

Factores condicionantes del gasto en farmacia en los centros de atención primaria de un área de salud

M. Azpiazu Garrido^a y L. García Olmos^b

Objetivo. Identificar factores condicionantes del gasto en farmacia.

Diseño. Estudio transversal.

Emplazamiento. Área de atención primaria de Madrid.

Participantes. Un total de 21 centros de salud.

Mediciones. Asociación del gasto en farmacia/habitante durante 1999 de cada centro de salud con sus características de personal y funcionamiento del centro.

Resultados principales. Gasto en farmacia/habitante, 14.360 ± 3.040 pts. (86,31 ± 18,27 €); médicos de cupo, 19,62 ± 23,8%; médicos interinos, 40,48 ± 20,72%; médicos mujeres, 59,76 ± 13,36%; médicos de familia, 38,57 ± 21,35%; enfermeras de equipo, 86,6 ± 18,27%; población > 65 años, 18,03 ± 7,73%; pacientes/día atendidos por cada médico general, 32,82 ± 3,81; número de sesiones anuales sobre perfiles de prescripción, 5 ± 3,91; prescripción evitable por tarjeta sanitaria, 3.106 ± 808 pts. (18,67 ± 4,86 €), y cumplimiento de cartera, 1,7 ± 3,78. El gasto en farmacia/habitante disminuía al aumentar las sesiones sobre perfiles de prescripción (p = 0,013), el porcentaje de mujeres médicos (p = 0,067), el de médicos de familia (p = 0,035) y al disminuir el porcentaje de población > 65 años (p = 0,099) y la cuantía de la prescripción evitable por tarjeta (p = 0,034). En el análisis multivariante las sesiones sobre perfiles de prescripción (β = -843), el porcentaje de enfermeras de modelo reformado (β = -155), el de médicos de familia (β = -142) y el de médicos de modelo tradicional (β = -121) explican un 71,2% de la variabilidad del gasto en farmacia/habitante (F = 6,909; p = 0,002).

Conclusiones. Las sesiones de discusión de perfiles de prescripción, la presencia de enfermeras de modelo reformado, la formación de posgrado de los médicos y el contrato de los médicos según modelo tradicional son los factores asociados en nuestro trabajo a un menor gasto farmacéutico/habitante.

Palabras clave: Costes. Farmacia. Enfermería. Formación continuada.

FACTORS AFFECTING DRUG EXPENDITURE IN THE PRIMARY CARE CENTRES IN A HEALTH AREA

Objective. To identify the factors affecting drug expenditure.

Design. Cross-sectional study.

Setting. Madrid Primary Care area.

Participants. 21 health centres.

Measurements. Association of the drug expenditure per inhabitant of each health centre during 1999 with the characteristics of its staff and operation of the centre.

Main results. Expenditure on drugs per inhabitant, 14360 ± 3040 pesetas (86.31 ± 18.27 €); general practitioners, 19.62 ± 23.8%; doctors working as locums, 40.48 ± 20.72%; women doctors, 59.76 ± 13.36%; family doctors, 38.57 ± 21.35%; team nurses, 86.6 ± 18.27%; population over 65, 18.03 ± 7.73%; patients per day attended by each general practitioner, 32.82 ± 3.81; number of sessions per year on prescription profiles, 5 ± 3.91; prescription avoidable because of health card: 3106 ± 808 pesetas (18.67 ± 4.86 €); compliance with service offer, 1.7 ± 3.78. Drug expenditure per inhabitant dropped when sessions on prescription profiles (p = 0.013), the percentage of women doctors (p = 0.067) and the percentage of family doctors (p = 0.035) increased; and it dropped too when the over-65 population (p = 0.099) and the amount of prescription avoidable through the card (p = 0.034) dropped. In the multivariate analysis, the sessions on prescription profiles (β = -843), the percentage of nurses in the reformed model (β = -155), the percentage of family doctors (β = -142) and the percentage of doctors from the traditional model (β = -121) explain 71.2% of the variability in drug expenditure per inhabitant (F = 6.909; p = 0.002).

Conclusions. The sessions to discuss prescription profiles, the presence of nurses from the reform model, postgraduate medical training and the employment of doctors under the traditional model are the factors that our study finds are linked to lower drug expenditure per inhabitant.

Key-words: Costs. Pharmacy. Nursing. Ongoing training.

^aMédico de familia y especialista en medicina preventiva y salud pública.

^bCoordinador de la Unidad de Docencia e Investigación del Área 2 Atención Primaria (Madrid).

Correspondencia:
Mercedes Azpiazu Garrido.
C/ Guzmán el Bueno, 63, 4.o E.
28015 Madrid.

Correo electrónico:
mazpiazug@nexo.es

Manuscrito aceptado para su publicación el 3-IX-2001.

Introducción

La prescripción farmacéutica representa una parte muy importante de los costes económicos originados por la asistencia sanitaria en el nivel primario. Guerra Aguilera¹ reparte los costes medios de los equipos de atención primaria (EAP) en los distintos conceptos que contempla el presupuesto de un EAP y obtiene que aproximadamente un 60% de los costes se debe al concepto de farmacia. Este 60% está sobrevalorado, ya que en este presupuesto no se incluyen el coste debido a las derivaciones a los especialistas, ni el coste originado por las pruebas complementarias utilizadas en atención primaria, así como tampoco los costes derivados de la incapacidad laboral.

De todos modos, el gasto en farmacia es uno de los capítulos más importantes de los gastos de un centro de salud y, por otra parte, es un capítulo en el que existe una importante variabilidad y en consecuencia posibilidad de modificación.

Los factores que influyen en la prescripción farmacéutica del médico de atención primaria^{2,3} son, por una parte, factores intrínsecos dependientes del propio profesional (ética profesional, formación científica, hábitos de autoevaluación, sexo, edad, situación laboral, organización interna del equipo...) y, por otra, factores extrínsecos, unos dependientes de la población atendida (envejecimiento, características sociales, características clínicas, valoración que hacen del medicamento...), otros dependientes de la administración sanitaria (oferta de medicamentos, recursos formativos e incentivación de los profesionales...) y, por último, también factores resultantes de la relación del profesional con la industria farmacéutica.

En el modelo teórico propugnado por Caamaño et al³, los conocimientos del profesional dan lugar a actitudes y éstas a hábitos de prescripción, todo ello modulado por la necesidad que tiene el profesional de estar en armonía con su entorno constituido por su relación con los pacientes, con la Administración y con la industria farmacéutica.

Diversos autores han tratado de determinar qué factores predicen el gasto farmacéutico⁴⁻¹³ y cuáles podrían utilizarse para asignar el presupuesto de farmacia a los equipos de atención primaria⁹⁻¹².

En el presente trabajo se intenta relacionar la variabilidad en el gasto farmacéutico por habitante en los distintos centros de un área de salud con las características del personal sanitario, algunas características de su funcionamiento y algunas de la población atendida. Nuestro objetivo es identificar qué factores influyen en la variabilidad del gasto farmacéutico, obteniendo así una información que pueda resultar útil para la definición de medidas que permitan modificar el gasto farmacéutico.

Material y métodos

Emplazamiento

El Área 2 de la comunidad de Madrid es eminentemente urbana. En ella hay 21 centros de salud, de los cuales 14 están en una zona de clase media o media-alta del centro metropolitano de la ciudad de Madrid y atienden a una población envejecida, y los 7 restantes se encuentran en ciudades y pueblos de la corona metropolitana de Madrid y atienden a una población más joven y de clase media y media-baja.

Recogida de datos

Con los datos correspondientes al gasto en farmacia del año 1999 y las características del personal y del funcionamiento de cada centro de salud del Área Sanitaria 2 de la Comunidad de Madrid, hemos realizado un estudio descriptivo y analítico, relacionando el gasto en farmacia con dichas características. Dichos datos proceden del seguimiento presupuestario mensual que se hace a través del SIFAR (sistema de información sobre la prescripción farmacéutica de cada colegiado), de los departamentos de personal y tarjeta sanitaria de la gerencia de atención primaria del Área 2, del registro de actividad de cada centro de salud y de la cartera de servicios (instrumento de gestión del INSALUD).

Para el estudio se han considerado las siguientes variables:

- Gasto anual en farmacia: gasto en capítulo IV del presupuesto de 1999 para cada centro de salud.
- Población total y porcentaje mayor de 65 años a los que cada centro debe prestar atención.
- Gasto farmacéutico anual de cada centro por persona = gasto anual en farmacia del centro/población total del centro.

Material y métodos Cuadro resumen

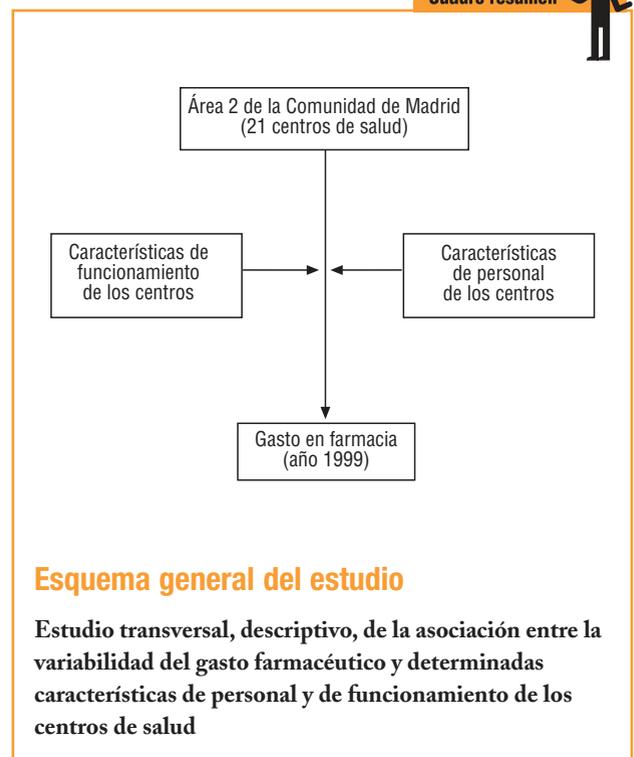


TABLA 1 Características del personal sanitario de los centros de salud del Área 2

	Media	Desviación estándar	Mínimo	Máximo
Médicos de modelo tradicional (%)	19,62	23,8	0	72,73
Médicos interinos (%)	40,48	20,72	0	75
Edad media de los médicos	45,46	4,65	36,3	54,3
Médicos mujeres (%)	59,76	13,36	40	81,82
Médicos de familia (%)	38,57	21,35	0	66,67
Enfermeras de equipo (%)	86,6	18,27	40	100

TABLA 2 Características de funcionamiento de los centros de salud del Área 2

	Media	Desviación estándar	Mínimo	Máximo
Presión asistencial diaria del médico general	32,82	3,81	25,8	39,5
Número de sesiones docentes de todo tipo al año	70,1	28,2	17	107
Número de sesiones docentes sobre los perfiles de prescripción al año	5	3,91	0	11
Prescripción evitable/tarjeta	3.106	808	1.776	4.428
Cumplimiento de cartera	1,7	3,78	-6,5	11,2

TABLA 3 Factores que influyen en el gasto en farmacia (pts./habitante) en un centro de salud (regresión lineal simple)

	β	IC	p
Número de sesiones docentes anuales sobre perfiles de prescripción	-425	-748; -102	0,013
Médicos mujeres (%)	-95	-200; + 7	0,067
Médicos de familia (%)	-68	-130; -5	0,035
Enfermeras de equipo (%)	-70	-140; + 4	0,063
Población > 65 años (%)	+ 154	-32; + 341	0,099
Prescripción evitable (pts.)/TSI	+ 2	0; + 3	0,034

TSI: tarjeta sanitaria individual.

- Centro de salud urbano (localizado en el municipio de Madrid) o periurbano (localizado en municipios de la provincia de Madrid que no tienen características rurales).
- Centro de salud acreditado para la docencia a residentes de medicina familiar y comunitaria.
- Porcentaje de médicos generales y pediatras del centro con contrato de modelo tradicional.
- Porcentaje de médicos generales y pediatras del centro con contrato de interinidad.
- Edad media del personal médico del centro (médicos generales y pediatras).
- Porcentaje de mujeres entre los médicos del centro (médicos generales y pediatras).
- Porcentaje de médicos generales del centro con título de médico de familia.
- Porcentaje de enfermeras del centro con contrato de equipo.
- Cargas de trabajo, medidas por el número medio de pacientes atendidos diariamente por los médicos generales del centro.
- Número de sesiones docentes durante el año 1999.
- Número de sesiones en 1999 sobre el perfil de prescripción farmacéutica de los médicos del centro.

- Prescripción evitable de cada centro en pesetas: este es un indicador que elaboraban al farmacéuticos de la gerencia de atención primaria del área en la época a la que corresponden los datos. Mide cómo se ajusta la prescripción a la guía terapéutica del área y calcula el ahorro potencial por tarjeta sanitaria si se hubiera recetado en todos los casos ajustándose a dicha guía.
- Cumplimiento de cartera: en el contrato de gestión de cada centro de salud se pacta un producto de cartera para ese año y posteriormente en la evaluación de la cartera de servicios se mide qué producto de cartera se ha obtenido durante dicho año. Hemos medido el cumplimiento de cartera como: producto de cartera obtenido - producto pactado para el año 1999.

Análisis estadístico

Se ha utilizado el paquete estadístico SPSS v 8.0 para el análisis de datos, que se ha hecho en tres fases:

1. Previo cálculo para cada centro de salud de las proporciones de las variables cualitativas y las medias de las variables cuantitativas, se ha realizado la descripción de las variables estudiadas con la media y desviación estándar para toda el área 2.

TABLA 4 Factores que influyen en el gasto en farmacia (pts./habitante) en un centro de salud (regresión lineal múltiple)

	β	IC	p
Número de sesiones docentes anuales sobre perfiles de prescripción	-843	-1.412; -273	0,007
Enfermeras de equipo (%)	-155	-283; -27	0,021
Médicos de familia (%)	-142	-248; -37	0,012
Médicos de modelo tradicional (%)	-121	-231; -11	0,033
Interacción sesiones-médicos de familia (%)	+ 12	0; 24	0,054
Constante	37.413	24.111; 50.714	< 0,001

F = 6,909, y p = 0,002

2. Análisis bivariante de la relación entre el gasto farmacéutico por persona y las variables estudiadas mediante regresión lineal simple para las variables cuantitativas y comparación de medias para las variables cualitativas.

3. Análisis multivariante con regresión lineal múltiple, siendo la variable dependiente el gasto farmacéutico por persona, y las variables independientes: porcentaje de población mayor de 65 años, tipo de centro (urbano o periurbano), centro de salud con acreditación para la docencia de medicina familiar y comunitaria, porcentaje de médicos de modelo tradicional, porcentaje de médicos interinos, edad media de los médicos, porcentaje de médicos mujeres, porcentaje de médicos generales con título de médico de familia, porcentaje de enfermeras de equipo, carga de trabajo diaria media, número de sesiones docentes totales al año, número de sesiones sobre prescripción al año, prescripción evitable y cumplimiento de cartera. El análisis se hizo siguiendo una estrategia hacia atrás partiendo del modelo máximo, sacando las variables cuyo coeficiente de regresión tenía una $p > 0,05$ y conservando dentro del modelo las variables que producían confusión. Se calculó la F y la p del modelo y los coeficientes de regresión y la p de cada una de las variables que permanecieron dentro del modelo.

y en los periurbanos de 12.983 pts. (78,03 €). Estas diferencias no son significativas en ninguno de los 2 casos.

En el análisis bivariante encontramos asociación lineal inversamente proporcional al gasto farmacéutico con el número de sesiones anuales en las que se discuten los perfiles de prescripción farmacéutica de los médicos del centro de salud, el porcentaje de médicos que son mujeres, el de médicos generales que tienen título de médicos de familia y el porcentaje de enfermeras de equipo; y asociación lineal directamente proporcional con el porcentaje de población mayor de 65 años y la prescripción evitable por tarjeta sanitaria en pesetas.

En el análisis multivariante con regresión lineal múltiple el número de sesiones docentes/año sobre perfiles de prescripción, porcentaje de enfermeras de equipo, porcentaje de médicos generales con título de médico de familia y porcentaje de médicos generales y pediatras de cupo en el centro de salud explican un 71,2% de la variabilidad del gasto en farmacia de los centros de salud analizados (tabla 4).

Resultados

El gasto farmacéutico por centro varía en el área desde 145.256.000 (873.256,0 €) hasta 444.432.000 pts. (2.671.090,12 €) y la población atendida desde 6.830 hasta 27.128 personas. El gasto farmacéutico anual por persona de cada centro varía desde 9.670 (58,12 €) a 21.270 pts. (127,84 €) siendo la media de 14.360 (86,31 €) \pm 3.040 pts. (18,27 €).

Las características de personal y el funcionamiento de los centros se reflejan en las tablas 1 y 2. Había 7 centros de salud acreditados para la formación de residentes de medicina familiar y comunitaria en 1999. El porcentaje medio de población mayor de 65 años correspondiente a cada centro fue de 18,03 \pm 7,73, siendo el mínimo 5,92% y el máximo 21,27%.

El gasto farmacéutico/persona fue de 13.439 pts. (80,77 €) en los centros docentes y de 14.823 (89,09 €) en los no docentes. En los centros urbanos fue de 15.051 pts. (90,46 €)

Discusión

Debido a que existen diferencias muy grandes en el tamaño de los centros en cuanto al número de población atendida, se ha utilizado como variable resultado el gasto en farmacia de cada centro de salud por habitante y año para poder establecer comparaciones entre los distintos centros. De entre todas las variables incluidas en nuestro estudio, algunas de ellas (envejecimiento de la población, actividades formativas del EAP, médico de cupo o equipo, presión asistencial, centro docente para medicina de familia, contrato fijo o interino, formación de posgrado de los médicos generales, sexo del médico) se han descrito en otros estudios como factores influyentes en la prescripción farmacéutica del médico de atención primaria. Sin embargo, nuestro estudio es ecológico, siendo la unidad de análisis cada centro de salud con su composición en cuanto a personal sanitario y sus características de funcionamiento, mientras que en la mayoría de los estudios consultados⁴⁻⁷

Discusión
Cuadro resumen


Lo conocido sobre el tema

- El gasto en farmacia es uno de los mayores capítulos de gastos en un centro de salud.
- La prescripción farmacéutica está influida por factores dependientes de profesional, población, administración sanitaria e industria farmacéutica.
- Está abierto el debate sobre los factores que podrían explicar o predecir el gasto en farmacia.

Qué aporta este estudio

- Estudio ecológico sobre la influencia del funcionamiento, personal sanitario y población de los centros de salud sobre su gasto farmacéutico.
- Cada sesión de discusión sobre los perfiles de prescripción de los médicos del centro de salud disminuye su gasto en farmacia por habitante en 843 pts. (5,07 €).
- También disminuyen significativamente el gasto en farmacia por habitante un mayor porcentaje de enfermeras de equipo, de médicos generales con título de médico de familia y de médicos de cupo.

lo es el médico con sus características personales y su gasto en farmacia.

Los estudios de Benavent Areu et al⁹ y García-Sempere et al¹⁰ son también estudios ecológicos y tienen como unidad de análisis el centro de salud⁹ y la zona básica de salud¹⁰. En el primero⁹ la variable dependiente es el gasto en farmacia de los médicos generales del centro de salud dividido por la población ≥ 15 años, encontrándose correlación lineal en el análisis bivariante con la frecuentación, el porcentaje de población historiada, el índice de capacidad económica familiar, la razón de mortalidad comparada y la razón de años potenciales de vida perdidos, y en el análisis multivariante la regresión lineal múltiple explica un 94% de su variabilidad por el índice de capacidad económica familiar, el porcentaje de población ≥ 65 años y la frecuentación. En el segundo estudio¹⁰ la variable dependiente es el gasto farmacéutico promedio por habitante censal en cada zona básica de salud y existe correlación lineal de ésta con el porcentaje de personas ≥ 80 años, la tasa de defunciones por 1.000 habitantes, el porcentaje de personas sin estudios o con estudios primarios, el porcentaje de personas de 65-79 años y la distancia de la zona básica de salud a la capital. Un 44,5% de su variabilidad se explica mediante regresión lineal múltiple por la tasa de defunciones, el por-

centaje de población ≥ 80 años, el número de turismos por 100 habitantes y el de visitas al centro de salud por habitante y año. Ambos estudios incluyen variables de nivel socioeconómico y de morbilidad que no se han tenido en cuenta en nuestro estudio.

Mengíbar Torres⁴ obtiene en el análisis multivariante que el envejecimiento de la población incrementa el gasto sanitario y las actividades formativas del equipo de atención primaria lo disminuyen. Jiménez Puente et al⁵ encuentran en el análisis bivariante que el gasto farmacéutico por asegurado y día es mayor en los médicos de cupo que en los de equipo; sin embargo, no parece que hayan tenido en cuenta esta variable en el análisis multivariante en el que un mayor gasto farmacéutico por asegurado y día se relaciona con mayor presión asistencial, superior porcentaje de asegurados pensionistas (suponemos que la mayoría serán mayores de 65 años) y trabajo en un centro acreditado para la docencia de medicina familiar. Martínez Escudero et al⁶ hacen sólo análisis univariante y encuentran que un mayor gasto farmacéutico por habitante se asocia con situación de interinidad de los médicos y un menor gasto con ser médico de familia, no encontrando correlación con el envejecimiento de la población, con la presión asistencial o con el cumplimiento de cartera. Cabedo García et al⁷ obtienen un menor gasto farmacéutico por habitante en el análisis univariante cuando el médico es médico de familia y cuanto mayor es la presión asistencial. En el análisis multivariante, el hecho de ser médico de familia continúa siendo un factor que disminuye el gasto y el que el médico sea mujer resulta ser un factor que lo incrementa.

Puesto que el análisis multivariante es la técnica estadística que tiene en cuenta la influencia conjunta de todos los factores investigados, si nos centramos en nuestro análisis multivariante y el realizado por otros autores, y teniendo en cuenta que no partimos todos del mismo conjunto de variables independientes, coincidimos con los demás autores en que las actividades formativas del personal de atención primaria y la formación de posgrado en medicina de familia son factores que disminuyen el gasto farmacéutico; sin embargo, el envejecimiento de la población y la presión asistencial no resultan significativos en nuestro estudio, y quizá ello sea debido a que tenemos menos variabilidad ya que sólo contamos con 21 centros de salud como sujetos de estudio, frente a otros trabajos que consideran al médico como unidad de estudio. Por otra parte sólo en nuestro estudio hemos obtenido que tener un mayor porcentaje de médicos de cupo y un mayor porcentaje de enfermeras de equipo son factores que disminuyen el gasto.

El modelo de trabajo de las enfermeras del centro (equipo o cupo) puede influir en la organización del trabajo de los médicos, y esto influir a su vez en su prescripción. Entre los factores condicionantes de la prescripción de medica-

mentos, algunos médicos refieren a veces recetar en respuesta a la presión de los pacientes⁸ y para no dañar la relación médico-paciente¹⁴. Cuando hay escasez de tiempo para atender a cada paciente, esa presión puede ser muy difícil de manejar, pues dar explicaciones al paciente que disiente de nuestra opinión requiere tiempo. Por otra parte existen diferencias en la forma de trabajar entre los varones y mujeres médicos, de forma que parece que las consultas de las mujeres médicos tienden a durar más tiempo y en ellas se da mayor importancia a los aspectos psicosociales y se dedica más tiempo a la educación para la salud¹⁵. A pesar de no haber estudios que lo demuestren, quizá el personal de enfermería, que en su mayoría son mujeres, dedique una mayor parte de su tiempo a estos aspectos cuando disponen de tiempo y lugar para desarrollar su labor profesional de forma más autónoma. Por lo tanto, creemos que la existencia de enfermeras de equipo permite explorar mejor los aspectos psicosociales y llevar a cabo más educación para la salud, y esto podría repercutir en una menor demanda de medicamentos por parte de los pacientes.

El menor gasto en prescripción farmacéutica de los médicos de modelo tradicional podría deberse a que estos médicos, generalmente de mayor edad, suelen recetar medicamentos más antiguos y de menor coste, mientras que los más jóvenes tienden a ser más innovadores, utilizando por tanto medicamentos más caros.

De todos los factores analizados en este trabajo la realización de sesiones de discusión sobre la prescripción farmacéutica de los médicos del centro y la proporción de enfermeras de equipo son los factores más influyentes en el gasto en farmacia. Ambos son factores sobre los que es posible actuar, por lo que sería importante tenerlos en cuenta a la hora de plantear estrategias para la reducción del gasto farmacéutico innecesario.

No conocemos otros estudios en los que se haya encontrado una relación inversa entre enfermería de equipo y gasto farmacéutico; sería necesario confirmar esta relación con nuevos estudios que tuvieran como unidad de análisis el equipo asistencial básico médico/enfermera y desarrollar estudios que permitieran analizar los cambios en esta asociación.

Bibliografía

1. Guerra Aguirre J. Cartera de servicios y costes en atención primaria. *MEDIFAM* 1999;9:372-9.
2. Abánades Herranz JC, Cabedo García V, Cunillera Grañó R, García Díez JJ, Jolín Garijo L, Martín Bun M, et al. Factores que influyen en la prescripción farmacológica del médico de atención primaria. *Aten Primaria* 1998;22:391-8.
3. Caamaño F, Figueiras A, Gestal-Otero JJ. Condicionantes de la prescripción en atención primaria. *Aten Primaria* 2001;27:43-8.
4. Mengibar Torres FJ. Gasto farmacéutico en atención primaria reformada: implicación de las actividades formativas en el ahorro en farmacia. *Gaceta Sanitaria* 2000;14:277-86.
5. Jiménez Puente A, Ordóñez Martí-Aguilar MV, Córdoba Doña JA, Fernández Gómez MA. Factores relacionados con el gasto y la calidad de la prescripción farmacéutica en atención primaria. *Aten Primaria* 1995;16:131-6.
6. Martínez Escudero JA, Baeza Berruti JE, Rubio-Manzanares Bermejo JA, Palacios López MC. Impacto de un programa de uso racional del medicamento sobre la prescripción farmacéutica en un área de salud. *Aten Primaria* 1996;18:551-7.
7. Cabedo García VR, Poveda Andrés JL, Peiró Moreno S, Nacher Fernández A, Goterris Pinto MA. Factores determinantes del gasto por prescripción farmacéutica en atención primaria. *Aten Primaria* 1995;16:407-16.
8. Carthy P, Harvey I, Brawn R, Watkins C. A study of factors associated with cost and variation in prescribing among GPs. *Familily Practice* 2000;17:36-41.
9. Benavent Areu J, Bordas Julve JM, Casajuana Brunet J, Romea Lecumberri S. Asignación del presupuesto de farmacia a los centros de salud. *Aten Primaria* 1996;18:116-21.
10. García-Sempere A, Peiró S. Gasto farmacéutico en atención primaria: variables asociadas y asignación de presupuestos de farmacia por zonas de salud. *Gaceta Sanitaria* 2001;15:32-40.
11. Calvo Müller R, Mataix Sanjuán A, Castaño Asenjo JC, Alonso Rodríguez E, Millara Lago C, Serrano Cano C. ¿Qué variables deberían tenerse en cuenta al asignarnos el presupuesto de farmacia? *Cuadernos de Gestión* 2001;7:54-7.
12. Mora Guio F, Calvo Alcántara MJ, Oncina de Marcos T, Marcos Alonso MP, Jiménez Ferrer C, Chocron Bentata L. Criterios de asignación del presupuesto de farmacia a los equipos de atención primaria de un área sanitaria. *Cuadernos de Gestión* 2000;6:201-7.
13. Catalán Ramos A, Madridejos Mora R, Font i Pous M, Pané Mena O, Jiménez Villa J, Huguet Recasens M. Factores asociados a la prescripción de medicamentos. *Gaceta Sanitaria* 1989;3:497-501.
14. Bradley CP. Factors which influence the decision whether or not to prescribe: the dilemma facing general practitioners. *Br J Gen Pract* 1992;42:454-8.
15. Hernández-Monsalve LM, García Olmos LM, Pérez Fernández MM, Gervas J. Influencia del sexo del médico y del paciente en la entrevista clínica. *Aten Primaria* 1992;10:719-24.