

PRESCRIPCIÓN FARMACÉUTICA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD*

M.^a Ángeles López Alba / Diego Martínez de la Concha / Aurora Bueno Cavanillas / Rafael Rodríguez-Contreras Pelayo

Departamento de Medicina Preventiva y Social de la Facultad de Medicina de Granada

Resumen

Se presenta un estudio descriptivo sobre la prescripción farmacéutica en tres tipos diferentes de consultas de atención primaria.

Los datos han sido recogidos durante la consulta médica y se refieren a: tipo de demanda solicitada, número de recetas prescritas y su relación con la edad y sexo, grupos farmacológicos más frecuentes y algunos subgrupos de interés, así como el coste originado por dichas prescripciones.

Entre los resultados cabe destacar una demanda de actos burocráticos que oscila entre 24,4% y 63,8%; una media de recetas situada entre, 1,1 y 2,0 recetas/visitas siendo los pacientes de más edad a los que más se prescribe y situándose los centros con mayor presión asistencial y menor tiempo por visita como los de mayor número de prescripciones, y un coste farmacéutico que ha oscilado entre 631,5 y 1273,6 pesetas/visita.

Se propone el porcentaje de prescripciones de «discutida eficacia» como parámetro útil para la valoración de la calidad del proceso de los servicios estudiados.

Palabras clave: Prescripción farmacéutica. Atención primaria. Control de calidad.

DRUG PRESCRIPTION AT THE PRIMARY HEALTH CARE

Summary

A descriptive study of drug prescription in three different types of primary health care visits is reported.

Data have been collected during the medical consultation on: the type of request made, number of prescriptions and their relation to the age and sex of patients, the most common groups of drugs and some sub-groups of interest, as well as on the cost generated by these prescriptions.

Among the results there is an important demand for bureaucratic services which varies between 24.4% and 63.8%, an average number of prescriptions per visit of between 1.1 and 2.0 with most prescriptions being given to older patients and to patients in centres with the greatest pressure of work and briefest time per visit. The cost of drugs prescribed varies between 631.5 to 1,273.6 pesetas per visit.

The percentage of prescriptions of «debateable efficacy» is proposed as a useful parameter for evaluating the quality of the process of services offered.

Key words: Drug prescriptions. Primary care. Quality control.

Introducción

El medicamento es un elemento con características especiales en el contexto global de la medicina debido al papel que tiene en la asistencia médica.

La OMS define la utilización de medicamentos como la comercialización, distribución y uso en una sociedad, con acento especial sobre las consecuencias médicas, sociales y económicas resultantes¹.

Los principales factores que influyen sobre la prescripción de fármacos son²: a) el nivel de formación del médico; b) la influencia de los visitantes médicos; c) la influencia de otros colegas; d) las medidas de con-

trol y regulación; e) las demandas de los pacientes y f) otras características del médico.

Tanto la comercialización, la distribución, la prescripción como el uso de medicamentos ha aumentado de manera un tanto desmedida en los últimos años. Esto es así, fundamentalmente, porque existe una gran industria farmacéutica que bombardea continuamente al profesional³ y al usuario y hace que algo tan importante como es la terapéutica, esté actualmente sujeta a la ley de la oferta y la demanda. Los fármacos se convierten, junto con las pruebas de laboratorio, en el arma fundamental de que se dispone en las consultas médicas.

Dada la importancia de los fárma-

cos en el contexto de la medicina hemos realizado un estudio descriptivo sobre la prescripción farmacéutica en diferentes consultas de Medicina General del primer escalón sanitario.

Material y métodos

Se han realizado 6.163 encuestas durante la consulta médica, por un único investigador, a los pacientes que acudieron solicitando la atención del médico a las consultas de Medicina General de 2 ambulatorios y 2 centros de Salud de la ciudad de Granada, y a 2 consultas rurales de la provincia, elegidas al azar. En los centros cuya presión asistencial no

Correspondencia: M.^a Ángeles López Alba. Depto. de Medicina Preventiva y Social. Facultad de Medicina. Avda. de Madrid, 11 - 08012 Granada.

* Trabajo financiado parcialmente por una beca FISS.

era excesiva o bien el tiempo de consulta no era rígido, se estudiaron todos los pacientes que acudieron a la misma. Cuando dicha presión era grande se tomaron 1 de cada 2 pacientes.

Se recogió información sobre: edad, sexo, tipo de demanda solicitada, número de recetas prescritas, grupos terapéuticos y algunos subgrupos farmacológicos prescritos, considerados como agentes de «discutida eficacia» (vitaminas y revitalizantes; vasodilatadores y vasoactivos, mucolíticos y fluidificantes). Por último, se cuantificó en pesetas el gasto farmacéutico. El período de recogida de los datos fue de 28 días naturales en cada consulta, repartidos entre invierno y verano, para intentar reflejar la variabilidad de morbilidad en diferentes épocas estacionales⁴.

Se ha calculado la media de pacientes atendidos dividiendo el total de pacientes y el número de días durante los que se llevó a cabo el estudio. De manera similar se han obtenido: el tiempo medio de consulta y el número medio de recetas.

Hemos considerado como «acto burocrático» todo aquél distinto de una demanda de atención de salud propiamente dicha. Incluye la demanda de recetas y otras de burocracia (partes por enfermedad...).

Los datos se informatizaron en el Servicio de Documentación e Informática Clínica del Hospital Universitario de Granada en un ordenador tipo Eclipse S-140, aplicando un programa desarrollado en dicho Servicio y realizado en lenguaje de programación FORTRAN V. El análisis estadístico realizado ha sido el test de la χ^2 para contrastar la homogeneidad de muestras para variables cualitativas.

Resultados

Las demandas solicitadas por los pacientes en los diferentes centros estudiados están representados en la tabla 1. En ella se observa que las demandas de actos burocráticos se sitúan entre el 63,8% (consulta rural A) y el 24,4% (centro de salud B). No

Tabla 1. Tipos de demandas solicitadas por los usuarios en los diferentes centros estudiados

	Actos burocráticos		Actos médicos	
	N.º	%	N.º	%
Ambulatorio A	616	59,1	427	40,9
Ambulatorio B	740	54,9	608	45,1
Consulta rural A	1.032	63,7	586	36,2
Consulta rural B	1.064	59,4	726	40,6
Centro de salud A	583	44,2	736	55,8
Centro de salud B	141	24,4	437	75,6

Tabla 2. Distribución de los tipos de demandas burocráticas solicitadas por los usuarios en cada centro estudiado

	Recetas		Trámite Burocrático	
	N.º	%	N.º	%
Ambulatorio A	532	86,4	84	13,6
Ambulatorio B	626	84,6	114	15,4
Consulta rural A	766	74,2	266	25,8
Consulta rural B	851	80,0	213	20,0
Centro de salud A	450	77,2	133	22,8
Centro de salud B	109	77,3	32	22,7

existe homogeneidad global desde el punto de vista estadístico ni tampoco cuando se comparan centros del mismo tipo entre sí (centros de salud, ambulatorios o consultas rurales).

En la tabla 2 se muestran desglosadas las demandas burocráticas. El mayor porcentaje de las mismas es ocupado por la demanda de recetas que oscila entre el 74,2% (consulta rural A) y el 86,4% (ambulatorio A). Tampoco existe homogeneidad global en este caso ni al comparar entre sí las consultas rurales. Sí las hay cuando la comparación se realiza entre ambulatorios y centros de salud.

En la tabla 3 se incluye la media de recetas por persona atendida en cada uno de los centros estudiados. Esta ha oscilado entre 1,1 recetas/visita en el centro de salud B y 2,0 recetas/visita en el ambulatorio B.

La razón de usuarios con cero recetas entre hombres y mujeres oscila entre 0,81 y 1,24. Respecto de los usuarios con más de 3 recetas, esta razón hombre:mujer oscila entre 0,72 y 1,34. Cuando las mismas variables se cruzan con los intervalos de edad se comprueba que la razón relativa se encuentra entre 0,14-5 para cero re-

Tabla 3. Media de recetas por persona atendida en cada uno de los centros estudiados

	Media recetas
Ambulatorio A	1,8
Ambulatorio B	2,0
Consulta rural A	1,6
Consulta rural B	1,6
Centro de salud A	1,5
Centro de salud B	1,1
Media global	1,7

cetas y 0,10-3,36 para > 3 . En este caso, las diferencias son estadísticamente significativas.

En la tabla 4 se observan los grupos farmacológicos más frecuentemente prescritos en los diferentes centros estudiados. En la tabla 5 se incluyen subgrupos farmacológicos considerados de interés por sus características y cuya frecuencia ha oscilado entre 4,3% (centro de salud B) y 20,7% (ambulatorio B).

En cuanto a los costes originados por la prescripción farmacéutica están representados en la tabla 6, encontrándose los mismos entre las 631,5 ptas/visita del centro de salud B y las 1.273,6 ptas/visita del ambulatorio B.

Tabla 4. Grupos terapéuticos más frecuentemente prescritos en los diferentes centros estudiados

Grupos terapéuticos	Ambulatorio A		Ambulatorio B		C. rural A		C. rural B		C. salud A		C. salud B	
	N.º	Orden	N.º	Orden	N.º	Orden	N.º	Orden	N.º	Orden	N.º	Orden
Aparato digestivo	333	1.º	458	1.º	513	1.º	463	2.º	293	1.º	68	4.º
A. Cardiovascular	303	2.º	383	2.º	258	4.º	370	3.º	171	4.º	73	3.º
Antiinfecciosos via general	180	4.º	277	4.º	445	2.º	301	4.º	-	-	87	2.º
Aparato locomotor	250	3.º	322	3.º	362	3.º	505	1.º	281	2.º	133	1.º
Sistema nervioso central	151	5.º	161	5.º	202	5.º	-	-	173	3.º	-	-
Aparato respiratorio	-	-	-	-	-	-	247	5.º	165	5.º	25	5.º

Discusión

Como hemos señalado, hay un amplio intervalo en la frecuentación con que se demandan los actos burocráticos en los centros estudiados aunque en la mayoría, la demanda de dichos actos supera a la de actos médicos, hecho que da idea de cuál es el papel que más frecuentemente está llevando a cabo el médico en el primer escalón sanitario, ya que aunque con cifras variables, otros autores^{5,6} también comunican cifras altas de demandas burocráticas en sus consultas respecto a las demandas médicas. Las causas de estos resultados hay que buscarlas en diversos factores. Unos, dependientes del usuario, entre los que podemos destacar la educación sanitaria. Otros, dependientes de la estructura sanitaria, en la que destacamos sobre todo la organización o directrices del centro sanitario. Así, hemos encontrado en nuestro estudio que los centros de salud, en los que al menos teóricamente existe una planificación de servicios, presentan unos índices más bajos en el porcentaje de burocracias atendidas por el médico, aunque sólo en uno de estos centros los índices se podrían considerar aceptables. Algunos autores extranjeros⁷ comunican que más del 90% de las demandas del primer nivel de atención deben ser demandas de actos médicos.

Cuando se desglosa la demanda de burocracias hallamos en todos los centros un predominio de las recetas, comportándose de forma parecida todas las consultas del mismo nivel, ya que la diferencia entre las consultas rurales desaparece si se tiene en

cuenta que durante la época de recogida de encuestas hubo, por razones de emigración laboral, un aumento de los certificados médicos, siendo ésta la causa de las diferencias antes reseñadas.

La diferencia encontrada en la media de recetas prescritas por visita en los diferentes centros viene motivada fundamentalmente por el tipo de atención sanitaria prestada en los distintos centros estudiados. Así, el ambulatorio B, que es el centro que presenta una media mayor, es también el que tuvo una media superior en cuanto al número de pacientes (84 pacientes/día) y el que menos tiempo dedicó por paciente (1m. 32seg.), mientras que el centro de salud B que es el que menos recetas prescribió por persona atendida, también es el que contabilizó una media de enfermos al día menor (21 pacientes/día) y el que más tiempo dedicó por paciente (9m. 23seg.). Ello está de acuerdo con algunos autores que han comunicado que los médicos que tienen mayor presión asistencial y dedican menos tiempo a los pacientes son los que más prescripciones realizan⁸. Comparando nuestra media con los datos recogidos de la bibliografía extranjera por otros autores españoles⁶, estaríamos por encima de la media de EEUU (0,35 recetas/visita) y por debajo de la de Suiza (2,8 recetas/visita).

Cuando se estudia la relación entre el sexo y el número de recetas en sus extremos (cero y > 3) vemos que existen similitudes entre hombre y mujer. En cambio, estas mismas variables muestran diferencias según la edad, siendo los mayores de 60 años los que menos veces marchan de la

consulta sin recibir recetas y los que más veces reciben más de tres, lo que era de esperar por la mayor morbilidad en estas edades así como por la actitud ante la enfermedad y la adopción del papel de enfermo que tienen estos pacientes⁹. Nuestros hallazgos coinciden con los de otros autores en otras comunidades autónomas y con la media nacional¹⁰.

Cuando nos referimos a los grupos farmacológicos más frecuentemente prescritos existe una coincidencia casi total entre los diferentes autores aunque los porcentajes sean diferentes. Las razones de estas diferencias rebasan el objetivo de este artículo. Por su parte, la diferencia hallada en la frecuencia de prescripción de los subgrupos farmacológicos seleccionados sólo es posible explicarla porque algunos médicos no están de acuerdo con la dudosa necesidad terapéutica de los mismos o porque sean utilizados como medicación de complacencia. De nuevo en este caso coincide que el centro con mayor presión asistencial, mayor media de recetas por persona atendida y menor tiempo medio dedicado por paciente es también el que presenta un porcentaje más alto en este tipo de prescripciones y, a la inversa, el de menor presión asistencial, menor media de recetas por persona atendida y mayor tiempo medio dedicado por paciente es el que registra un porcentaje más bajo en la prescripción de estos subgrupos farmacológicos.

El aumento en la prescripción de fármacos supone, como era de esperar, un incremento en los gastos sanitarios. Así, el costo farmacéutico por visita es máximo en el ambulatorio B que era el que presentaba mayor me-

dia de recetas/visita y el más barato, el centro de salud B que contabilizó el menor número de recetas/visita. Los centros que más gastan son los ambulatorios seguidos de las consultas rurales y en tercer lugar los centros de salud. En estos últimos, el centro B reduce su gasto farmacéutico de una forma muy importante con respecto al ambulatorio A.

De cualquier forma, es arriesgado llegar a conclusiones en este sentido porque en los centros de salud existe una consulta de enfermería que facilita recetas a determinado tipo de pacientes y que no han sido tenidas en cuenta en los cálculos.

Por otra parte, una preocupación desmesurada por reducir los costes farmacéuticos puede ser pernicioso. Creemos que lo que se debe perseguir es una optimización del gasto farmacéutico para que ejerza una influencia positiva sobre la morbilidad y mortalidad, es decir, hacer que el

tratamiento farmacológico represente un ahorro al ser su aplicación indicada y reducir, por ejemplo, los ingresos hospitalarios o las bajas por incapacidad laboral transitoria¹¹.

Para concluir, diremos que el porcentaje de prescripciones de «discutida eficacia» lo hemos utilizado como parámetro negativo en una valoración de la calidad del proceso realizada en los 6 centros estudiados en la que también se utilizaron otros parámetros positivos. Utilizando como variable dependiente cualquiera de los parámetros seleccionados en todos los casos se obtuvo un coeficiente de correlación superior a 0,90.

Bibliografía

1. OMS La selección de medicamentos. *Serie de Informes técnicos* 1977; 615.
2. Hemminki E. Review of literature of the factors affecting drug prescribing. *Soc Sci Med* 1975; 9: 111-15.

3. Tognoni G, Laporte JR. Estudios de utilización de medicamentos y de farmacovigilancia. *Principios de epidemiología del medicamento*. Barcelona: Salvat, 1983: 1-37.

4. Halland L, Metcalge DHH. Seasonal variations in the process of care in urban practice. *J Epidemiol Community Health* 1985; 39: 90-3.

5. Marchena TA. *Demanda Sanitaria en un municipio rural del interior de Galicia*. Santiago de Compostela: Cátedra de Medicina Preventiva y Social, 1985. Tesina.

6. Gene J, Mas M, Rams F, Martín M, Torres R. Análisis de la prescripción farmacológica de la unidad docente de Cornellà de Llobregat (Barcelona). *Atención Primaria* 1984; 1: 279-86.

7. Starfield B. Primary care in the United States. *Int J Health Serv* 1986; 16: 179-97.

8. Stolley PD. The relationship between physician characteristics and prescribing appropriateness. *Med Care* 1972; 10: 17.

9. Hibbard JH, Pope CI R. Age differences in the use of medical care in an HMO. An application of the behavioral model. *Med Care* 1986; 24: 52-6.

10. INSALUD. Desglose del gasto de la prestación farmacéutica por grupos de población: trabajadores activos y pensionistas. *Bol Indic Sanit* 1985; 1: 13-15.

11. Smith DM, Roberts SD, Gross TL. Health care cost of medical patients at an urban care center. *J Community Health* 1981; 7: 21-32.

