

¿DEBEN LOS MÉDICOS GENERALES CONSIDERAR LOS COSTES DE SU PRESCRIPCIÓN?

Reflexiones a partir del "White paper" y una encuesta de opinión

Sebastián Juncosa Font

Àrea Bàsica de Salut Sta. Eugènia de Berga. Unitat d'investigació de l'Àrea Centre. Institut Català de la Salut.

Resumen

La propuesta del gobierno británico de introducir presupuestos de medicamentos obligará a los medios generales a considerar las consecuencias financieras de su prescripción. En nuestro país el médico no ha tenido, ni tiene, ningún incentivo real para considerar los costes de su prescripción, y se han realizado pocos intentos para influir en la misma si exceptuamos los de la industria farmacéutica.

En el presente artículo se analiza la situación en ambos países y se compara las respuestas de los médicos generales de Girona y de Escocia a unas preguntas que sondeaban su predisposición a considerar los costes a la hora de prescribir. La reducción de los costes de prescripción del médico debe encuadrarse dentro de una prescripción racional y emplear una combinación de estrategias: educación, retroalimentación de la prescripción, cambios administrativos e incentivos. Los métodos para incentivar un uso más eficiente de medicamentos pasan por una mayor participación activa de los médicos en la gestión de los propios recursos de sus centros.

Palabras clave: Prescripción farmacéutica. Atención Primaria. Costes. Eficiencia.

Introducción

Desde que los gobiernos decidieron tomar una responsabilidad creciente a la hora de financiar los costes de los fármacos, el presupuesto de la prestación farmacéutica ha experimentado un considerable aumento. La impresión de que el importe de la prescripción es excesivo, ha salido recientemente a primer plano en nuestro país de una manera indirecta, a raíz de la impopularidad de algunas de las medidas propuestas por la «Comisión Abril Martorel». El envejecimiento de la población, el aumento de la comercialización, y la introducción de medicamentos nuevos y más caros, son las razones clásicamente argumentadas para esta creciente presión en el consumo de medicamentos financiados por la Seguridad Social. Paralelamente a este aumento se ha potenciado el desarrollo de mecanismos para intentar su control a distintos niveles, tales como industria farmacéutica, médico, oficina de farmacia y usuario¹.

SHOULD THE GENERAL PRACTITIONERS CONSIDER THE COSTS OF THEIR PRESCRIPTION? Some thoughts from the "White Paper" and a survey

Summary

The British government proposal to introduce drug budgets will compel general practitioners to consider the financial consequences of prescribing. In our country, the practitioner neither in the past nor now has no incentive to consider the cost of his prescription, and few efforts have been made to influence it, if we exclude the pharmacy industry.

In the present article, the situation of both countries is analyzed and the answers of the general practitioners of Girona and Scotland to a questions that examine their predisposition towards considering costs when prescribing is compared. The reduction of the prescription costs must be formulated as a part of a rational prescription and should employ a combination of approaches: education, feedback, administrative changes, and incentives. The procedures to incentive a more efficient use of medicines require an active participation of the practitioners in managing the resources of their practices.

Key words: Prescription. Primary care. Costs. Efficiency.

La elevada aportación cuantitativa de la Atención Primaria (AP) respecto al perfil global de prescripción, sitúa al médico de AP como el verdadero protagonista de un programa destinado a disminuir el coste de la prescripción².

Por otro lado, si bien los comentarios de este artículo hacen referencia al médico de AP, sería más justo que la responsabilidad fuese compartida, ya que el médico de cabecera es el firmante de muchas prescripciones (racionales o no) generadas por otros facultativos (generalmente de la atención especializada)³.

La propuesta británica

El anuncio del gobierno británico de que los médicos generales (MG) estarán sujetos en el futuro a presupuestos de prescripción está provocando en AP un intenso debate sobre los medica-

Correspondencia: S. Juncosa Font. ABS Sta. Eugènia de Berga. Unitat d'investigació de l'Àrea Centre. C/ Torrebonica s/n 08227 Terrasa
Este artículo fue recibido el 8 de mayo de 1991 y fue aceptado, tras revisión el 9 de octubre de 1991.

mentos, los costes que originan y las medidas para su control. Esta medida debe encuadrarse dentro de una amplia reforma del modelo de gestión del National Health Service (NHS) iniciada con la publicación del «Working for patients»⁴.

En el documento de trabajo nº 4⁵ se propone que a través de las autoridades regionales de sanidad y de los comités de médicos de familia se distribuya entre los MG un presupuesto anual para cubrir los gastos de prescripción farmacéutica. Cada MG tendrá un perfil estimado de gasto mensual basado en una serie de parámetros de su población (lista de pacientes, edad de los mismos, morbilidad, población flotante, etc), y en los niveles previos de su prescripción. Está previsto un sistema de seguimiento que permitirá detectar un alejamiento entre lo que prescribe y el perfil calculado previamente.

La primera medida correctora en el caso de que existan desviaciones al alza será una revisión por colegas destinada a analizar y corregir las mismas. Se prevé un esquema de sanciones para los casos que esta primera medida no haya obtenido resultado. El conseguir un perfil de gasto inferior al previamente señalado puede ser considerado un objetivo para los MG, si así es acordado con los comités de médicos de familia. Parte del ahorro obtenido iría a dichos comités que lo invertiría en programas de mejora de la AP.

Más importante que las cuestiones concretas que pueden plantear las propuestas del gobierno británico (¿Qué significado tiene la etiqueta «prescriptor de alto coste» con lo que sería galardonado aquel facultativo que supere su presupuesto asignado?, ¿quedan preservados objetivos primordiales de la AP como pueden ser la prevención y promoción de la salud?) está el sentir que estas llevan implícitas: la prescripción de medicamentos podría tener una mejor relación coste efectividad, es decir, el mismo nivel de beneficios podría ser conseguido con un esfuerzo financiero menor⁶.

¿Quién debe considerar los costes de la prescripción?

La consideración de los costes de los medicamentos parece chocar con dos arraigados sentimientos entre los profesionales médicos: la creencia de que no es ético tener en cuenta los costes cuando se tratan pacientes individuales, por pequeño que sea el beneficio obtenido, y la aversión hacia los temas no clínicos⁷.

Existe una comprensible tensión entre la perspectiva epidemiológica, tan popular entre los planificadores/gestores sanitarios, y el caso individual basado en la percepción del clínico (esta tensión alcanza considerables grados de incomodidad cuando se le añade una perspectiva económica)⁸. Pero incluso los mismos médicos toman decisiones distintas cuando evalúan un paciente individual que cuando consideran un grupo de pacientes similares⁹. Es comprensible la preocupación de los gobiernos por los costes de la prescripción, lo que no parece estar tan claro es que esta preocupación deba tenerla también el médico.

La libertad de los MG ha contribuido a las amplias diferencias en el coste de su prescripción, que no pueden ser del todo explicadas por las características de sus poblaciones^{10,11}. El derecho de los médicos a hacer cualquier cosa que en su opinión sea

lo mejor para sus pacientes merece algunas consideraciones, especialmente en un contexto de sistemas sanitarios financiados públicamente, donde es el óptimo social y no el óptimo individual el que hay que buscar¹².

La responsabilidad de los costes de los medicamentos es tripartita, e implica al público, gobierno y profesión. La carga debe ser repartida y evitar someter al MG con excesivas presiones que no dejan de ser secundarias a su función. Los esfuerzos realizados en los últimos años por la Administración para racionalizar el mercado farmacéutico (Prosereme) han de continuar hasta conseguir cambiar las características de la oferta. Evidentemente la participación del MG es fundamental en toda iniciativa destinada a reducir los costes de su prescripción, pero también es cierto que ésta difícilmente puede conseguirse frente a un aumento de demanda de medicamentos nuevos y más caros de la población a su cargo, y lo que es más importante, en unas condiciones asistenciales como las actuales.

Por otro lado, y sin tener por que olvidar las observaciones apuntadas, cabría preguntarse hasta que punto la secuencia: diagnóstico, decidir libremente si debe prescribirse un fármaco, y escoger el producto más apropiado, es incompatible con la consideración de los costes.

Una comparación de la opinión de los MG

¿Están los MG predispuestos a considerar los costes a la hora de prescribir? ¿tienen nuestros generalistas un diferente grado de concienciación que los británicos al respecto? Con el objeto de conocer algo sobre estas cuestiones, se añadieron las preguntas de un estudio realizado en Escocia¹³ sobre la actitud frente a los costes de la prescripción, a un cuestionario enviado a los MG de la provincia de Gerona.

Como parte de un estudio sobre la prescripción de benzodiazepinas en el Área de Gestió 4, Girona, del Institut Català de la Salut (ICS), se envió por correo un cuestionario anónimo al centro de trabajo de los 210 MG que en septiembre de 1990 se encontraban trabajando en la provincia. El cuestionario incluía un sobre de respuesta franqueado y tenían que responder si estaban de acuerdo, parcialmente de acuerdo o en desacuerdo a tres sentencias (tabla 1).

Un total de 135 médicos (64,3%) devolvieron cumplimentado el cuestionario. La edad media de los mismos era de 41,3 años (DE 8,7) y un 82,2% eran hombres. Carecían de especialidad un 61,2% y sólo el 27% trabajaban en Áreas Básicas de Salud. Las respuestas obtenidas, las del estudio realizado en Granpian (Escocia), y la comparación de sus proporciones aparece en la tabla 1. Pocos médicos contestaron sistemáticamente lo mismo a las tres frases. Sólo 14 (10,4%) dijeron estar de acuerdo en las tres ocasiones, 15 (11,1%) parcialmente, y 3 (2,2%) en desacuerdo.

La tasa de respuestas es relativamente baja, ya que si bien se desconoce la opinión de un 35,7% de los médicos, ésta es superior a las obtenidas en otros estudios en donde se emplearon cuestionarios postales¹⁴.

Tabla 1. Respuestas a las sentencias sobre actitud hacia los costes de prescripción de los médicos generales de Gerona y del estudio de Escocia³

	De acuerdo	Parcialmente de acuerdo	En desacuerdo	Prueba estadística
A la hora de decidir el mejor tratamiento para un paciente individual, el médico debería tener en cuenta los costes de la prescripción.				
Grampian (n = 223)	169 (76)	6 (13)	48 (21)	$\chi^2 = 143,3; p < 0,0001$
Girona (n = 135)	28 (21)	70 (52)	37 (27)	
La mayoría de los médicos de cabecera podrían reducir sustancialmente sus gastos en prescripción sin efecto adverso en la asistencia a sus pacientes.				
Grampian (n = 222)	161 (73)	32 (14)	29 (13)	$\chi^2 = 32,9; p < 0,0001$
Girona (n = 134)	63 (47)	55 (41)	16 (12)	
Dando más información a los médicos de cabecera sobre el coste de los fármacos se podrá reducir los gastos de prescripción.				
Grampian (n = 223)	161 (72)	36 (16)	26 (12)	$\chi^2 = 53,9; p < 0,0001$
Girona (n = 135)	44 (33)	52 (38)	39 (29)	

* Las cifras indican el número de médicos, entre paréntesis los porcentajes.

La comparación entre las dos encuestas conlleva varios problemas metodológicos, debido a que están realizadas por distintas personas, en distintos lugares y tiempos, pero creo que orienta hacia la actitud de ambas poblaciones. Los médicos escoceses parecen estar más predispuestos a considerar los costes de su prescripción que los de Girona. Esta impresión coincide con otro estudio¹⁵ en el sentido de que existe una menor sensibilización al factor coste del medicamento de nuestros médicos si lo comparamos con otros países. El hecho de que Gran Bretaña presente en general unas cifras de consumo de medicamentos más elevadas que España (cantidades referentes a 1989)¹⁶; mayor consumo farmacéutico per cápita (69 y 49 ECUS año respectivamente), mayor gasto farmacéutico público (3.830 y 1.814 millones de ECUS), así como un porcentaje también mayor de este gasto respecto al gasto farmacéutico total (75,6% por 66,9%) puede haber influido en una mayor «conciencia de coste» de los generalistas escoceses. Por otro lado, recordar que el porcentaje de gasto farmacéutico público sobre el total del gasto sanitario público es considerablemente mayor en nuestro país que en Gran Bretaña (21,6% por 12,8%).

Las amplias diferencias de ambos sistemas de AP son también determinantes a la hora de explicar este aparente distinto grado de concienciación. El contexto en el que incide la reforma del NHS (autogobierno de las prácticas, papel de las instituciones profesionales...), así como otros aspectos introducidos previamente (introducción de la gestión sanitaria, mejora de la información sanitaria, nuevo contrato de los GPs, etc), distancian considerablemente las circunstancias en que los profesionales de ambas AP desarrollan su trabajo.

Los costes de la prescripción no parece ser un problema que atañe a la mayoría de los médicos gerundenses que contestaron la encuesta aunque esta posición puede no ser representativa del resto de España¹⁷. De todos modos esta opinión no puede sorprendernos. No existe ningún incentivo para los médicos que trabajan en el sistema sanitario público a prescribir eficientemente, en el sentido coste-efectivo, y por lo tanto no existe ninguna necesidad de conocer los costes de la misma.

Necesario pero no suficiente

Sin olvidar nuestra realidad, es importante situarnos en una

perspectiva que nos permita tomar prestados ideas y debates de otros países.

A través de la publicación «Indicadores de la prestación farmacéutica» del INSALUD (y las correspondientes de aquellas otras entidades gestoras) se realiza un análisis de los médicos mayores prescriptores. En ella se detalla el número de facultativos que superan determinados niveles de gasto (en pesetas) a lo largo del año de estudio, en sus prescripciones a través de recetas oficiales de la Seguridad Social. El Área de Prestaciones Farmacéuticas del INSALUD (y los respectivos servicios de las comunidades transferidas) ponen a disposición de las administraciones locales (nivel provincial, Áreas de Salud/Gestión) información nominal y cuantitativa sobre el número de recetas y el importe (precio venta público) de activos y pensionistas. A partir de aquí cada administración es libre de hacer llegar esta información a los interesados, y de la forma que crea más conveniente (nominal, por centros, por Áreas Básicas de Salud).

Los hábitos de prescripción de los médicos están en un estado de equilibrio dinámico que únicamente es distorsionado cuando una nueva fuerza se introduce¹⁸. El «feedback» de la prescripción es una, pero las experiencias sobre sus efectos no parecen garantizar una disminución a largo plazo del gasto farmacéutico. Tal y como concluyen Mugford *et al.*¹⁹ en su reciente artículo de revisión sobre los efectos de la retroalimentación de información, ésta sería necesaria, pero no suficiente para mantener la calidad de la asistencia sanitaria. La información retrospectiva del perfil de prescripción y de sus costes a los médicos suele tener unos resultados muy limitados si no va acompañada de medidas adicionales. Por un lado, de programas de educación que consigan cambiar el comportamiento, y por otro, de incentivos que contrarresten las poderosas fuerzas existentes (intereses comerciales, presión de los pacientes...) que los mantengan²⁰. Se requieren esfuerzos para preparar a los médicos a usar estos datos y mejorar la información que les llega²¹, si se quiere evitar que los cambios producidos reviertan a los pocos años. En esta línea se encuentran las recomendaciones de la «Comisión Abril» referentes a la prestación farmacéutica.

Esta deseada reducción de los costes de prescripción del médico carece de sentido si no se encuadra en lo que se ha venido en llamar la prescripción racional, es decir aquella prescripción que además de ser económica, es necesaria, efectiva y segura². Las

ventajas obtenidas no serían por lo tanto únicamente económicas. Por ejemplo, una parte importante de las reacciones adversas a medicamentos podrían ser evitadas mediante un uso racional del medicamento. El foco de atención debería ser trasladado por lo tanto desde el coste de la prescripción a la elección de la prescripción²². Se trata de mejorar la asistencia y no únicamente de reducir sus costes. Esto es posible mediante la elección de la alternativa más eficiente entre aquéllas igualmente eficaces, lo cual no perjudicaría la atención de los pacientes individuales y beneficiaría a los usuarios del sistema público¹².

No se trata de promover una preocupación desmesurada por reducir los costes farmacéuticos, sino de provocar una conciencia positiva de la importancia económica de dicho acto de la actividad clínica diaria. Esto haría que la investigación en la prescripción se concentrara en el desarrollo de caminos para promover y evaluar el uso racional del tratamiento farmacológico y no simplemente en métodos para reducir su coste²³.

Tratamiento a los costes de la prescripción

El IMG no ha tenido ni tiene ningún incentivo real para considerar los costes de su prescripción, ya sea en términos de frecuencia o contenido. Se han realizado pocos intentos para influir la prescripción en la AP, si exceptuamos los de la industria farmacéutica, más ocupada en la investigación de fármacos eficaces y su comercialización, que en promover el uso racional de los mismos²⁴.

La educación médica tiene por tanto un exclusivo y largo camino por recorrer a la hora de potenciar los conocimientos y las actitudes apropiadas entre los profesionales de la AP. Esta educación debería ser a todos los niveles. Empezando por los estudios de medicina, donde los efectos de la enseñanza de Farmacología Clínica en el uso racional de medicamentos ya han sido señalados²⁵.

Los programas destinados a la formación de especialistas en AP serían el segundo pilar. En los últimos años han aparecido publicados varios estudios, que aunque con cuestionable metodología, apuntaban el distinto patrón prescriptor de los médicos con una formación postgraduada en Medicina Familiar y Comunitaria de los que carecían de la misma^{26,27}.

El cómo generalizar estos estándares a todas las consultas de AP del territorio nacional, es sin duda una tarea pendiente de la actual Reforma de la Atención Primaria y de la formación continuada de sus profesionales médicos. Es importante remarcar la eficacia del método educativo directo para optimizar la prescripción¹⁵. La figura del farmacéutico de AP podría dar algunas respuestas sobre quién debe llevar a cabo una educación en servicio²⁹. La mejora de las condiciones asistenciales de los profesionales que trabajan en

la AP es un paso obligado y precisa de una potenciación de la misma más allá del mero enunciado político²⁸.

La interiorización de las consideraciones de una prescripción eficiente debe ir acompañada de medidas que incentiven su puesta en práctica y mantenimiento. Como ya se ha comentado, el «feedback» de la prescripción de los médicos generales parece tener poco efecto por sí solo, y son más alentadoras las experiencias con presupuestos clínicos. Si bien estas experiencias provienen en su mayoría del ámbito hospitalario, y ser medidas de difícil puesta en práctica en la AP, todo apunta a que sean estos diseños basados en presupuestos prospectivos y en la participación activa de los médicos los que tienen mayores posibilidades de obtener resultados satisfactorios^{30,31}. Parece claro que para concretar responsabilidades se deben asignar ámbitos de gestión y autonomía operativa.

Existen dos importantes aspectos a tener en cuenta ante la puesta en práctica de cualquiera de las medidas que contemplen un mayor grado de autogobierno, pero cuyo análisis queda fuera de este artículo. Uno son las implicaciones que una mayor gestión de los propios recursos de los centros de AP tendría sobre el sistema actual (falta de experiencia de los profesionales, replanteamiento de la figura de coordinador, grado de autogobierno de los centros, o necesidad de determinar estándares de calidad, solo por citar algunas). El otro sería los mecanismos de control de calidad que tendrían que establecerse para evitar que el posible ahorro generado vaya en detrimento de la asistencia a los pacientes. Más teniendo en cuenta que la calidad de la AP, es en general, una tarea pendiente de nuestro sistema de sanidad pública.

Conclusiones

En definitiva, los esfuerzos para conseguir una prescripción racional, suficiente y de bajo coste deberían emplear una combinación de estrategias: educación, retroalimentación de la prescripción, cambios administrativos e incentivos. Se han de buscar vías para crear, por un lado, un terreno apto en los profesionales de la AP mediante la capacitación y concienciación de la importancia del uso eficiente de la prescripción; y por otro, una estructura para proveer a los MG con los incentivos oportunos que permita su puesta en práctica y mantenimiento. Los resultados de una paulatina y selectiva mayor responsabilidad en la gestión y redistribución de su presupuesto serían la mejor orientación de las líneas futuras.

Agradecimientos

El autor agradece a M. Teresa Faixedas y Mercè Condal del Área de Gestió 4, Girona, su ayuda en la realización de la encuesta; así como a Vicente Ortún, por sus comentarios a versiones anteriores de este trabajo.

Bibliografía

1. Christensen DB, Bush PJ. Drug prescribing: patterns, problems and proposals. *Soc Sci Med* 1981; 15A: 343-55.
2. García Alonso F. Uso racional de los medicamentos. *Med Clin (Barc)* 1990; 94: 628-32.
3. Pedro de Lelis F. Usos y hábitos irracionales en la prescripción de medicamentos. *Med Clin (Barc)* 1991; 96: 357.

4. Secretaries of State for Health, Wales, Northern Ireland and Scotland. *Working for patients*. London: HMSO, 1989.
5. Secretaries of State for Health, Wales Northern Ireland and Scotland. *Indicative prescribing budgets for general medical practitioners*. Working papers n.4. London HMSO, 1989.
6. O'Brien B. Indicative drug budgets for general practitioners: a prescription for change. *Br Med J* 1989; 298: 944-6.
7. Fowkes FGR. Doctors knowledge of the costs of medical care. *Med Educ* 1985; 19: 113-7.

8. O'Dowd TC, Wilson AD. Set menus and clinical freedom. *Br Med J* 1991; 303: 450-2.
9. Redelmeier DA, Tversky A. Discrepancy between medical decisions for individual patients and for groups. *N Engl J Med* 1989; 322: 1162-4.
10. Catalán Ramos A, Madrdejos Mora R, Font Pous M, Pané Mena O, Jiménez Villa J, Huguet Recasens M. Factores asociados a la prescripción de medicamentos. *Gac Sanit* 1989; 3: 497-501.
11. Hartley RM, Charlton JR, Harris CM, Jarman B. Patterns of physicians use of medical resources in ambulatory settings. *Am J Public Health* 1987; 77: 565-7.
12. Ortún Rubio V, Rodríguez Artalejo F. De la efectividad clínica a la eficiencia social. *Med Clin (Barc)* 1990; 95: 385-8.
13. Ryan M, Yule B, Bond C, Taylor RJ. Scottish general practitioners attitudes and knowledge in respect of prescribing costs. *Br Med J* 1990; 300: 1316-8.
14. Reig Ferrer A, Caruana Vañó A. Participación de médicos en encuestas sobre comportamiento y salud realizadas por correo. *Gac Sanit* 1990; 4: 197-8.
15. Font M, Madrdejos 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; 96: 201-5.
16. *Indicadores de la prestación farmacéutica*. Volumen 5. 1989. Instituto Nacional de la Salud (INSALUD)
17. Larruga Riera J, Plaza Piñol F, Villalba Garnica P, García Herrera J, González Millán F. Comparación entre la información terapéutica requerida por los médicos de atención primaria y la utilización de medicamentos. *Farm Clin* 1987; 4: 249-55.
18. Harris CM, Fry J, Jarman B, Woodman E. Prescribing - a case for prolonged treatment. *J R Coll Gen Pract* 1985; 35: 284-7.
19. Mugford M, Bantfield P, O'Hanlon M. Effects of feedback of information on clinical practice: a review. *Br Med J* 1991; 303: 398-402.
20. Goldman L. Changing physicians behavior. The Pot and the Kettle. *N Engl J Med* 1990; 322: 1524-5.
21. Fraser RC, Gosling JT. Information systems for general practitioners for quality assessment: III Suggested new prescribing profile. *Br Med J* 1985; 291: 1613-5.
22. Editorial. Doctors and the drug industry. *Br Med J* 1983; 286: 579-80.
23. Spencer JA, van Zwannenberg TD. Prescribing research: PACT to the future. *J R Coll Gen Pract* 1989; 39: 270-2.
24. Rawlins MD. Development of a rational practice of therapeutics. *Br Med J* 1990; 301: 729-33.
25. García Alonso F, Sánchez García P. La calidad de los ensayos clínicos, el consumo de medicamentos y la enseñanza de la Farmacología Clínica en Medicina. *Med Clin (Barc)* 1986; 87: 822.
26. Bonet Bertomeu JM, Roca Bennasar M, Moretó Reventós A, Sans Tous O, Picornell Roca L. Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria: mejora asistencial y reducción del gasto farmacéutico. *Atención Primaria* 1984; 1: 287-9.
27. Rey ME, Villalbí JR. Impacto potencial de la reforma de la atención primaria sobre la prescripción farmacéutica en España: la experiencia de Ciutat Badia. *Med Clin (Barc)* 1987; 89: 141-3.
28. Juncosa S. Sobre la potenciación de la Atención Primaria (Editorial) *Jano* 1989; 37: 7.
29. Martín Martín C. La asistencia farmacéutica en el marco de la atención primaria de salud. *Rev San Hig Pub* 1989; 63 (9-10): 7-17.
30. Wickings I, Coles JM, Flux R, Howard L. Review of clinical budgeting and costing experiments. *Br Med J* 1983; 286: 575-8.
31. Ku L, Fisher D. The attitudes of physicians toward health care cost-containment policies. *Health Serv Res* 1990; 25: 25-42.

