicus/Medline, IME, EMBASE/Excerpta Medica, IBECs, SIIC Databases, SERLINE:

- Como primer autor: 200 puntos.
- Como segundo o posterior autor, hasta un máximo de sexto autor: 100 puntos.

b) Por cada publicación en revista internacional incluida en esas bases de datos:

- Como primer autor: 300 puntos.
- Como segundo o posterior autor, hasta un máximo de sexto autor: 150 puntos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Morell L. El contrato de gestión en los centros de Atención Primaria. MEDIFAM. 2001;11:433-8.
2. Programa de Actuación Sanitaria 2003. Madrid: Instituto Madrileño de la Salud; 2003.
3. Aguilera Guzmán M y Grupo de Cartera de Servicios de la Subdirección General de Atención Primaria del INSALUD. Oferta de servicios en Atención Primaria. Aten Primaria. 2003;31:319-26.
4. Gómez Castro MJ, Arcos González P, Rubiera López G. Calidad de prescripción farmacéutica en Atención Primaria desde la perspectiva del médico prescriptor. Rev Adm Sanit. 2003;1:289-306.
5. López García AC. Conocimiento y opinión sobre medidas de gestión en profesionales de atención primaria. Medicina de Familia (And). 2001;3: 216-22.
6. Segovia Pérez C, González María E. La cartera de servicios en Atención Primaria: una revisión de la literatura. Rev Adm Sanit. 2003;1:601-18.
7. Bernal E, Meneu R, Pradas F, Peiró S, Ridao M. Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud. Sistemas de Incentivos en Atención Primaria. Revista Valenciana de Medicina de Familia. 1999;6:1-12.
8. Martín Moreno V, Domingo Rodríguez C, Blond Arredondo B. Impacto económico y laboral de la no suplencia en atención primaria. Por qué y cómo debemos medirlo. Aten Primaria. 2000;26:355-61.
9. Martín Martín JJ. Motivación, incentivos y retribuciones de los médicos de Atención Primaria del Sistema Nacional de Salud. Rev Adm Sanit. 2005;3:111-30.
10. Ruiz García A, Villares Rodríguez JE, Sánchez Aznar P. Motivación, incentivos y satisfacción profesional. Cuadernos de Gestión para el Profesional de Atención Primaria. 2001;7: 85-91.
11. Grossman M. On the concept of health capital and the demand of health. J Pol Econ. 1972;80:223-55.
12. Equipo editorial. Políticas profesionales en el Sistema Nacional de Salud. Rev Adm Sanit. 2003;1:361-4.
13. López Casasnovas G, Sáez Zafra M. Barómetro para el diagnóstico y estudio de la evolución del sistema sanitario español. Barcelona: CRES – Universidad Pompeu Fabra y Fundación BBVA; 2004.

14. Sacristán JA, Ortún V, Rovira J, Prieto L, García-Alonso F, por el grupo ECOMED. Evaluación económica en medicina. *Med Clin (Barc)*. 2004;122: 379-82.
15. Guerra Aguirre J. La gestión de costes en Atención primaria. *Rev Esp Econ Salud*. 2003;2:190-1.
16. Ruiz López P. La medición de la calidad asistencial. *Rev Clin Esp*. 2001; 201:561-2.
17. Llor Vilá C, Tamborero Cao G, Albert Ros X, Ayerdi Navarro K, Cabrera de León A, Fernández Fernández I, et al. Indicadores de Evaluación de la actividad profesional: asistencia, docencia e investigación. Documentos semFYC n.º 19. Barcelona; 2002.
18. Arruñada B. La regulación de los servicios profesionales: Una guía para las decisiones públicas en tiempos de cambio. IUDEM. Documento de trabajo 2000-6. Barcelona: Universidad Pompeu Fabra; 2000.
19. Milgrom P, Roberts J. Riesgo compartido y contratos de incentivos. En: Economía, organización y gestión de la empresa. Barcelona: Ariel; 1993.
20. SemFYC. Cartera de Servicios en Atención Primaria. Propuesta de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Junio 2004.
21. McColl A, Roderick P, Smith H, Wilkinson E, Moore M, Exworthy M, et al. Clinical governance in primary care groups: the feasibility of deriving evidence-based performance indicators. *Qual Health Care*. 2000;9:90-7.
22. López Bastida J, Serrano Aguilar P, Duque González B. Los costes socio-económicos de la diabetes mellitus. *Aten Primaria*. 2002;29:145-50.
23. Bonet Pla A, Navarro Pérez J, Puertas Cabot A, Valdivieso Mañas C, Tórtola Graner D, Callado A, et al. Control de factores de riesgo cardiovascular en pacientes diabéticos atendidos en dos equipos de Atención Primaria y costes directos asociados. Parte I: Valoración del riesgo cardiovascular. *Medifam*. 2002;12:41-8.
24. Fernández Fernández I, Amaya Baro ML, Benito López P, Ceballos Pozo M, Cornejo Castillo M, Dueñas Díez JL, et al. Plan Integral de Diabetes de Andalucía 2003-2007. Consejería de Salud. Junta de Andalucía; 2003.
25. Comité de Directrices 2003. Directrices de la Sociedad Europea de Hipertensión – Sociedad Europea de Cardiología para el tratamiento de la hipertensión arterial. *J Hypertens*. 2003;21:1011-53.
26. González-Juanatey JR, Mazón Ramos P, Soria Arcos F, Barrios Alonso V,

- Rodríguez Radial L, Bertomeu Martínez V. Actualización (2003) de las Guías de Práctica Clínica de la Sociedad Española de Cardiología en hipertensión arterial. *Rev Esp Cardiol*. 2003;56:487-97.
27. National High Blood Pressure Education Program. JNC 7 Express. U. S. Department of Health and human Services. NIH Publication n.º 03-5233. Bethesda 2003.
28. American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes. *Diabetes Care*. 2004;27 Suppl 1: S15-S35.
29. Pablo Velasco PL, Picó Alfonso A, coordinadores. Guías de actuación clínica de la diabetes mellitus. *Endocrinología y Nutrición*. 2003;50 Supl 1: 1-71.
30. De Álvaro Moreno F, Martínez Castellao A, Romero Gonzalez R, De Pablos Velasco PL, Esmatjes Monpó E, Fernández Escribano A, et al. Documento de Consenso 2002 sobre pautas de detección, prevención y tratamiento de la nefropatía diabética en España. *Nefrología*. 2002;XXII:521-30.
31. United Kingdom Prospective Diabetes Study Group. Intensive blood-glucose control sulfonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes (UKPDS 33). *Lancet*. 1998;352:837-52.
32. Gómez Castro MJ, Arcos P, Rubiera G, Rigueira AI. Comparación de dos modelos de indicadores de la calidad de la prescripción farmacéutica en atención primaria. *Gac Sanit*. 2003;17:375-83.
33. Gómez Martínez ME, Ruiz Romero JA, Martínez Olmos J. Políticas de uso racional del medicamento en Europa. *Rev Adm Sanit*. 1999;III:93-107.
34. Cabiedes L, Ortún V. Incentivos a prescriptores. XXI Jornadas de la Asociación de Economía de la Salud "Coordinación a Incentivos en Sanidad". Oviedo; 2001.
35. Baos Vicente V. La calidad en la prescripción de medicamentos. *Inf Ter Segur Soc*. 1999;23:45-54.
36. Alberola Gómez-Escolar C. Uso racional de medicamentos y planificación estratégica. *Rev Adm Sanit*. 1998;II:1-7.
37. Tognoni G, Laporte JR. Chapter 2. From clinical trials to drug utilization studies. En: Dukes MNG, et al, editors. *Drug Utilization Studies. Methods and uses*. Copenhagen:WHO Regional Publications European Series No. 45; 1993. p. 23-41.
38. Lunde PKM, Agenas I, editors. *Drug Utilization in Relation to Morbidity*.

- Proceeding from a Symposium Held at the III World Conference on Clinical Pharmacology and Therapeutics. Stockholm, July 27-August 1; 1986. p. 7-35.
39. Llobera J, Crespo B, Pou J, Pérez-Doblado JA, Castaño E, Aguilera M, et al. Coste de farmacia: variabilidad y diseño de un instrumento para la asignación de presupuestos de farmacia a los Equipos de Atención Primaria. Madrid: Instituto Nacional de la Salud; 2001.
 40. Crespo Sánchez-Eznarriaga B, Del Moral González T, Benedí González A, Laviña Rodríguez A, Gómez Juanes V, Ávila Muñoz L. Capítulo IV: Farmacia. En: Asignación presupuestaria en Atención Primaria. Madrid: Instituto Nacional de la Salud; 2001. p. 335-46.
 41. Cabedo García V, Cunillera Grañó R, García Díez JJ, Jolín Garito L, Martín Bun M, Prados Torres S, et al. Factores que influyen en la prescripción farmacológica del médico de atención primaria. Documentos semFYC. Barcelona, 1999.
 42. Rodríguez Ortiz de Salazar B, Martín Galilea MJ. Variabilidad en la utilización de recursos en atención primaria. Aten Primaria. 1999;23: 110-5.
 43. Arnal Selfa R, Blanco Tarrío M, Cañones Garzón P, Díaz Ojeda E, Grande Anduela JM, Guerra Aguirre J, et al. Los equipos de atención primaria. Propuestas de mejora. Documento de consenso. Madrid: Instituto Nacional de la Salud; 2001.
 44. Prados Torres A, Prados Torres D, March Cerdá JC. Medida del producto en atención primaria. Aten Primaria. 1998;22:329-33.
 45. Mancera J, Muñoz F, Martín M, Panigua F, Fernández C. Utilidad para la atención sanitaria del análisis demográfico de una zona básica de salud urbana. Semergen. 2001;27:286-90.
 46. Martín Fernández J, Beamud Lagos M, Ferrándiz Santos J. ¿Es posible medir el impacto de la formación continuada en atención primaria?: una aproximación a la evaluación de resultados de un plan de formación. Rev Adm Sanit. 2003;1:219-33.
 47. Palomo L. La investigación y la evolución reciente de la atención primaria. Gac Sanit. 2002;16:182-7.

