

9. Alonso J, Muñoz A, Antó JM and the Appropriateness Evaluation Protocol Group of the Hospital Universitari del Mar. Using length of stay and inactive days in the hospital to assess appropriateness of utilisation in Barcelona, Spain. *J Epidemiol Community Health* 1996;50:196-201.

10. Paranjpe N, Strumwasser I, Ronis DL, Bartzack C, Zech C. Efficiency gains in utilization review. *J Quality Assur Utilization Review* 1989;4:108-14.

11. Strumwasser I, Paranjpe NV, Ronis DL, Nastas G, Livingston R, Share D. Focused utilization review strategies. *QRB* 1989;5:246-54.

12. Payne SMC, Campbell D, Penzias BG, Socholtzky E. New methods for evaluating utilization management programs. *QRB* 1992; 340-7.

13. Ash A, Shwartz M, Payne SMC, Restuccia JD. The Self-Adapting Focused Review System. Probability Sampling of Medical Records to Monitor Utilization and Quality of Care. *Med Care* 1990;28:1025-39.

Visita médica y prescripción de medicamentos en atención primaria

Sr. Director:

El creciente interés en conocer la utilización de medicamentos se debe, igual que ha ocurrido en otros países, al elevado consumo farmacéutico, lo que ha supuesto una importante preocupación en la Administración sanitaria y un incremento en los estudios a este nivel¹. En la generación de esta demanda de fármacos aparecen factores relacionados con el médico, con el paciente y con el mercado farmacéutico^{1,2}.

En un estudio realizado en un centro de salud urbano docente (C.S. de S. M.^a de Gracia de Murcia) se analiza la prescripción farmacéutica con objeto de determinar la influencia que los factores sociofamiliares así como los relacionados con la morbilidad del paciente y patrón de uso de la consulta tiene sobre la misma.

La información procede de un cuestionario asistencial dirigido al paciente en dos consultas de medicina general durante los meses de mayo y junio y aplicado por el médico correspondiente al finalizar cada visita. Además del número de medicamentos prescritos por consulta, se ha estudiado el tipo de medicamento utilizando para ello la clasificación anatómica³ y reagrupando en una sola categoría los correspondientes a los productos hormonales y productos genitourinarios y en otra el de citostáticos y parasitosis, denominado «varios» a esta última. Mediante muestreo probabilístico sistemático se seleccionaron un total de 784 casos para una desviación previsible de 1 recetas/consulta⁴, un error máximo de 0,07 recetas/consulta y para un nivel de confianza del 95%. Además del análisis bivariante (χ^2 , *t* de Student, varianza simple y correlación lineal de Pearson) se ha realizado un análisis multifactorial de la varianza con el subsiguiente análisis de clasificación múltiple, utilizando 581 casos, dado que el programa estadístico empleado (SPSS/PC+) usa para el mismo únicamente los casos que contengan completas todas las variables incluidas en el modelo.

En este estudio, el número de medicamentos recetados no varía con respecto al sexo, obteniéndose una media de 1,5 recetas por consulta en los varones y de 1,6 en las mujeres (*t* = 1,33, *p* = 0,222), hecho que viene a contrastar con el mayor consumo de medicamentos que tanto de forma general como prescritos se suele observar en estas⁵⁻⁹. En consonancia con algunos trabajos^{10,11}, tampoco parece depender de otros factores sociodemográficos como el estado civil (*F*(3) = 1,462, *p* = 0,22), actividad laboral (*F*(4) = 0,348, *p* = 0,846). La edad

del consultante aparece como el factor personal más importante a considerar influyendo, al igual que en otros estudios^{8,11}, en el número de medicamentos recetados que van aumentando a medida que se incrementa la misma (*R* = 0,385, *p* < 0,001).

Son, sin embargo, los factores de morbilidad que se relacionan en otros trabajos^{5,6,8} los que determinan con mayor intensidad la variación en el uso de medicamentos. El número de medicamentos prescritos ha aumentado proporcionalmente al número de movitos de consulta y ha variado fundamentalmente con respecto al motivo principal de la misma, siendo las consultas por enfermedades del sistema circulatorio (2,31), enfermedades mentales (2,28), del SNC y órganos de los sentidos (2,22) y dermatológicas (2,18) las que mayor número de recetas han generado y, las condiciones mal definidas (1,05) y lesiones (0,66) las que menor número de medicamentos han precisado (tabla 1).

Otro de los factores que parecen influir en el número de prescripciones es el origen de la visita, siendo las consultas a demanda las que mayor número de recetas (1,80) han generado. Las consultas con cita que normalmente son producidas por el médico para revisión de la enfermedad, precisarían, dada su naturaleza, un menor número de medicamentos (1,14).

No obstante, otros factores relacionados con el patrón de uso de la consulta como son el número de personas en la visita y la presencia o ausencia del paciente de la misma, no parecen intervenir en la cantidad de medicamentos prescritos, como tampoco lo parece el tipo de consulta, pues las diferencias que se obtienen inicialmente con respecto a este factor desaparecen al controlar las demás variables incluidas en nuestro análisis. Hay que destacar, sin embargo, que la utilización de medicamentos sí parece depender del uso simultáneo de otro u otros recursos, ya que disminuye cuando se realiza exploración física, remisión al especialista o, con menor significación, cuando se solicita analítica. En este sentido, cabe resaltar el hecho de que se receta un menor número de fármacos cuando se ha utilizado previamente la exploración física; tal como ocurre con respecto a la petición simultánea de analítica o de consulta al especialista, es lógico pensar que estos recursos se suelen utilizar en aquellos casos en que se necesita confirmar el diagnóstico y que en principio no precisan del uso de medicación o, como mucho, tan sólo de medicación sintomática.

El régimen de la seguridad social aparece como otro de los factores importantes a considerar, determinando en gran

Tabla 1. Análisis de clasificación múltiple con el N° de medicamentos recetados por consulta como variable dependiente (m = 1,67)

Variable	Valor	N	No ajustado		Ajustado		p
			Desviación	Eta	Desviación	Beta	
Edad	7 - 24	107	-0,69		-0,36		< 0,01
	25 - 44	151	-0,64		-0,24		
	45 - 64	166	0,27		0,04		
	≥ 65	157	0,81		0,44		
Origen	A demanda	468		0,38		0,18	< 0,001
	Cita	113	0,10		0,13		
Exploración	Sí	255	-0,23		-0,30		< 0,001
	No	326	0,18		0,23		
Analítica	No	511		0,12		0,16	< 0,05
	Sí	70	0,07		0,04		
Especialista	No	516	0,10		0,08		< 0,001
	Sí	65	-0,78		-0,65		
R.S. Social	General	275	-0,55		-0,26		< 0,01
	Pensión	251	0,70		0,29		
	Autónomo	50	-0,37		0,06		
	Otros	5	-1,07		-0,93		
Tipo consulta	Primera	160	-0,30		0,00		n.s.
	Segunda	393	0,10		-0,03		
	Programada	26	0,13		0,25		
	Domicilio	2	1,83		2,42		
Motivo principal				0,13		0,09	< 0,01
	Infecciosas	14	0,11		10,02		
	Neoplasias	2	1,83	0,60			
	Endocrino	45	-0,10		-0,42		
	Sanguíneas	9	-0,23		-0,36		
	Mentales	29	0,70		0,61		
	SNC	39	0,40		0,55		
	Circulatorio	69	0,98		0,64		
	Respiratorio	108	0,03		0,19		
	Digestivo	26	0,29		0,11		
	Genitourinario	34	-0,62		-0,38		
	Embarazo	1	0,33		0,72		
	Dermatológicas	23	0,33		0,51		
	Reumáticas	49	-0,10		-0,15		
	Congénitas	1	0,33		-0,06		
	Mal definidas	40	-0,87		-0,62		
Lesiones	23	-1,41		-1,01			
Suplementaria	69	-0,40		-0,64			
Miembros familia				0,36		0,32	n.s.
	1	30	0,56		-0,24		
	2	123	0,41		0,01		
	3	116	0,12	-0,04			
	4	135	-0,40		-0,01		
N° de motivos	5 ≥	177	-0,15		0,04		< 0,001
	1	373	-0,33		-0,31		
	2	187	0,60		0,56		
	3 ≥	21	0,42		0,45		
	R			0,27		0,25	
	R²					0,602	
						0,362	

Desv: desviación o variación con respecto a la media (m). Eta: coeficiente de correlación parcial. Beta: coeficiente de regresión parcial.

parte el uso de recetas. Estas variaciones persisten incluso controlando los factores a través de los cuales se podría dar esta relación como la edad o el número y tipo de motivos de consulta, siendo los pacientes del régimen pensionista (1,96) aquellos en los que más se utiliza este recurso como cabe esperar¹¹⁻¹³.

Como se puede apreciar en la tabla 1, las variables incluidas en el modelo explican el 36% de la variabilidad del número de medicamentos utilizados por consulta.

En cuanto al tipo de medicamento, los grupos farmacológicos más recetados que han correspondido al sistema cardiovascular (en el 24,4% de las consultas), antiinfecciosos (21,1%), SNC (19,1%), aparato respiratorio (18,8%), digestivo (17,2%) y locomotor (17%) coinciden en líneas generales con la mayoría de los trabajos publicados al respecto^{10,13-15}. De igual forma, los menos utilizados han sido los citostáticos

y antiparasitarios (79% en total), fármacos de uso fundamentalmente hospitalario, a lo que cabría añadir la baja incidencia de parasitosis en nuestro medio¹⁶.

Los medicamentos son parte esencial de los cuidados sanitarios y el progreso de los fármacos ha contribuido a la salud de la población; sin embargo, el uso inapropiado de los mismos puede comprometer este progreso, existiendo por tanto la necesidad de conocer las características de su utilización y mejorar la información de los determinantes de prescripción farmacéutica.

D. Gómez-Calcerrada

D. Pérez Flores

P. Maset

Centro de Salud Sta. M^a de Gracia y

Dpto. de Ciencias Sociosanitarias, Universidad de Murcia.

Bibliografía

1. García Iniesta A. Estudios de utilización de medicamentos y análisis de la situación farmacéutica. En: Instituto Nacional de la Salud. Estudios de utilización de medicamentos. I. Madrid: INSALUD 1989;15-49.
2. Gerber KE, Nehemkis AM. Compliance. The dilemma of chronic ill. New York: Springer Publishing Company; 1986.
3. Ministerio de Sanidad y Consumo. O.M. 15 de octubre de 1989 de la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios por la que se actualiza la Clasificación Anatómica de Medicamentos. B.O.E. n.º 257 (26-10-1989), 1989.
4. Moreno E, Gómez-Calcerrada D, Sandoval C, Cánovas J, Ramos C, Peñalver JF, Guillén F, Maset P. Influencia de la cita previa en las consultas de Atención Primaria de la región de Murcia. *Aten Primaria* 1992;9:20-3.
5. Kasper J, Wilson R. Use of prescribed medicines: a proxy indicator of access and health status. *Int J Health Serv* 1983;13:433-42.
6. Skegg D. Relation between drug utilization and morbidity. A record linkage study. *Acta Med Scand* 1984;683:81-7.
7. Jackson JD, Smith MC, Sharpe TR, Freeman RA, Hy R. An investigation of prescribed and non prescribed medicine use behavior within the household context. *Soc Sci Med* 1982;16:2009-15.
8. Wells K, Kamberg C, Brook R, Camp P, Rogers W. Health status, sociodemographic factors and the use of psychotropic drugs. *Medical Care* 1985;23:1295-306.

9. Fernández Herráez E. La encuesta de salud de la comarca del Noroeste murciano. Tesis Doctoral. Universidad de Murcia; 1988.p.222-35.
10. Klaukka T. Users of prescription drugs in finnish primary care. *Scand J Prim Health Care* 1988;6:43-50.
11. Dovey SM, Tilyard MW, Phillips DE, Whitney RK. The effect of employment status and household composition on health care utilisation in a general practice. *New Zealand Medical Journal* 1992;105:188-90.
12. Jiménez Puente A, Ordóñez JA, Córdoba A, Fernández Gómez MA. Factores relacionados con el gasto y la calidad de la prescripción farmacéutica en atención primaria. *Aten Primaria* 1995;16:131-6.
13. Martínez Gorostiaga J, Lorente F, Casto de I. Estudio de utilización de medicamentos en un área de salud de Zaragoza durante 1992, según modelo de Atención Primaria. *Inf Ter Sis Nac Salud* 1993;17:252-60.
14. Turabian JL, Juanes de R. Consumo de medicamentos en una muestra de usuarios de la atención primaria. *Rev San Hig Pub* 1989;2:63:98-108.
15. López Alba MA, Martínez D, Bueno A, Rodríguez A, Pelayo R. Prestación farmacéutica en la Atención Primaria de salud. *Gac Sanit* 1988;2:191-3.
16. Gómez-Calcerrada D. Análisis de la utilización de la consulta médica en un centro de salud urbano. Murcia: Secretariado de Publicaciones Universidad de Murcia; 1995.

Identificación de revisores y otros problemas en la revisión de artículos originales

Sr. Director:

Hemos leído con interés el reciente editorial¹ discutiendo las ventajas e inconvenientes de la identificación de los revisores que, en términos generales, compartimos completamente, así como la política al respecto de *Gaceta*. No

obstante, queremos aprovechar la invitación a la discusión que contiene para comentar otros aspectos del papel de los revisores que, tal vez, subyacen bajo el problema que se discute.

No sabemos hasta qué punto es frecuente que un autor reciba una revisión de su trabajo que logre enfadarle lo sufi-