

Influencia del desgaste profesional en el gasto farmacéutico de los médicos de atención primaria

J. Cebrià^a / J. Sobrequés^b / C. Rodríguez^b / J. Segura^b

^aEAP ICS- Granollers Sur. Barcelona. Universitat Ramon Llull. FPCE Blanquerna. Barcelona. España.

^bGrupo Comunicación y Salud. España.

El presente estudio ha recibido una ayuda del FIS (n.º 99/0946).

Correspondencia: J. Cebrià Andreu. CAP Sant Miquel. EAP Granollers Sud ICS. Avda. Francesc Macià, 154. 08400 Barcelona. España. Correo electrónico: jordicebriaa@blanquerna.url.es

Recibido: 8 de octubre de 2002.

Aceptado: 7 de abril de 2003.

(Influence of burnout on pharmaceutical expenditure among primary care physicians)

Resumen

Objetivo: Determinar la influencia sobre el gasto farmacéutico por asegurado (GFPA) en atención primaria de salud de diversos factores relacionados con las características personales y profesionales de los médicos generales, y su nivel de desgaste profesional.

Método: Estudio observacional transversal de 220 médicos de atención primaria de la provincia de Barcelona a quienes, por medio de entrevista directa, se administró un cuestionario validado y estructurado en dos partes: datos generales (sociodemográficos y profesionales), y desgaste profesional (Maslach Burnout Inventory [MBI]) en el año 2000. De forma paralela, se solicitaron los datos de gasto farmacéutico de los profesionales participantes en las direcciones de atención primaria correspondientes.

Resultados: El gasto farmacéutico (GF) medio fue de 264.627,22 euros (intervalo de confianza [IC] del 95%, 252.669,82-276.584,63) y el GFPA fue de 152,36 euros (IC del 95%, 145,73-158,99). El estudio pormenorizado de las características sociodemográficas y de actividad de los profesionales mostró una asociación positiva con el GFPA en los siguientes casos: conforme la edad del profesional es mayor, cuando el número de años trabajados en la atención primaria aumenta, cuando la plaza laboral es fija, cuando los profesionales trabajaban en varios centros, si los profesionales no trabajaban en centros acreditados para la docencia, en el ámbito de la práctica urbana, y cuando hay un nivel alto de cansancio emocional.

Conclusiones: El médico de familia soporta en mayor o menor intensidad tensiones en diferentes niveles de su actividad asistencial. La acumulación de tensiones va provocando un desgaste emocional que complica la toma de decisiones en el momento de la prescripción farmacéutica, lo que tiende a cerrar un círculo vicioso. De este modo, los profesionales con mayor desgaste profesional pueden, en ocasiones, compensar la falta de recursos psicológicos que esta situación comporta con una gestión menos eficiente del gasto farmacéutico de sus prescripciones.

Palabras clave: Atención primaria. Desgaste profesional. Gasto farmacéutico. Calidad.

Abstract

Objective: To determine the influence of various factors related to primary care physicians and their level of burnout on pharmaceutical expenditure per policy-holder (PEP-H).

Method: We performed a cross-sectional study of 220 primary care physicians in the province of Barcelona in 2000. A structured and validated questionnaire was administered through direct interview. The questionnaire was divided into two parts: general sociodemographic and professional data, and the Maslach Burnout Inventory (MBI). At the same time, data on primary care physicians' pharmaceutical expenditure was collected from their corresponding health districts.

Results: The mean pharmaceutical expenditure was 264,627.22 euros (95% CI, 252,669.82-276,584.63) and the PEP-H was 152,36 euros (95% CI, 145,73-158,99). The variables associated with greater PEP-H were older age of the primary care physician, greater number of years of service in primary care, permanent work contract, primary care physicians who worked in several centers at the same time, primary care physicians who did not work in accredited teaching centers, urban centers, and high levels of emotional exhaustion in the MBI.

Conclusions: Primary care physicians are subject to various degrees of stress in their daily work. Accumulation of these psychological stressors provokes emotional exhaustion, which complicates decision making when writing prescriptions and tends to lead to a vicious circle. Thus, primary care physicians with a high level of burnout could, on a variety of occasions, compensate for this lack of psychological resources by less efficient management of pharmaceutical expenditure when prescribing.

Key words: Primary care. Burnout. Pharmaceutical expenditure. Quality.

Introducción

El médico de atención primaria genera, en su relación asistencial con el paciente, importantes gastos en materia de prescripción farmacéutica. La naturaleza pública de la cobertura sanitaria, en nuestro país, hace que el interés económico derivado de esta actividad trascienda al ámbito sanitario y de la industria farmacéutica, para afectar a la sociedad en general¹.

El gasto de medicamentos ascendió en el año 2001 a 1,2 billones de pesetas, lo que supone un incremento del 7,93% respecto al año anterior². Por consiguiente, la importancia de estas cifras radica en su volumen y en el continuo crecimiento en los últimos años, por encima del PIB.

Las razones principales que sustentan dicho gasto son el aumento de la prescripción de recetas y la subida de su precio medio. Año tras año se obtienen incrementos en dichos índices en el Sistema Nacional de Salud, sin que se muestren suficientes los acuerdos suscritos entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y la asociación empresarial Farmaindustria para la elaboración y la ejecución de un plan integral de medidas de control del gasto farmacéutico y uso racional del medicamento³.

La utilización racional de medicamentos y de cualquier recurso sanitario sin los criterios de evidencia científica y eficiencia clínica supone un elevado coste de oportunidad para todos los ciudadanos¹ y tiene implicaciones en la calidad asistencial⁴.

Los factores que influyen en la prescripción médica han sido muy estudiados por su relación directa con el GF, aunque su interpretación es compleja, como lo demuestra el hecho de que los resultados presentados en la bibliografía no son siempre coincidentes. Entre las variables más estudiadas se encuentran los factores demográficos (frecuentación y porcentaje de pensionistas en el cupo), el nivel de formación⁵ y la industria farmacéutica⁶⁻⁹.

A pesar de la creciente preocupación por la calidad de los servicios ofertados en atención primaria y la existencia de indicios de que el desgaste del profesional influye negativamente en la misma, no hemos encontrado estudios que exploren su relación con el gasto farmacéutico.

El desgaste profesional o síndrome de *burnout* se conceptualiza como una respuesta al estrés laboral crónico, y parece afectar en mayor o menor medida a un amplio colectivo profesional¹⁰. La desmotivación, el desinterés, el malestar interno o la insatisfacción laboral son algunos de los aspectos que caracterizan este síndrome. No hay un consenso global para la explicación del síndrome de desgaste profesional. Una de las teorías con más aceptación es la proporcionada por

Maslach¹¹ en la que el síndrome de desgaste profesional estaría caracterizado por tres dimensiones interrelacionadas: el agotamiento emocional, la despersonalización y la realización personal.

Al margen de las importantes asociaciones descritas con los factores demográficos de la población, el objetivo del presente estudio fue describir el gasto farmacéutico por asegurado (GFPA) de atención primaria y analizar su relación con el síndrome de *burnout* (BO).

Método

La población de estudio estaba formada por los profesionales de 93 centros de atención primaria de la ciudad de Barcelona y de las comarcas del norte de la provincia: Barcelona ciudad, Maresme, Vallès Oriental, Vallès Occidental, Osona, Bages y Berguedà. Éstos centros fueron seleccionados porque representaban diferentes tipos existentes en la provincia de Barcelona y en función de una mejor organización de sus sistemas de información.

Los sujetos estudiados debían cumplir los requisitos de ser médicos de atención primaria con más de 3 años de antigüedad y estar en activo en el momento del estudio. Los odontólogos y los pediatras fueron excluidos. El total de médicos que cumplían estos criterios de los 93 centros participantes era de 220.

Se utilizaron datos procedentes de tres fuentes de información, de las cuales había dos que eran cuestionarios y una de actividad profesional:

1. *Un cuestionario de datos generales que contenía preguntas sobre la situación personal y profesional de cada persona entrevistada.* Para caracterizar la situación laboral se preguntaba si el tipo de contrato laboral era fijo o interino, los años de experiencia profesional y los que había trabajado en el centro que ahora se encontraba ejerciendo la actividad laboral. También se ha explorado si ejerce como médico en otros centros, públicos o privados. Para describir el centro donde el médico desarrollaba su actividad principal se preguntaba si se trataba de titularidad pública (ICS) o privada, reformado, y si estaba acreditado para la docencia de medicina de familia y comunitaria (MFyC). La última pregunta del cuestionario permitía al encuestado, si así lo deseaba, recibir el resultado de los cuestionarios de satisfacción y desgaste profesional.

2. *El Maslach Burnout Inventory (MBI)*¹². Este cuestionario fue validado por Maslach y Jackson, y su versión definitiva apareció en 1986. Se utilizó una versión traducida y validada de la original que ya ha sido utilizada en numerosos estudios realizados en España^{3,8,16}.

Se trata de un cuestionario de 22 ítems con 7 opciones de respuesta (escala Likert de 0 a 6), que con-

tiene las siguientes subescalas: cansancio emocional (CE) (sentimiento del sujeto respecto a encontrarse saturado emocionalmente por el trabajo); despersonalización (DP) (respuesta fría e impersonal hacia los pacientes), y realización personal (RP) (sentimientos de competencia y eficacia en la realización del trabajo).

Las puntuaciones de la escala total se obtienen al sumar los valores de los 22 ítems. Como puntos de corte se siguieron los criterios utilizados por otros autores. El percentil 75 divide las categorías en alto y bajo. Las subescalas de cansancio emocional y despersonalización indican un mayor desgaste a mayor puntuación. La realización personal funciona en sentido inverso, y las puntuaciones bajas indican un mayor desgaste. Para el análisis de las subescalas, se adaptaron los resultados a una escala de 0 a 100 mediante el porcentaje de puntos obtenidos sobre los posibles.

3. *Datos de actividad.* Las antiguas DAP nos proporcionaron los datos de gasto farmacéutico de los médicos generales de manera codificada.

Se consideró que el método de encuesta por correo podía producir un sesgo en la respuesta que desvirtuase los resultados, por lo que se optó por la encuesta directa por entrevista personal o grupal. Para ello, se entrenó previamente a un equipo de psicólogos y estudiantes de último año de licenciatura de la facultad de Psicología Blanquerna de la Universidad Ramon Llull de Barcelona.

Se acordó una cita con los directores de cada centro, normalmente en el horario de reunión de los médicos de los equipos de atención primaria. Los investigadores aprovecharon las reuniones para explicar el motivo del estudio y las instrucciones de cumplimentación de cada instrumento. En el caso de los centros no reformados, se hicieron reuniones especiales donde la asistencia era optativa. Los investigadores habían unificado los mensajes que debían dar a los encuestados y tenían instrucciones de no mencionar ciertas palabras («quemado», *burnout*, personalidad) que pudieran producir sesgos en la respuesta.

Se entregó un sobre en blanco con los dos cuestionarios: datos sociodemográficos generales y desgaste profesional (MBI). Todos los médicos rellenaron los cuestionarios de manera individual y personalizada durante unos 25 min.

La muestra de médicos encuestados utilizada pertenece a 93 centros de atención primaria. Al haberse realizado el esfuerzo de tomar una muestra representativa de médicos por centro, inferimos una composición homogénea de sus cupos y obviamos esta variable en el último análisis del gasto farmacéutico.

Para la obtención del GFPA, que será la variable dependiente de este estudio, se tuvieron en consideración los datos económicos de gasto farmacéutico acumulado del profesional al final del año 2000 y el número de usuarios adscritos a su cupo en el mismo período.

El índice de GFPA se obtuvo a partir del cociente entre ambas variables y se expresa en unidades monetarias (euros).

El análisis estadístico de los datos se realizó mediante el paquete informático SPSS 10. Para identificar sesgos y determinar la estrategia de análisis se trabajó previamente con las variables de desgaste profesional, GFPA y cupo. El análisis de la varianza del cupo de pacientes del médico y el GFPA mostró una relación significativa ($p < 0,001$) inversamente proporcional. Los médicos con mayores cupos presentan un GFPA menor. El análisis del cupo y el desgaste profesional (comparación de medias con muestras independientes, *t* de Student) no mostró relación entre las dos variables. Con estas premisas decidimos la estrategia de análisis entre el desgaste profesional y el GFPA mediante la comparación de medias con muestras independientes (*t* de Student).

Resultados

Obtuvimos los datos del cuestionario de desgaste profesional y la actividad económica de 220 profesionales. La edad media de los médicos de familia encuestados en la provincia de Barcelona fue de 42,34 años (intervalo de confianza [IC] del 95%, 41,42-43,26) y el 52,8% eran varones (IC del 95%, 45,70-59,30).

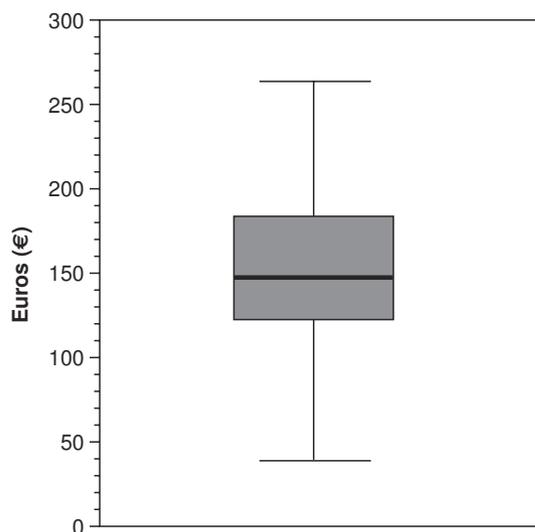
En relación con la experiencia profesional (tabla 1), la media de años trabajados en la atención primaria de salud fue de 14,11 años (IC de 95%, 13,10-15,12) y el 77,3% (IC del 95%, 27,17-40,03) tenía la plaza laboral en propiedad. El ámbito de práctica urbano aglutinaba al 51,8% (IC del 95%, 44,99-58,61) de la muestra estudiada.

El GF medio que se obtuvo al analizar los datos de actividad profesional fue de 264.627,22 euros (IC del

Tabla 1. Características de los profesionales y del centro

VARIABLES INDEPENDIENTES	Porcentaje	IC del 95%
Varones/mujeres	52,8/46,7	45,70-59,30
Viven en pareja	83,0	40,50-54,10
Tienen hijos	78,2	78,11-88,29
Plaza laboral fija	77,3	73,01-84,19
Trabaja en varios centros	38,4	27,17-40,03
Tiene título de especialista	58,5	32,45-45,75
Ámbito de práctica urbana	51,8	50,97-64,43
El centro tiene atención continuada	33,2	44,99-58,61
Es del Institut Català de la Salut (ICS)	96,5	27,17-40,03
El centro está reformado	90,0	94,40-99,20
El centro está acreditado para la docencia	23,1	85,91-94,09
Total médicos	220	15,36-26,44

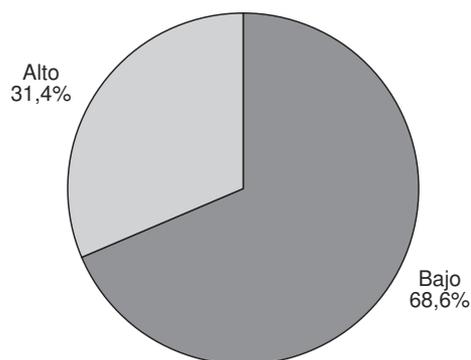
Figura 1. Diagrama de caja del gasto farmacéutico por asegurado GFPA (euros). El diagrama de caja muestra los cuartiles y valores extremos de la distribución (datos de 2002).



95%, 252.669,82-276.584,63) en el año 2000. El gasto farmacéutico por asegurado (GFPA) siguió una distribución normal (Z de Kolmogrov-Smirnov = 0,998; $p = 0,273$) y fue de 152,36 euros (IC del 95%, 145,73-158,99) con un recorrido que iba de 10,33 a 352,26 euros (fig. 1).

Los cuestionarios de desgaste profesional (figs. 2-4) mostraron por dimensiones los siguientes resultados (sobre una escala normalizada de 100): el cansancio emocional obtuvo una media de 57,19 (IC del 95%, 53,60-60,78); la despersonalización, una media de 51,06 (IC del 95%, 47,44-54,68); y la realización personal, una media de 59,51 (IC del 95%, 55,74-63,28).

Figura 2. Cansancio emocional. Desgaste profesional-MBI.



El estudio pormenorizado de las características sociodemográficas y de la actividad de los profesionales mostró asociación positiva con el GFPA en los siguientes casos (tabla 2): a mayor edad ($R = 0,21$; $p = 0,002$), a mayor número de años trabajados en la atención primaria ($R = 0,25$; $p < 0,001$), en relación con la plaza laboral fija ($p = 0,028$), los profesionales que trabajaban en varios centros ($p = 0,002$), los profesionales que no trabajaban en centros acreditados para la docencia ($p = 0,001$) y el ámbito de práctica urbana ($p = 0,002$).

El desgaste profesional y el GFPA (tabla 3) presentaron una asociación significativa en el caso de los profesionales que tenían un alto nivel de cansancio emocional ($p = 0,011$) y no con las otras dimensiones de cuestionario MBI. La media de GFPA fue de 165,05 euros para el grupo de profesionales con un alto nivel de cansancio emocional y de 146,56 euros en los de bajo desgaste profesional (t de Student; $p = 0,043$).

Figura 3. Despersonalización. Desgaste profesional-MBI.

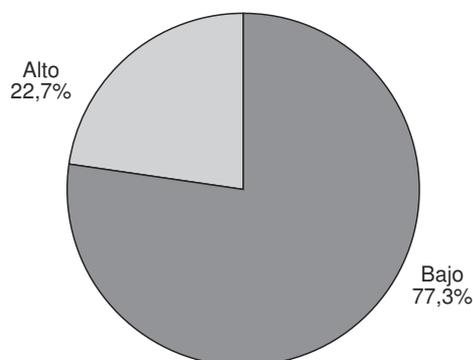


Figura 4. Realización personal. Desgaste profesional-MBI.

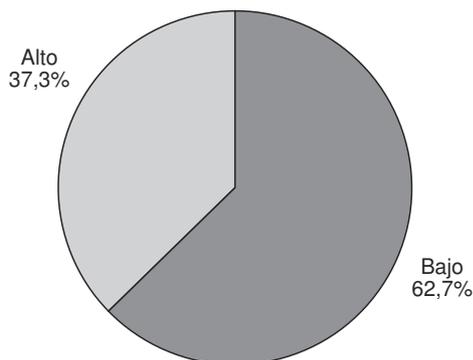


Tabla 2. Relaciones de las características de los profesionales y el gasto farmacéutico

		N	Gasto farmacéutico por asegurado (euros)	IC del 95%
Sexo	Mujeres	105	146,38	136,11-156,65
	Varones	115	157,16	148,77-165,55
Viven en pareja	Sí	184	152,18	144,99-159,37
	No	36	151,97	134,98-168,96
Tienen hijos	Sí	17	156,19	148,90-163,48
	No	45	143,45	127,95-158,95
Plaza laboral fija	Sí	171	156,31 ^a	149,10-163,52
	No	49	138,59	123,46-153,72
El centro tiene atención continuada	Sí	78	147,47	138,00-156,94
	No	142	154,38	145,44-163,32
Trabaja en varios centros	Sí	86	165,21 ^b	154,55-175,87
	No	134	143,8	135,65-151,95
Tiene título de especialista	Sí	127	149,74	141,17-158,31
	No	93	155,94	145,61-166,27
El centro está reformado	Sí	198	151,49	125,79-177,19
	No	22	159,81	134,11-185,51
El centro está acreditado para la docencia	Sí	46	130,67	116,79-144,55
	No	174	158,10 ^b	150,83-165,37
Ámbito de práctica urbana	Urbana	114	164,43 ^b	153,98-173,72
	Suburbana	90	140,66	131,76-150,04
	Rural	16	134,98	120,39-149,57

Resultados de las pruebas estadísticas en comparación de las medias (t de Student/ANOVA). ^ap < 0,05. ^bp < 0,001.

Discusión

La preocupación que existe por el progresivo incremento del GF y por la aplicación de criterios de calidad en la prescripción ha propiciado la publicación de numerosos trabajos que tratan de explicar el fenómeno desde diferentes perspectivas. En nuestro país, existen evidencias razonables que indican que todavía quedaría un considerable margen para mejorar la eficiencia del GF y racionalizar su gestión¹³, que los médicos de atención primaria tienen un escaso conocimiento de lo que supone su prescripción^{8,14} y que la industria ejerce una presión comercial que explica una parte de esta situación⁹.

Para conseguir un auténtico ajuste en la medida del GF utilizamos el indicador de GFPA^{1,15,16}, que permitía

comparar a los diferentes profesionales con independencia del número de personas asignadas a su cupo. Este método puede presentar ciertas limitaciones porque no toma en consideración algunos datos de la estructura de los cupos (número de pensionistas, pacientes activos, etc.) que también intervienen¹⁷. La amplitud de la muestra, la correcta representatividad del colectivo de profesionales de la APS, junto con el hecho de fijar primordialmente nuestra atención en la relación entre el GF y el desgaste profesional, por delante de la caracterización del gasto en sí mismo, nos permiten asumir esta limitación con un riesgo muy pequeño de presentar resultados sesgados.

Se han descrito diferentes variables que intervienen en el ajuste del GF en atención primaria de salud. Se pueden diferenciar en variables externas de tipo demográfico¹⁸⁻²⁰ (características del cupo de cada médico, frecuentación, número de pensionistas, presión asistencial, etc.) y características propias del profesional, como la edad, la antigüedad en la plaza y el nivel de formación específica en este ámbito.

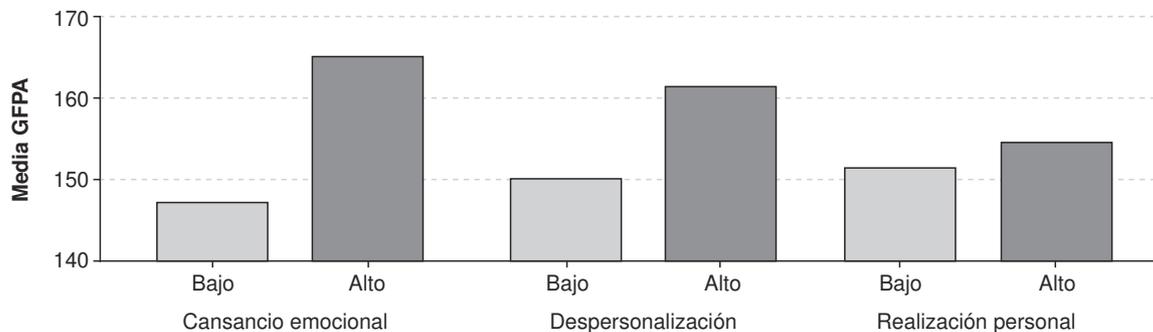
Nuestro estudio confirma la mayoría de los datos anteriormente comentados. Hemos encontrado correlaciones positivas entre el gasto y la edad, el tiempo trabajado en la atención primaria, tener plaza fija, pluriempleo—Mengibar encuentra que los médicos que alternan su ejercicio AP-Hospital tienen un GF significativamente mayor¹⁵—, trabajar en ambiente urbano y en un centro no acreditado para la docencia de MFyC.

Tabla 3. Gasto farmacéutico por asegurado (GFPA) y desgaste profesional

		N	Media	IC del 95%
Cansancio emocional	Bajo	151	146,56	138,86-154,26
	Alto	69	165,05 ^a	152,96-177,14
Despersonalización	Bajo	170	149,65	141,99-157,31
	Alto	50	161,56	149,11-174,01
Realización personal	Bajo	138	151,51	142,57-160,45
	Alto	82	153,80	144,47-163,13

Resultados de las pruebas estadísticas (t de Student). ^ap < 0,05.

Figura 5. Gasto farmacéutico por asegurado (GFPA) y desgaste profesional.



La ausencia de diferencias en el análisis del GFPA por sexos no coincide con los resultados publicados en otros estudios¹⁵, y debemos considerar que la diferente estructura poblacional y la progresiva feminización de la profesión médica pueden influir en la normalización de las diferencias por sexos.

La observación más destacable del estudio fue la relación observada entre el GFPA y el desgaste profesional. Muchos trabajos describen los antecedentes y el riesgo del fenómeno del *burnout* y también sus eventuales consecuencias tanto personales como laborales^{10,21}. Pero no hemos encontrado estudios que describan un patrón de gestión de los recursos farmacéuticos diferente de los profesionales en relación con el síndrome de *burnout*. El factor emocional de los prescriptores en la desviación del gasto no ha sido apenas explorado hasta la fecha.

En este sentido, lo más relevante es la relación entre el elevado gasto en prescripción farmacéutica y los altos niveles de cansancio emocional. Esta dimensión del síndrome de *burnout* es la que se relaciona más con niveles de estrés crónico elevados. En contrapartida, no se han encontrado diferencias significativas en las subescalas de despersonalización y baja realización personal.

El médico de familia soporta tensiones de mayor o menor intensidad en diferentes niveles de su actividad asistencial: desde las relacionadas con su forma de pensar y sus creencias sobre cómo debe comportarse y qué se espera de él, su relación con la empresa que lo contrata e incluso su personalidad. A éstas se añaden las que se crean por la relación continua con el dolor y el sufrimiento de las personas que consultan, las condiciones de trabajo en términos de tiempo y sobrecarga laboral, pero también el ambiente y las condiciones materiales de trabajo hasta las más sutiles en relación con el esfuerzo mental y emocional de la toma de decisiones clínicas y terapéuticas. La acumulación de estas tensiones requiere una cierta higiene mental que no siempre es posible. La masificación en las consultas y

el poco tiempo disponible por paciente, aparte de ser factores explicativos por sí mismos de un GF mayor²², podrían tener un efecto secundario de provocar más estrés. Esta situación va provocando un desgaste emocional que complica la toma de decisiones en el momento de la prescripción farmacéutica, lo que tiende a cerrar un círculo vicioso. Los resultados del presente estudio confirman esta apreciación y definen una asociación significativa entre el mayor GF y el grupo de médicos con un desgaste emocional más pronunciado.

Una reciente revisión de Maslach²³ concluye que los profesionales con puntuaciones altas en la escala de *burnout* del MBI, tendrían un comportamiento más cínico, más desafecto a la empresa, tendrían menos propensión a la formación continuada, derivarían más pacientes a los especialistas, y se implicarían menos en políticas de prescripción de genéricos. Todos éstos son notables factores que intervienen en el modelo de GF y su corrección^{14,17}, coherentes con los resultados presentados. Sin embargo, está claro que el GF es un indicador multifactorial. Este estudio se ha centrado en algunos de estos factores. Es muy probable que haya factores de buena praxis ligados a un mayor gasto. Este extremo no ha sido todavía considerado en profundidad, por lo que serán necesarias posteriores aproximaciones a este tema para llegar a su mejor comprensión.

Conclusiones

Una mejora en las condiciones de trabajo de los médicos de atención primaria, en términos de una política de personal tendente a identificar los puntos de máxima tensión y riesgo de desgaste, así como una acción decidida de protección de este riesgo laboral, posiblemente el mayor entre las profesiones sanitarias, sería un factor más a tener en cuenta en las estrategias de contención del gasto farmacéutico.

Bibliografía

1. Rodríguez FJ, López F, Modrego A, Esteban M, Montero MJ, Cordero B, et al. Identificación de médicos con gasto farmacéutico elevado. *Gac Sanit* 2001;15:441-6.
2. Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios, Ministerio de Sanidad y Consumo. Indicadores de la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud. 2002. Disponible en: <http://www.msc.es/farmacia/recetas/home.htm>
3. Segade XM. Impacto de diversos objetivos relacionados con el uso racional del medicamento en un área de atención primaria. *Aten Primaria* 2000;25:236-41.
4. Amado E, Madrideo R, Pérez M, Puig X. Relación entre calidad y coste de la prescripción farmacológica en atención primaria. *Aten Primaria* 2000;25:464-8.
5. Mengibar FJ. Gasto farmacéutico en atención primaria reformada: implicación de las actividades formativas en el ahorro de farmacia. *Gac Sanit* 2000;14:277-86.
6. Blanco LE. Factores explicativos del gasto farmacéutico en atención primaria. *Aten Primaria* 2000;25:518.
7. Azpiazu M, Gacia L. Factores condicionantes del gasto en farmacia en los centros de atención primaria de un área de salud. *Aten Primaria* 2002;29:84-9.
8. Díaz GJ, Palmeiro G, Núñez E, Casado I. Opinión de los médicos de atención primaria de Ourense sobre algunos aspectos de su prescripción farmacéutica. *Rev Esp Salud Pública* 2001;75:361-74.
9. Figueiras A, Caamaño F, Gestal-Otero JJ. Incentivos de la industria farmacéutica a los médicos: problemas éticos, límites y alternativas. *Gac Sanit* 1997;11:297-300.
10. Cebrià J, Segura J, Corbella S, Sos P, Comas O, García M, et al. Rasgos de personalidad y *burnout* en médicos de Familia. *Aten Primaria* 2001;27:459-68.
11. Maslach C. Understanding burnout. En: Payne S, editor. *Job stress and burnout*. Londres: Sage, 1982.
12. Maslach C, Jackson SE. *The Maslach Burnout Inventory*. 2nd ed. Palo Alto: Consulting Psychologists Press; 1986 (versión española adaptada por Nicolás Seisdedos Cubero, TEA; 1987).
13. Buitrago F, Mendoza-Espejo R. Responsabilidad del médico de atención primaria en el uso racional de medicamentos [editorial]. *Aten Primaria* 1995;15:137-8.
14. Mengibar FJ. ¿Existe conciencia de gasto farmacéutico en la atención primaria reformada? *Aten Primaria* 2001;27:408-11.
15. Cabedo VR, Poveda JL, Peiró S, Nacher A, Goterris MA. Factores determinantes del gasto por prescripción farmacéutica en atención primaria. *Aten Primaria* 1995;16:407-416.
16. Espigares Arroyo M, Montes Salas G, Altimiras Roset J, Iglesias Sánchez JM, Brioso Jerez F. Factores predictivos de la prescripción farmacéutica: perfil del médico hiperprescriptor. *Gac Sanit* 1994;8:25-9.
17. Martínez Escudero JA, Baeza JE, Rubio Manzanares JA, Palacios MC. Impacto de un programa de uso racional del medicamento sobre la prescripción farmacéutica en un área de salud. *Aten Primaria* 1996;18:551-8.
18. Reyes JF, Plasencia M, Joyanes A, González-Casanova S, Marrero B, et al. La población adscrita y sus características como elemento de ajuste para la asignación presupuestaria individualizada en farmacia. *Aten Primaria* 2000;25:113-8.
19. Caamaño F, Figueira A, Lado E, Gestal-Otero JJ. Variables explicativas del gasto evitable generado por la no prescripción de la especialidad equivalente de menor precio. *Gac Sanit* 2001;15:513-8.
20. Blanco LE. Indicadores de la prestación farmacéutica y coste en el área de salud de Ávila (1995). *Aten Primaria* 1998;22:159-64.
21. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. *Annu Rev Psychol* 2001;52:397-422.
22. Jiménez Puente A, Ordóñez MV, Córdoba JA, Fernández MA. Factores relacionados con el gasto y la calidad de la prescripción farmacéutica en atención primaria. *Aten Primaria* 1995;16:131-6.
23. Maslach C, Schufeli WR, Leiter MP. Job *burnout*. *Annu Rev Psychol* 2001;52:397-422.