

ORIGINALES BREVES

¿Existe conciencia de gasto farmacéutico en la atención primaria reformada?

F.J. Mengíbar Torres

CAP Can Rull. Dirección de Atención Primaria Sabadell. Institut Català de la Salut. Barcelona.

Objetivo. Evaluar la efectividad de la retroinformación sobre farmacia para crear conciencia (conocimiento) de gasto farmacéutico (GF) entre los médicos de atención primaria (AP).
Diseño. Estudio transversal, retrospectivo. Se realiza entrevista personal.
Emplazamiento. La AP reformada de la Dirección de Atención Primaria (DAP) Sabadell (Barcelona).
Participantes. Los 80 médicos de AP de la DAP que trabajan con equipos de atención primaria (EAP).
Intervenciones. En función de la retroinformación personalizada sobre GF, se le pregunta a cada médico por el GF generado durante 1997 y el precio medio de la receta de activo y de pensionista. La prueba estadística utilizada ha sido la t de comparación de medias para datos apareados. El nivel exigido de significación ha sido de $p < 0,05$.
Resultados. Del total de médicos entrevistados (80), se obtienen 71 respuestas para el GF anual y 76 para el precio medio de las recetas, tanto de activo como de pensionista. Se encuentran diferencias significativas entre el GF anual producido y el estimado cercanas a los 12 millones de pts. Las diferencias entre los precios medios reales de las recetas y los estimados también resultan significativas.
Conclusiones. A la vista de los resultados obtenidos se concluye que no existe conciencia de GF entre los médicos de la AP reformada de nuestra DAP. Esto pondría en entredicho la eficacia de la retroinformación sobre farmacia para crear tal propósito. Dicha información debería ser más frecuente y rica en contenido, así como complementarse con otras medidas.

Palabras clave: Atención primaria. Gasto farmacéutico. Retroinformación farmacéutica.

IS THERE AWARENESS OF PHARMACEUTICAL EXPENDITURE IN THE REFORMED PRIMARY CARE SYSTEM?

Objective. To evaluate the effectiveness of feeding information on pharmacy back to primary care doctors in order to create awareness (knowledge) of pharmaceutical expenditure (PE).
Design. Retrospective cross-sectional study, through personal interview.
Setting. Reformed PC, Sabadell, Barcelona.
Participants. The 80 PC doctors working with primary care teams.
Interventions. As the personal feed-back on PE, each doctor was asked for the PE generated during 1997 and the mean cost of prescriptions to active and pensioner patients. The statistical test used was the t test to compare means for paired data, with $p < 0.05$ the required level of significance.
Results. Out of the total doctors interviewed (80), 71 replies were obtained for the annual PE and 76 for the mean cost of prescriptions, for both active and pensioner patients. Significant differences were found between the annual PE in reality and doctors' estimates: around twelve million pesetas. The differences between the real mean costs of prescription and the estimates were also significant.
Conclusions. In view of the results, it is concluded that there is no awareness of PE among the doctors in the reformed PC in our area. This poses a question over the efficacy of feed-back of pharmacy information in order to create this awareness. This information needs to be more frequent and richer in content, and to be complemented by other measures.

Key words: Primary care. Pharmaceutical expenditure. Feed-back of pharmaceutical information.

(Aten Primaria 2001; 27: 408-411)

Este trabajo ha contado con la ayuda financiera no condicionada de la beca académica concedida al Centre de Recerca en Economia i Salut (CRES) de la Universitat Pompeu Fabra por The Merck Company Foundation, institución sin finalidad de lucro de Merck & Co. Inc., Whitehouse Station, New Jersey, USA.

Correspondencia: F.J. Mengíbar Torres.
CAP Can Rull. Avda. Lluís Companys, s/n. 08206 Sabadell (Barcelona).

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

Introducción

El control del gasto farmacéutico (GF) y el uso racional y eficiente de los medicamentos se han convertido, en los últimos años, en objetivos prioritarios de nuestro sistema de salud. No en vano el GF se lleva más del 50% de la partida presupuestaria anual de muchas áreas básicas de salud (ABS). Desde hace varios años las direcciones de atención primaria (DAP) en Catalunya, a través de la unidad de farmacia de las mismas, envían información periódica a sus médicos de cabecera, individualizada y agregada, sobre la prescripción farmacéutica que efectúan, con la finalidad de que conozcan aspectos cuantitativos y cualitativos de su propia prescripción, con la posibilidad de establecer comparaciones con el resto del equipo de atención primaria (EAP) y de la red, reformada o no, a la que pertenecen. En diversos estudios realizados se ha constatado que los médicos de AP carecen de un adecuado conocimiento del coste de los medicamentos que prescriben¹⁻³, existiendo una cierta tendencia entre ellos a infravalorar los precios de los medicamentos y, como consecuencia, el coste anual de sus prescripciones. Con el objetivo de conocer si los médicos de AP de nuestra DAP, ámbito reformado, conocen el GF anual que generan en farmacia y el precio medio de las recetas que prescriben, teniendo en cuenta la información periódica que reciben sobre su propia prescripción, nos proponemos realizar el presente estudio.

Material y método

La DAP Sabadell se halla situada en la comarca del Vallès Occidental (Barcelona). Pertenece a la Subdirección de Atención Primaria Centre i Lleida del Institut Català de la Salut. Cuenta con 12 ABS, de las cuales 8 funcionan con EAP. El ámbito del estudio comprende las 8 ABS que trabajan con EAP y la unidad de análisis los 80 médicos de AP que las integran. No están incluidos los especialistas ni los pediatras. El año de referencia es 1997.

El contenido de la información cuantitativa sobre farmacia que se envía, semestral y anualmente, es el siguiente: importe total del gasto en farmacia, por mes y año; importe del gasto por recetas de activos y de pensionistas; número de recetas de activos y de pensionistas, así como el total de aquéllas. Para todos estos datos se facilitan las medias anuales de cada médico, las del ABS donde trabaja y las de la red, reformada o no, a la que pertenece. Al margen de esta información cuantitativa, se proporciona información cualitativa periódica sobre el valor intrínseco del fármaco y la dosis habitante-día de determinados grupos farmacológicos, seleccionados de acuerdo con los objetivos en farmacia de la DAP. La unidad de farmacia de la DAP dirige sesiones periódicas de uso racional de la medicación, individual y en grupos, basadas fundamentalmente en aspectos cualitativos de la prescripción.

Para llevar a cabo el estudio se le pregunta a cada facultativo, en entrevista personal realizada por un médico, por su GF durante 1997 y por el precio medio de la receta de activo y de pensionista durante ese mismo año. También

se le pregunta si tiene en cuenta el precio a la hora de prescribir. Los datos sobre el GF real producido provienen de la unidad de farmacia de la DAP, datos a su vez provenientes de las listas de facturación de farmacia que proporciona el Servei Català de la Salut. Los datos referentes a gasto real vienen expresados en PVP (IVA incluido).

La secuencia metodológica seguida ha consistido, en primer lugar, en calcular las diferencias entre el valor real y el estimado para cada médico, estudiando la normalidad de cada una de estas variables diferencia. A continuación se ha contrastado el gasto estimado y el gasto real de cada facultativo con la prueba t de comparación de medias para datos apareados. Por último, se ha realizado la prueba no paramétrica de Wilcoxon. El nivel exigido de significación ha sido de $p < 0,05$. Todos los cálculos se han realizado con un paquete estadístico SPSS® versión 9.0.

Resultados

Del total de médicos entrevistados (80), se obtienen 71 respuestas para el GF anual y 76 para el precio medio de la receta, tanto de activo como de pensionista. En la tabla 1 se expone un descriptivo de las variables estudiadas, en valores reales y estimados, así como de las diferencias encontradas entre estos valores.

Se aprecian importantes diferencias entre el GF real producido y las estimaciones que realizan los facultativos. Así, existe una diferencia de medias para el GF anual cercana a los 12 millones

de pts. Los médicos creen gastar, de media, unos 12 millones menos al año. Esta diferencia supone un 32% menos del GF real producido. Las diferencias de medias para los precios medios de las recetas, de activos y de pensionistas, son también notorias, pues, para el caso de la receta de activo, los facultativos creen gastar 661 pts. menos por receta, que equivale a casi un 40% menos del precio medio real producido, y para la receta de pensionista la diferencia es de 559 pts., equivalente a un 32% menos.

Con la prueba t para muestras relacionadas (tabla 2) se puede concluir que todas las medias de las diferencias son significativas.

Para profundizar un poco más en la cuestión, se ha realizado la prueba no paramétrica de Wilcoxon (tabla 3). Para el GF anual se comprueba que 59 médicos (83%) creen gastar menos del gasto real que producen y 12 (17%) los que creen gastar más. Para el precio medio de la receta de activo, 70 médicos (92%) prescriben con un precio medio superior a lo estimado y 6 (8%) lo hacen con un precio inferior al de sus estimaciones. Para el precio medio de la receta de pensionista, son 64 (84%) los médicos que estiman su precio medio por debajo del real y 12 (16%) los que consideran que prescriben por encima del precio medio real. Todos los valores del

TABLA 1. Descriptivo de las variables gasto farmacéutico y precio medio de la receta (en valores reales y estimados) y de las diferencias halladas

Variable	N	Media	Desviación típica	Mínimo	Máximo
GFanual real	80	37.393.110,63	9.488.262,94	11.823.628	65.526.472
PreceA real	80	1.710,30	210,03	1.297	2.255
PreceP real	80	1.727,41	150,29	1.431	2.144
GFanual estimado	71	25.260.563,38	10.431.702,76	7.000.000	54.000.000
PreceA estimado	76	1.048,03	444,86	250	2.300
PreceP estimado	76	1.165,66	462,87	300	2.300
GFanual real-estimado	71	11.969.476,89	11.202.372,40	-11.000.000	37.383.340
PreceA real-estimado	76	661,03	459,68	-915	1.893
PreceP real-estimado	76	559,32	451,73	-784	1.326

GFanual real: gasto anual medio en farmacia; PreceA real: precio anual medio de una receta de activo, y PreceP real: precio anual medio de una receta de pensionista.

TABLA 2. Prueba t de comparación de medias para datos apareados

	Media	DE	EE media	t	Sig.
GF anual real-estimado	11.969.476,89	11.202.372,40	1.329.477	9,003	0,0001
PreceA real-estimado	661,03	459,68	52,73	12,537	0,0001
PreceP real-estimado	559,32	451,73	51,82	10,794	0,0001

GF anual real: gasto anual medio en farmacia (PVP + IVA);
PreceA real: precio anual medio de una receta de activo (PVP + IVA); PreceP real: precio anual medio de una receta de pensionista (PVP + IVA);
DE: desviación estándar; EE media: error típico de la media; Sig.: significación $p < 0,05$.

TABLA 3. Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon

	N	Rango promedio	Suma de rangos	Z	Sig. asintót. (bilateral)
GF anual estimado-real					
Rangos negativos	59 ^a	40,08	2.365	-6,228*	0,0001
Rangos positivos	12 ^b	15,92	191		
Empates	0 ^c				
Total	71				
PreceA estimado-real					
Rangos negativos	70 ^d	40,33	2.823	-7,041*	0,0001
Rangos positivos	6 ^e	17,17	103		
Empates	0 ^f				
Total	76				
PreceP estimado-real					
Rangos negativos	64 ^g	43,30	2.771	-6,772*	0,0001
Rangos positivos	12 ^h	12,92	155		
Empates	0 ⁱ				
Total	76				

^aGF anual estimado < GF total real. ^bGF anual estimado > GF total real. ^cGF anual estimado = GF total real. ^dPreceA estimado < PreceA real.
^ePreceA estimado > PreceA real. ^fPreceA estimado = PreceA real. ^gPreceP estimado < PreceP real. ^hPreceP estimado > PreceP real. ⁱPreceP
estimado = PreceP real. *Basado en los rangos positivos. GF anual real: gasto anual medio en farmacia; PreceA real: precio anual medio de una
receta de activo, y PreceP real: precio anual medio de una receta de pensionista.

estadístico de contraste han sido significativos al 0,0001.

Discusión

A la vista de los resultados obtenidos, se podría afirmar que, en líneas generales, los médicos de la AP reformada de nuestra DAP no tienen conciencia (conocimiento) de GF, ya que las estimaciones que han efectuado sobre su gasto farmacéutico se distancian, de manera significativa, del gasto real que han efectuado. No obstante, se quiere hacer mención de una posible limitación del estudio: la entrevista personal se realiza durante el primer trimestre de 1999 y se preguntan datos referentes a 1997, ya que, en el momento del estudio, la información

anual sobre farmacia de 1998 todavía no había sido recibida por los médicos.

Parece existir una tendencia generalizada entre los médicos de primaria a infravalorar los precios de los medicamentos. Un autor, en una encuesta realizada a 100 médicos de AP (Estados Unidos), halla un patrón de comportamiento respecto al precio de los medicamentos: observa que existe una tendencia, entre estos médicos, a sobrestimar los medicamentos de menor precio y a infraestimar los de mayor precio¹. En una encuesta realizada en la AP reformada (ámbito nacional), donde se les preguntaba a los médicos el precio de ciertos medicamentos, un 38,1% de las estimaciones realizadas eran infraestimativas³.

Los resultados del referido trabajo mostraban la existencia de una dualidad, hasta cierto punto paradójica, entre los médicos de AP, como es la importancia que tiene el precio a la hora de prescribir y el desconocimiento del mismo. Esta misma dualidad se comprueba en el presente estudio, ya que ante la pregunta que se realiza en la entrevista personal: «¿Tienes en cuenta el precio a la hora de prescribir?», un 76% de los entrevistados respondió afirmativamente, hecho que contrasta con la diferencia significativa entre lo gastado y lo estimado. Se ha de hacer constar que, a diferencia de los trabajos comentados, en este estudio no se les pregunta a los médicos sobre el precio de medicamentos de marca, sino por cifras

absolutas de GF anual y precio medio de las recetas, datos facilitados periódicamente por la unidad de farmacia.

No se ha de sobrevalorar el aspecto económico de la prescripción; otros aspectos son tanto o más importantes a la hora de prescribir, como pueden ser la necesidad, la efectividad y la seguridad⁴. Se ha de tener presente que el ahorro en sí no lleva necesariamente a la eficiencia, debiéndose diferenciar bien las mejoras en eficiencia de las intervenciones de recortes de gastos⁵. Como dice un autor, prescribir menos no implica necesariamente prescribir mejor, argumentando que una reducción del número de recetas o del precio medio por receta no implica una mejora en la calidad de la prescripción⁶. Más bien puede ocurrir lo contrario, como lo demuestra la experiencia de la implantación de un programa de uso racional de la medicación entre 166 médicos generales de EAP, que tras un año de implantación, se comprueba un aumento del 11,9% en el gasto farmacéutico y del 11,2% en el consumo de recetas, al mismo tiempo que se reducía la utilización de fármacos de utilidad terapéutica baja o de valor intrínseco no elevado, tanto para trabajadores activos como para pensionistas⁷.

Sin caer, por tanto, en el error de sobrevalorar el aspecto económico de la prescripción farmacéutica, bien es cierto que el uso racional de la medicación implica, entre

otros factores, una utilización coste-eficiente de la misma, cuya consecución precisa de un previo conocimiento de los costes de los fármacos que se prescriben en AP².

La conclusión de que no existe conciencia de gasto, de la manera que se ha planteado la cuestión, pondría en entredicho la eficacia de la retroinformación farmacéutica para crear tal propósito. Dicha información sobre gasto, necesaria pero no suficiente, debería ser más frecuente y rica en contenido, además de complementarse con otras medidas. Entre la información adicional que podría incluirse, cabe destacar la relativa a las especialidades farmacéuticas más prescritas, listado de médicos según su GF por habitante, por usuario o bien por visita, información sobre minimización de costes (diferencias de precio de especialidades con idéntico principio activo), porcentajes de genéricos prescritos, etc. Entre las medidas complementarias, se han mostrado eficaces, con capacidad para influir sobre el GF, las entrevistas personales⁸, la potenciación de las actividades formativas propias de la AP⁹ y la incentivación, no necesariamente económica, de la prescripción eficiente¹⁰.

Agradecimientos

A la DAP Sabadell por las facilidades prestadas en la obtención de los datos y a Jaume Puig Junoy por la revisión de este manuscrito.

Bibliografía

1. Kolassa EM. Physicians's perceptions of prescribing drug prices: their accuracy and effect on the prescribing decision. *J Res Pharmaceut Econ* 1995; 6: 23-37.
2. Denig P, Haaijer-Ruskamp FM. Do physicians take cost into account when making prescribing decisions? *Pharmacoeconomics* 1995; 8: 282-290.
3. Alastrué J, Meneu R, Peiró S. Análisis de las opiniones, actitudes y conocimientos de los médicos de los centros de salud de Valencia sobre la eficacia y eficiencia de la prescripción. *Aten Primaria* 1998; 3: 165-171.
4. García Alonso F. Uso racional de los medicamentos. *Med Clin (Barc)* 1990; 94: 628-632.
5. Tamborero Cao G. Incentivos para mejorar la práctica profesional en atención primaria. *Cuadernos de Gestión* 1997; 3: 16-26.
6. Arnau JM. Medidas de contención del gasto farmacéutico e indicadores de calidad en el uso de los medicamentos: ¿prescribir menos o prescribir mejor? *Aten Primaria* 1994; 13: 155-158.
7. Martínez 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: 551-555.
8. Font M, Madrilejos R, Catalán A, Jiménez J, Argimón JM, Huguet M. Mejorar la prescripción de fármacos en atención primaria: un estudio controlado y aleatorio sobre un método educativo. *Med Clin (Barc)* 1991; 6: 201-205.
9. Mengíbar Torres FJ. Gasto farmacéutico en atención primaria reformada: implicación de las actividades formativas en el ahorro en farmacia. *Gac Sanit* 2000; 14: 227-286.
10. Juncosa S. ¿Deben los médicos generales considerar los costes de su prescripción? *Gac Sanit* 1992; 6: 40-41.