

CARTAS AL DIRECTOR

Factores explicativos del gasto farmacéutico en atención primaria

Anciano; Atención primaria; Cuidadores; Dependencia; Gasto farmacéutico; Indicadores

Sr. Director: En los últimos años se han identificado numerosos factores en relación con el gasto generado por la prescripción farmacéutica en el ámbito de la atención primaria en España^{1,2}, la cual supone un 7% aproximadamente del gasto presupuestario de la Seguridad Social³.

En el presente trabajo se intenta demostrar, mediante análisis univariante, que las 2 variables que se relacionan más con el gasto farmacéutico son la frecuentación y el envejecimiento poblacional. Para ello, hemos seleccionado los perfiles de prescripción en 1998 de los 199 médicos de atención primaria del Área de Salud de Ávila (urbanos y rurales) y hemos agrupado cada uno de los cupos en 5 categorías crecientes según su población del siguiente modo: grupo A (menos de 500 hab.; 96 núcleos de población; media poblacional \pm DE = 293 ± 103 hab.); grupo B (501-870 hab.; 45 núcleos; 675 ± 113 hab.); grupo C (871-1.450 hab.; 26 núcleos; 1.163 ± 153 hab.); grupo D (1.451-1.900 hab.; 19 núcleos; 1.617 ± 129 hab.), y grupo E (más de 1.900; 13 núcleos; 2.247 ± 252 hab.). Se han obtenido de la Gerencia de Atención Primaria del INSALUD los listados cuantitativos de prescripción farmacéutica⁴ y el listado mensual de actividad declarada, de donde se extrae la frecuentación anual.

Los resultados son los siguientes: el importe por habitante y año disminuye de 33.285 pts. en los puestos de trabajo del grupo A (núcleos de poca población) hasta 19.920 en el E (núcleos mayor población). El número de recetas por habitante y años decrece igualmente de 20,2 en el grupo A a 12,6 en el E. El importe por receta se mantiene relativamente estable en los distintos grupos, oscilando entre las 1.596 pts. en el grupo E y las 1.694 en el D. El porcentaje entre activos y pensionistas oscila entre 1,0 en el grupo A a 2,6 en el E, y la frecuentación anual desciende de 14,9 en el grupo A a 6,2 en el E (tabla 1). Del cotejo de estas cifras, se puede deducir que mientras los importes por receta apenas se diferencian entre núcle-

TABLA 1. Indicadores en los distintos núcleos de población

Grupos	ACT/PEN	FREC	IMPHAB	RHAB	IMPRHAB
A	1,0 \pm 0,4	14,9 \pm 4,5	33.285 \pm 8.057	20,2 \pm 4,4	1.653 \pm 229
B	1,4 \pm 0,4	11,5 \pm 3,3	28.951 \pm 5.265	18,2 \pm 3,7	1.603 \pm 192
C	2,1 \pm 0,4	9,3 \pm 3,0	25.405 \pm 5.570	15,3 \pm 3,4	1.673 \pm 170
D	2,3 \pm 0,5	8,1 \pm 2,6	22.215 \pm 3.580	13,2 \pm 2,6	1.694 \pm 136
E	2,6 \pm 0,6	6,2 \pm 2,5	19.920 \pm 6.198	12,6 \pm 4,0	1.596 \pm 157

ACTPEN: proporción entre activos y pensionistas; FREC: frecuentación anual; IMPHAB: importe por habitante y año; RHAB: número de recetas por habitante y año; IMPRHAB: importe de la receta por habitante.

os grandes y pequeños (no existen diferencias significativas en el análisis estadístico con la prueba t de diferencias de las medias, que es la que se ha empleado en todos los casos), los importes por habitante ($t = 5,57$; $p < 0,00$ entre los grupos A y E) y el número de recetas por habitante ($t = 5,85$; $p < 0,00$) disminuyen drásticamente a medida que los núcleos de población son más grandes. Así mismo, la frecuentación disminuye intensamente desde los grupos más pequeños a los de mayor tamaño ($t = 6,77$; $p < 0,00$), a la inversa de lo que ocurre con la proporción entre activos y pensionistas ($t = 12,51$; $p < 0,00$), que es mayor cuanto más grande es el núcleo analizado.

De lo anterior se concluye que las diferencias en la variable importe por habitante pueden estar en relación con la mayor frecuentación en los núcleos pequeños, que induce una mayor prescripción, pero con un coste medio por receta similar. Es decir, que aunque el comportamiento del médico que prescribe en cuanto al coste de las especialidades es similar independientemente del tamaño de los núcleos de población, el hecho de que exista en los núcleos de menor tamaño una mayor frecuentación (probablemente por una mayor accesibilidad de la población al nivel primario de salud en estos lugares e indudablemente por un mayor envejecimiento poblacional con el correspondiente exceso de prevalencia de enfermedades crónicas) implica un mayor número de recetas por habitante y por ello un mayor importe por habitante. Se verifica pues una relación lineal entre menor carga poblacional, menor proporción de activos, mayor frecuentación, mayor número de recetas por habitante y mayor importe por habitante.

L.E. Blanco Montagut

Centro de Salud Ávila Rural. Ávila.

1. Benavent Areu J, Pinyol Martínez M, Casajuana Brunet J, Bordàs Julce JM, Botinas Martí M, Diogene Fadini E et al. El gasto farmacéutico público en atención primaria: asignando responsabilidades, proponiendo soluciones. Cuadernos de Gestión 1997; 3 (4): 184-200.
2. Cabedo García VR, Poveda Andrés JL, Peiró Moreno S, Nacher Fernández A, Goterris Pinto MA. Factores determinantes del gasto por prescripción farmacéutica en atención primaria. Aten Primaria 1995; 16 (7): 407-416.
3. Anónimo. Consumo farmacéutico de la Seguridad Social 1997. Panorama Actual del Medicamento 1998; 22 (213): 234-237.
4. Indicadores cuantitativos de consumo farmacéutico. Servicio de Farmacia. Gerencia de Atención Primaria. Ávila: INSALUD, 1998 (documento no publicado).

Intervención educativa dirigida a cuidadores de personas mayores dependientes

Anciano; Atención primaria; Cuidadores; Dependencia; Gasto farmacéutico; Indicadores

Sr. Director: Actualmente nos encontramos con un progresivo envejecimiento de la población debido al desarrollo socioeconómico y a las mejoras sanitarias, y en consecuencia con un aumento progresivo en el grupo de ancianos discapacitados, ya sea en el ámbito psíquico o físico. Tradicionalmente, en nuestra sociedad, es la familia la que se hace cargo del cuidado del anciano, y este cambio demográfico ha generado un incremento de la carga y de la responsabilidad de las familias que contribuyen con su ayuda informal a la asistencia de las personas mayores con algún nivel de dependencia¹. Estos cuidadores disponen generalmente de escasa información sobre las enferme-

dades de los ancianos, y de cómo se debe actuar para que el paciente conserve su autonomía. La responsabilidad de proporcionar ayuda al anciano, día a día, y durante un largo período de tiempo, tiene un impacto físico y psicológico sobre la vida de los cuidadores y el resto de la familia^{2,3}. De hecho, el cuidado de las personas mayores dependientes ha sido identificado como uno de los acontecimientos más estresantes en la vida de una familia y de cada uno de sus miembros⁴. Por todo ello, es importante concienciar del problema a la sociedad y sobre todo a los medios sociosanitarios, y poner en marcha programas de apoyo y actividades que les faciliten la tarea⁵. En nuestro centro de salud, sensibilizados por el tema, pusimos en marcha una intervención educativa dirigida a cuidadores de ancianos dependientes de la zona básica de salud. Se incluyó en dicha actividad a 24 cuidadores de 32 personas mayores dependientes que se encontraban en el registro de visita domiciliaria, divididos en 2 grupos de 12 integrantes cada uno. Las características de nuestros cuidadores no difieren de las halladas en otros estudios de ámbito nacional^{1,3}. El 95% de los cuidadores eran mujeres con una edad media de 57,5 años (DE, 9,1), siendo un 87,5% amas de casa y el 78% con estudios básicos o sin estudios. El parentesco que las une a los ancianos dependientes es variable, encontrando que un 59% es hija y el 19% nuera, frente al 12,5% que era esposa.

La edad media de los 32 ancianos dependientes era de 81 años (DE, 10,2; rango, 62-98), siendo un 66% mujeres. El parentesco que los unía a sus cuidadores principales era en un 44% madre, 19% padre y 12% marido, frente a un 17% que era suegro. La dependencia de los ancianos en el 25% de los casos era debida a limitaciones físicas, en el 19% a limitaciones mentales y en un 56% era debido simplemente a senectud.

El programa pretende tener una visión integral del problema y se plantean como objetivos la mejora de la calidad de los cuidados recibidos por las personas mayores dependientes y la disminución de la carga y el malestar asociados al rol de cuidador⁶. Consta de 2 módulos: uno informativo, en el que se facilita información general sobre los hábitos de vida de las personas mayores y de los cuidados propios de esta edad, siempre po-

tenciando la autonomía de los mayores, se instruye sobre posibles cambios en el comportamiento de los ancianos y se fomenta el desarrollo de habilidades de afrontamiento por parte de los cuidadores; y otro módulo más específico del cuidador, en el que se estimula al autocuidado y se enseña cómo responder mejor a situaciones cotidianas difíciles que se presentan en su convivencia con el anciano y que no son capaces de manejar de forma eficaz. Por último, se proporciona información sobre los recursos sociales disponibles.

Se realizaron 10 sesiones semanales con cada grupo, de 90 minutos de duración, en las que se impartía una parte teórica aplicando técnicas participativas como tormenta de ideas, discusión en grupo, rejilla de análisis o *role-playing*. Se finalizaba con técnicas de relajación y tareas a realizar en la semana siguiente y relacionadas con el tema tratado. Al finalizar el curso, se realizó un cuestionario destinado a valorar los conocimientos y las habilidades adquiridas, así como la evaluación global del curso. En cuanto a la valoración del taller, un 75% estaba de acuerdo en que habían mejorado sus conocimientos sobre los problemas comunes de los cuidadores, un 66,6% declaraba sentirse menos triste y desanimada con el hecho de cuidar y controlaban mejor la ansiedad y el estrés, y un 66,6% había aprendido a manejar mejor la situación de cuidar. La mayoría (85%) pensaba que el taller les había servido para relacionarse con otras personas que vivían la misma situación. La evaluación del curso fue muy positiva con una puntuación final de 9 (escala sobre 10) y considerando la gran mayoría que el tiempo del curso había sido insuficiente, a pesar de ser 10 semanas.

Como conclusión, cabe decir que nuestra experiencia ha sido alentadora; que las cuidadoras han conseguido incorporarse a la actividad con gran entusiasmo y con necesidad de comunicar sus experiencias; que han sido capaces de aprender habilidades y mejorar su calidad de vida en su papel de cuidadoras; que la comunicación con personas que comparten su problemática ha sido muy positiva y ha supuesto una acción psicoterapéutica, y que el refuerzo positivo y el reconocimiento de su trabajo por parte de los profesionales sanitarios ha supuesto una mejora de su estima

como cuidadoras; y sobre todo que todas estas iniciativas innovadoras son necesarias para cuidar la salud de este colectivo olvidado por todos y tan necesario para la sociedad.

**R. Martín Álvarez^a,
C. Buenestado Maljarizo^b,
M.L. Caballero Oviedo^b
y F. Lora Pablos^b**

Centro de Salud El Espinillo. Area 11
INSALUD. Madrid.

^aEspecialista en Medicina Familiar
y Comunitaria.

^bDiplomado Universitario en Enfermería.

1. INSERSO. Cuidados en la vejez. El apoyo informal. Madrid: INSERSO, 1995.
2. Segura JM, Bastida N, Martí N, Riba M. Los enfermos crónicos domiciliarios y su repercusión en los cuidadores principales. *Aten Primaria* 1998; 21 (7): 431-436.
3. Rubio ML, Sánchez A, Ibáñez JA, Galve F, Martí N, Mariscal J. Perfil medicosocial del cuidador crucial. ¿Se trata de un paciente oculto? *Aten Primaria* 1995; 16 (4): 181-186.
4. Díez J, Redondo ML, Arróniz C, Giacchi A, Zabal Ch, Salaberrí A. Malestar psíquico en cuidadores familiares de personas confinadas en su domicilio. *MEDIFAM* 1995; 3: 124-130.
5. Montorio I, Díaz P, Fernández de Trocóniz MI. Programas y servicios de apoyo a familiares cuidadores de ancianos dependientes. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1995; 30 (3): 157-168.
6. Burgos M, Martín R, Lora F, Cantero P, Domínguez J. Atención comunitaria para cuidadores de ancianos discapacitados. *Revista SMMFYC* 1999; 1 (4): 16-19.

Hipertensión arterial y antigripales

Antigripales; Efectos secundarios; Hipertensión arterial.

Sr. Director: La hipertensión es una enfermedad prevalente en la población adulta. Se estima que afecta al 20% de la misma. Por otra parte, los fármacos antigripales que llevan en su composición vasoconstrictores son dispensados sin receta e incluso publicitados ampliamente en los medios de comunicación para tratar cuadros catarrales más o menos banales. La mayoría de estos medicamentos lleva en su composición analgésicos o antitusígenos asociados a antihistamínicos y un vasoconstrictor, generalmente fenilefrina, efedrina, seudofedrina o fenilpropanola-