

VARIABLES explicativas del gasto evitable generado por la no prescripción de la especialidad equivalente de menor precio

F. Caamaño^a / A. Figueiras^a / E. Lado^a / J.J. Gestal-Otero^{a,b}

^aDepartamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de Santiago de Compostela.

^bServicio de Medicina Preventiva. Hospital Clínico Universitario de Santiago.

Correspondencia: Francisco Caamaño Isorna. Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. Facultad de Medicina. C/ San Francisco, s/n. 15705 Santiago de Compostela. A Coruña. Correo electrónico: mrpaco1@usc.es

Recibido: 16 de junio de 2001

Aceptado: 22 de octubre de 2001

(Explanatory variables of avoidable cost produced by not prescribing a cheaper equivalent drug)

Resumen

Objetivo: Identificar las variables explicativas del gasto evitable por la no prescripción de la especialidad de menor precio.

Métodos: Se diseñó un estudio transversal sobre la población de médicos generales de atención primaria de Galicia (n = 1.500). Se seleccionó una muestra de 405 sujetos. Se recogieron las siguientes variables independientes a través de cuestionario postal: especialidad del médico, percepción de la calidad de las distintas fuentes de información de medicamentos, integración en equipos de atención primaria y número de pacientes. Las características del entorno fueron obtenidas a través de fuentes secundarias. Se generaron dos modelos de regresión múltiple utilizando como variables dependientes dos indicadores basados en el gasto evitable generado por la no prescripción de la especialidad esencialmente similar de menor precio.

Resultados: El porcentaje de respuesta fue del 77,4%. La eficiencia de la prescripción no se encontró asociada con el nivel de formación del médico ni con las variables de utilización y de calidad atribuida a la información comercial o institucional. Tampoco la variable modelo sanitario resulta significativa. Únicamente el número de cartillas y el porcentaje de cartillas de pensionista muestran significación estadística.

Conclusiones: Los resultados del estudio sugieren la escasa importancia que los médicos conceden a la eficiencia en la prescripción. Así, con el fin de disminuir el gasto evitable por la no prescripción de la especialidad esencialmente similar de menor precio se debería reorientar los planes de estudios en la línea de asegurar que sus contenidos reflejen las prioridades sanitarias nacionales y los recursos existentes.

Palabras clave: Atención primaria. Prescripción. Eficiencia. Gasto farmacéutico. Estudio transversal.

Summary

Objective: To identify the explanatory variables of avoidable cost produced by not prescribing a cheaper equivalent drug.

Methods: We conducted a cross-sectional study of 1,500 primary care physicians in Galicia (northwest Spain). The sample consisted of 405 primary care physicians. The following independent variables were collected through a postal questionnaire physicians' training and specialty, physicians' perception of the quality of available drug information sources, type of practice, and number of patients. The environmental characteristics of the practice were obtained from secondary sources. Multiple regression models were constructed using as dependent variables two indicators based on unnecessary cost produced by not prescribing cheaper equivalents.

Results: The response rate was 77,4%. No association was found between prescription efficiency and the level of the physician's training, or with the variables of utilization or the quality of commercial and institutional information. The variable of health model was not significant. The only statistically significant variables were the number of identification cards and the percentage of pensioners' identification cards.

Conclusions: The results of this study suggest that physicians attach little importance to prescription efficiency. Thus, to decrease avoidable cost produced by not prescribing a cheaper equivalent drug, the medical curriculum should be modified to ensure that its contents reflect national health priorities and current resources.

Key words: Primary care. Quantitative prescription. Pharmaceutical cost. Cross-sectional study.

Introducción

En los últimos años se ha asistido a la crisis de los sistemas sanitarios financiados públicamente. La ampliación de las coberturas sanitarias y el coste de las nuevas técnicas diagnósticas y terapéuticas, junto al envejecimiento de la población, son los responsables de esta situación. Así, el gasto farmacéutico es, en la actualidad, una de las principales preocupaciones de los gestores sanitarios, y su contención uno de los principales objetivos de las Administraciones sanitarias de los países occidentales¹⁻³.

Paradójicamente, en general los profesionales médicos no han sido formados en la importancia de racionalizar el gasto farmacéutico, sobre todo en un sistema público, donde lo óptimo social debe primar en las decisiones terapéuticas del clínico. Además, los facultativos tienen escasa información sobre el precio de los fármacos y deficiente formación en bioética y en economía de la salud⁴⁻⁹, lo cual explica la habitual tensión entre la perspectiva epidemiológica, tan popular entre los planificadores sanitarios, y la visión clínica del médico. Así, cuando en su práctica diaria los profesionales sanitarios tengan que ponderar los principios de justicia y beneficencia, probablemente otorgarán más importancia a esta última.

En este contexto, aprovechar la competencia de precios del mercado farmacéutico con el objetivo de reducir costes, sin comprometer en modo alguno la calidad de la asistencia prestada, puede constituir una práctica legítima y ética que contribuya a una mejor utilización de los recursos que la sociedad destina a la sanidad¹⁰. A pesar de ello, son escasos los estudios realizados en nuestro entorno que analicen la eficiencia de la prescripción.

El objetivo de este estudio es identificar los factores de formación del médico, de utilización de fuentes de información de medicamentos, de la carga asistencial y del entorno sociodemográfico del médico relacionados con la eficiencia de la prescripción.

Método

Diseño, población y muestra

Se diseñó un estudio transversal sobre la población de médicos generales de atención primaria (AP) de Galicia (n = 1.500). De esa población se extrajo una muestra de 405 sujetos. Esta muestra se obtuvo me-

dante muestreo aleatorio estratificado; se dividió el marco muestral en 4 áreas geográficas, y en cada una de ellas se realizó un muestreo aleatorio simple extrayendo un número de unidades proporcional a la población.

Recogida de datos

Las principales variables independientes se recogieron a través de un cuestionario postal autocompletado. El cuestionario fue enviado a una muestra de médicos, acompañado de una carta de presentación en la que se definían los objetivos del estudio y la importancia de la participación¹¹. Junto a la carta de presentación y al cuestionario también se incluyó un sobre libre de franqueo para facilitar su devolución¹². En octubre de 1992 se procedió a realizar el primer envío, y a los sujetos que no contestaron se les hizo llegar otro cuestionario, y así sucesivamente hasta completar un total de 4 envíos. El último se efectuó en febrero de 1993.

Fueron excluidos del estudio aquellos sujetos cuyo cuestionario venía devuelto por el servicio de correos, los jubilados, los que desarrollaban su actividad en urgencias, o aquellos médicos que no hubiesen trabajado al menos durante medio año y realizado un número mínimo de prescripciones.

El cuestionario valoraba 60 ítems distribuidos en una única página. Se hizo hincapié en su brevedad, pues resulta un elemento fundamental en la motivación de la respuesta¹³. La primera parte del cuestionario incluía datos de filiación como edad, sexo, año de finalización de la carrera, especialidad y asistencia a cursos de farmacología. En la segunda parte, se pedía a los médicos que valorasen la calidad y la influencia sobre la selección de fármacos de distintas fuentes de información (propaganda, visitantes médicos, congresos y revistas). La tercera y última parte incluía preguntas sobre el entorno sanitario donde el médico desarrolla su actividad: modelo asistencial, número de cartillas atendidas, presión asistencial, accesibilidad de los usuarios y proximidad al centro hospitalario, todas ellas potenciales condicionantes de la prescripción. Otras variables que pueden condicionar la presión del usuario, como porcentaje de paro o la pirámide de población, se obtuvieron a través de fuentes secundarias.

Además, se remitió a los facultativos un anexo al cuestionario a fin de facilitar su entendimiento y compleción. El cuestionario está a disposición del lector por petición expresa a los autores.

Las variables dependientes provienen de la base de datos de facturación del año 1993 del Servicio Nacional de Salud, en la que se incluyen todas las recetas dispensadas en las farmacias de Galicia.

Definición de variables

Variables independientes. Se preguntó a los médicos sobre la información suministrada por los visitantes médicos, en cuanto a su calidad, influencia y utilización. Los dos primeros aspectos se midieron usando una escala de Likert de 4 puntos estableciendo una escala de «nula» a «elevada», mientras que para la medida del uso se utilizó una variable dicotómica (1: sí; 0: no).

Para valorar el nivel de especialización de los médicos, se preguntó a los facultativos en relación con su formación MIR y con su especialidad en Medicina Familiar y Comunitaria. Para ello se utilizaron sendas variables dicotómicas (1: sí; 0: no). El modelo con que los médicos trabajan fue clasificado y codificado del siguiente modo: (0) modelo tradicional, y (1) modelo reformado.

También se incluyeron en los modelos distintas variables sociosanitarias potencialmente confusoras: número y tipo de cartillas atendidas, y la demanda asistencial, medida como el número de pacientes recibidos al día.

Además, se midieron dos variables del entorno: porcentaje de residentes nacidos en el municipio (indicador de ruralidad, los mayores porcentajes se asocian a municipios rurales), y el porcentaje de desempleo (indicador socioeconómico). Estas variables fueron medidas en el municipio, por lo que presentan carácter ecológico.

Por último, a partir de la distribución de la prescripción en los 12 meses del año y de los meses trabajados por cada facultativo, se generó una nueva variable, tiempo trabajado, que mide el tiempo trabajado por cada médico ponderando las diferencias estacionales en la prescripción.

Variables dependientes. Se consideraron las 745 especialidades más prescritas, que suponían el 75% de las prescripciones de la muestra de médicos. A cada una de estas especialidades se le asoció la especialidad esencialmente similar (EES) de menor coste, siguiendo los siguientes criterios: igual composición cualitativa y cuantitativa por dosis, igual excipiente, igual forma farmacéutica e igual número de dosis. No se consideraron sustituibles por la EES de menor coste las especialidades con principios activos con particulares características de biodisponibilidad (insulina, digoxina, etcétera).

Se cuantificó el gasto evitable generado por cada uno de los médicos como consecuencia de la no prescripción de la EES de menor coste. Para ello se calculó la diferencia entre el precio de la especialidad prescrita por el médico y la EES de menor coste. A las especialidades no sustituibles se les asoció un gasto evitable igual a cero.

Se crearon dos indicadores: a) porcentaje de gasto evitable en las especialidades del percentil 75 (GI-1),

definido como el porcentaje que representa el gasto evitable en las prescripciones de las especialidades del percentil 75, frente al gasto total del percentil 75, y b) porcentaje de gasto evitable en las especialidades sustituibles del percentil 75 (GI-2), definido como el porcentaje que representa el gasto evitable en las prescripciones de las especialidades del percentil 75, frente al gasto total de las especialidades sustituibles del percentil 75.

Métodos estadísticos

En las variables recogidas a través del cuestionario, cierta proporción de datos presentaba *missings* (9,1% para las variables incluidas en los modelos). Varios estudios han demostrado que el análisis de los datos completos o la imputación a la media puede resultar sesgado, y que la imputación de los *missings* mediante imputación múltiple resulta más adecuada¹⁴. La imputación múltiple se realizó mediante el paquete SOLAS¹⁵.

Se realizó un análisis descriptivo univariante y bivariante. Se elaboró un modelo de regresión múltiple para cada variable dependiente: GI-1 y GI-2. Se crearon modelos máximos, de acuerdo con el modelo teórico, de los que se eliminaron las variables que no presentaban efecto sobre la variable dependiente y que no ejercían efecto confusor con relación a las restantes de variables independientes. Una vez definidas las variables que componían el modelo, se valoraron las posibles modificaciones de efecto entre variables.

Resultados

De los 405 facultativos que componían la muestra, 16 médicos fueron bajas y 48 no trabajaron durante el año. De los 341 médicos susceptibles de devolver el cuestionario lo hicieron 264 (77,4% de participación). Los modelos incluyen a 234 médicos, ya que 30 clínicos trabajaron menos de medio año o realizaron un número anormalmente bajo de prescripciones.

En la tabla 1 se presenta la descripción de las principales variables independientes. Los especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC) constituían el 23,2% de la muestra. En cuanto al modelo organizativo, el 40,2% de los facultativos desarrolla su actividad profesional en equipos de AP.

Cada facultativo de la muestra ha generado un gasto evitable en las prescripciones del percentil 75 de 487.851 ptas. (intervalo de confianza [IC] del 95%, 458.060-517.626). Esta cantidad representa para la media de los facultativos el 4,1% del gasto anual generado en el percentil 75 de las prescripciones (IC del

Tabla 1. Descripción de las principales variables independientes y del entorno sociosanitario

VARIABLES	IC del 95%	
Media de años desde el término de la licenciatura	14,7	(13,63-15,83)
Índice de masculinidad (%)	71,0	(66,91-77,02)
Especialistas vía MIR (%)	12,1	(8,14-16,65)
Especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria (%)	23,2	(17,60-28,50)
Médicos integrados en equipos de atención primaria (%)	40,2	(33,80-46,51)
Media de cartillas por médico	1.115,8	(1.041,3-1.190,4)
Cartillas de pensionista por médico (%)	44,0	(41,62-46,74)
Media de pacientes por día	36,49	(34,7-38,3)
Media de pacientes por hora de consulta	10,6	(9,91-11,30)
Número total de facultativos	1.500	—
Médicos por 1.000 habitantes	0,55	—
Población total atendida (en millones)	2,8	—

IC: intervalo de confianza.

95%, 3,4-4,8). En cuanto a la variable GI-2, este gasto representa para la media de los facultativos de la muestra un 13,7% (IC del 95%, 13,5-13,9).

En la tabla 2 se exponen los modelos multivariantes de regresión múltiple que miden la influencia de la formación del médico, la calidad de las fuentes de información y el entorno de trabajo sobre las dos variables dependientes consideradas, GI-1 y GI-2. Tan sólo las variables número de cartillas y porcentaje de car-

tillas de pensionista presentan asociación estadísticamente significativa con las variables dependientes.

Discusión

Los resultados del estudio demuestran que la eficiencia de la prescripción no se encuentra asociada al nivel de formación del médico ni a las variables utilización y calidad atribuida a la información comercial o institucional. Tampoco la variable modelo sanitario en el que desarrolla su actividad el colegiado ha presentado una asociación significativa con las variables dependientes. Tan sólo el número de cartillas y el porcentaje de cartillas de pensionista atendidas por el colegiado se muestran asociados al gasto evitable. Estos resultados contrastan con los encontrados en la misma muestra de médicos y en el mismo estudio al considerar como variables dependientes la cantidad¹⁶ y calidad de prescripción¹⁷.

Varios autores han señalado la deficiente formación del médico en temas de economía de la salud, además del escaso conocimiento sobre el precio de los fármacos^{4,5,18}. Ortún y Rodríguez¹⁹ apuntan la importancia de reorientar los planes de estudios en la línea de asegurar que sus contenidos reflejen las prioridades sanitarias nacionales y los recursos existentes. En nuestro estudio, la mayor formación del médico no ha demostrado estar asociada a un menor gasto evitable. Por el contrario, en los modelos de calidad y cantidad estas va-

Tabla 2. Influencia de la formación del médico, de la calidad de las fuentes de información y del entorno de trabajo en el porcentaje de gasto evitable de las especialidades del percentil 75 (GI-1), y en el porcentaje de gasto evitable de las especialidades sustituibles del percentil 75 (GI-2). Coeficientes de regresión (Coef.), intervalos de confianza (IC) del 95% y significación estadística (p)

	Análisis multivariante*					
	Especialidades del percentil 75 ^a			Especialidades sustituibles del percentil 75 ^b		
	Coef.	IC del 95%	p	Coef.	IC del 95%	p
Años desde el término de la licenciatura	-0,00001	-0,00012-0,0001	0,976	0,0122	0,0144; 0,0388	0,365
Especialidad en Medicina Familiar y Comunitaria ^c	-0,0010	-0,0036; 0,00166	0,470	-0,4471	-0,6548; 0,5018	0,794
Especialidad vía MIR ^c	-0,0010	-0,0025; -0,0506	0,563	-0,0765	-1,2285; 0,3341	0,250
Calidad de la información comercial ^d	-0,00064	-0,0018; 0,00054	0,286	-0,1608	-0,4215; 0,0998	0,225
Integrado en equipo de atención primaria ^e	0,00094	-0,0011; 0,0030	0,359	0,1150	-0,3322; 0,5622	0,613
Número de cartillas	0,000025	0,000002; 0,000005	0,031	0,0009	0,00038; 0,0014	0,007
Porcentaje de cartillas de pensionistas	0,000048	0,000009; 0,000088	0,016	0,00183	0,00447; 0,0219	0,002
Porcentaje de RNM	-0,000005	-0,000074; 0,000064	0,889	-0,009	-0,0169; 0,01333	0,812

*Ajustada por todas las variables incluidas en la tabla y por el porcentaje de prescripciones incluidas en el percentil 75 de cada facultativo.

^aLey de distribución de residuales N (4,6E-5; 12,5).

^bLey de distribución de residuales N (3,2E-7; 2,9).

^c0: no; 1: sí.

^dMedida en escala de Likert (0: nula; 4: elevada).

RNM: residentes nacidos en el municipio.

riables presentan un efecto positivo sobre la prescripción^{16,17}, presentándose incluso un efecto sinérgico entre la especialización en MFyC y la especialización vía MIR¹⁷.

Además de la formación académica, con el paso de los años la actualización profesional constituirá también un importante condicionante de la prescripción²⁰. Así, los modelos de calidad apuntan un efecto positivo de la mayor credibilidad otorgada a las fuentes de información independientes, mientras que la utilización y la mayor valoración de la información comercial parecen asociarse a una peor prescripción^{16,17}. Por el contrario, estas mismas variables no parecen presentar efecto sobre la eficiencia de la prescripción.

El hecho de que la utilización de la guía farmacológica tampoco se asocie a una mayor optimización del gasto apunta a que éste tampoco parece ser un criterio tenido en cuenta en su elaboración. En otros países como EE.UU. y Reino Unido las guías farmacológicas incluyen datos sobre la relación coste-efectividad de los distintos fármacos, lo cual puede contribuir a una mayor eficiencia de la prescripción. En este sentido, Miller y Blum⁵ señalan la necesidad de que la información sobre el precio de los medicamentos esté disponible y sea fácilmente accesible para los médicos generales, ya que esta información se ha mostrado capaz de modificar los hábitos prescriptores de los colegiados.

En relación con el modelo en que el médico desarrolla su actividad, los modelos de eficiencia no apuntan mejores indicadores para los profesionales integrados en equipos de AP. Por el contrario, en los modelos de calidad y cantidad el trabajo en equipos de AP sí se asocia a mejores pautas prescriptoras^{16,17}. Probablemente esta mejor calidad de prescripción esté relacionada tanto con la mayor integración de los colegiados en el Sistema Sanitario como con el mayor contacto entre colegas²¹, todo lo cual tiende a disminuir la influencia de la industria farmacéutica. Otros autores apuntan como causas de la mejor calidad de la prescripción encontrada en los equipos de AP las distintas actitudes y creencias de los colegiados²². En cualquier caso, ninguna de estas variables parece condicionar la elección de la especialidad esencialmente similar de menor precio, probablemente debido a que la eficiencia de la prescripción no constituye aún una preocupación para los facultativos de AP.

En nuestro estudio, el número de cartillas atendidas por el clínico y el porcentaje que representan los pensionistas son las únicas variables que muestran asociación con la variable gasto evitable, encontrándose una relación directa en ambos casos. Probablemente un mayor cupo pueda deberse al menor tiempo que puede dedicar el facultativo a cada paciente, por lo que éste tiende a recetar las especialidades más conocidas, mientras que los facultativos con un menor cupo pueden tener mayor oportunidad de considerar su prescripción. El mayor gasto evitable asociado al mayor porcentaje de cartillas de pensionista probablemente se relacione con que este grupo poblacional es más reactivo a la sustitución de su medicación, por lo que el médico tenderá a mantenerla.

Además, en el estudio se ha considerado la variable porcentaje de residentes nacidos en el municipio (indicador de ruralidad), medida a escala municipal. Diversos autores han encontrado mayor prescripción asociada a entornos rurales, resultados que relacionaron con la mayor disposición para acudir al médico, debido tanto al menor coste de oportunidad como a la mayor sensación de desprotección asociada al aislamiento²³. Por el contrario, en nuestro estudio la ruralidad no parece asociarse con la eficiencia de la prescripción. En cualquier caso, la posible falacia ecológica obliga siempre a una interpretación prudente del efecto de este tipo de variables.

Los resultados de este estudio apuntan a la imperiosa necesidad de incrementar la formación en economía de la salud de los profesionales médicos, así como la necesidad de modificar las actitudes y prácticas de estos profesionales de la salud en cuanto a la elección de las especialidades esencialmente similares de menor coste. Probablemente esta modificación de actitudes y prácticas podría ser potenciada a través de refuerzos positivos como la incentivación económica a la prescripción más eficiente.

Agradecimientos

Nuestro sincero agradecimiento al FIS (94/1058) por la financiación del estudio y a M.^a Xesús Cebro por la corrección de estilo.

Bibliografía

1. Bloor K, Freemantle N. Lessons from international experience in controlling pharmaceutical expenditure. II: influencing doctors. *Br Med J* 1996; 312: 1525-1527.
2. Bloor K, Maynard A, Freemantle N. Lessons from international experience in controlling pharmaceutical expenditure. III: regulating industry. *Br Med J* 1996; 313: 33-35.
3. Sloan FA, Grabowski HG. Introduction and overview. *Soc Sci Med* 1997; 45: 505-510.
4. Walzak D, Swindells S, Bhardwa JA. Primary care physicians and the cost of drugs: a study of prescribing practices based on recognition and information sources. *J Clin Pharmacol* 1994; 34: 1159-1163.

5. Miller LG, Blum A. Physician awareness of prescription drug costs: a missing element of drug advertising and promotion. *J Fam Pract* 1993; 36: 33-36.
6. Glickman L, Bruce EA, Caro FG, Avorn J. Physicians' knowledge of drug costs for the elderly. *JAGS* 1994; 42: 992-996.
7. Kaveh T, Safavi MD, Rodney A, Hayward MD. Choosing between apples and apples: physicians' choices of prescription drugs that have similar side effects and efficacias. *J Gen Inter Med* 1992; 7: 32-37.
8. Gómez B, Trilla A, Vernet E et al. ¿Conocen los médicos el coste de los tratamientos y pruebas que solicitan? *Rev Clin Esp* 1996; 196: 523-527.
9. Fowkes FGR. Doctors knowledge of the costs of medical care. *Med Edu* 1985; 19: 113-117.
10. Caamaño F, Figueiras A, Pardo de Vera G. ¿Debemos optar por el medicamento esencialmente similar de menor precio? *Gac Sanit* 2001; 15: 287-288.
11. Figueiras A, Tato F, Fontañás J, Caamaño F, Gestal-Otero JJ. Influencia de una posdata manuscrita en el porcentaje de una encuesta postal dirigida a Médicos. *Gac Sanit* 1996; 10: 113.
12. Figueiras A, Montes A, Gestal-Otero JJ. Participación de los médicos en encuestas por correo. *Med Clin (Barc)* 1997; 109: 553-561.
13. Cartwright A. Professionals as responders: variations in and effects of response rates to questionnaires, 1961-77. *Br Med J* 1978; 2: 1419-1421.
14. Greenland S, Finkle WD. A critical look at methods for handling missing covariates in epidemiologic regression analyses. *Am J Epidemiol* 1995; 142: 1255-1264.
15. SOLAS for missing data analysis 1.0. Copyright 1997 by Statistical Solutions, Ltd.
16. Figueiras A, Caamaño F, Gestal-Otero JJ. Influence of Commercial Information on Prescription quantity in primary care. *Eur J Publ Health* (en prensa).
17. Figueiras A, Caamaño F, Gestal-Otero JJ. Influence of physician's education, drug information, and medical-care settings on quality of prescribed drugs. *Eur J Clin Pharmacol* 2000; 56: 247-254.
18. Ryan M, Yule B, Bond C, Taylor RJ. Scottish general practitioners' attitudes and knowledge in respect of prescribing costs. *Br Med J* 1990; 300: 1316-1318.
19. Ortún Rubio V, Rodríguez Artalejo F. De la efectividad clínica a la eficiencia social. *Med Clin (Barc)* 1990; 95: 385-388.
20. Caamaño F, Figueiras A, Gestal Otero JJ. Factores condicionantes de la prescripción en Atención Primaria. *Aten Primaria* 2001; 27: 43-48.
21. Wilson CW, Banks JA, Mapes RE et al. Influence of different sources of therapeutic information on prescribing by general practitioners. *Br Med J* 1963; 12: 599.
22. Ubokudom SE. The association between the organization of medical practice and primary care physician attitudes and practice orientations. *Soc Sci Med* 1998; 46: 59-70.
23. Espigares M, Montes G, Altimiras J, Iglesias JM, Brioso F. Factores predictivos de la prescripción farmacéutica: perfil del médico hiperprescriptor. *Gac Sanit* 1994; 8: 25-29.