



ORIGINAL

Variabilidad en la medición de la calidad de prescripción por comunidades autónomas

Caterina Vicens Caldentey^{a,*}, Ermengol Sempere Verdú^b, M. Pilar Arroyo Aniés^c, Miguel Ángel Hernández Rodríguez^d, Vicente Palop Larrea^e, Ramón Orueta Sánchez^f y Vicente Baos Vicente^g

^aCentro de Salud Son Serra-La Vileta, Palma de Mallorca, Islas Baleares, España

^bCentro de Salud Paterna, Valencia, España

^cCentro de Salud de Huarte, Osasunbidea, Navarra, España

^dDirección General de Programas asistenciales del Servicio Canario de Salud, Tenerife, Canarias, España

^eDepartamento de Salud, Grupo de Investigación Atención Primaria- La Ribera, Hospital de la Ribera, Alzira, Valencia, España

^fCentro de Salud Sillería, Toledo, España

^gCentro de Salud Collado Villalba Pueblo, Madrid, España

Recibido el 12 de mayo de 2009; aceptado el 21 de septiembre de 2009

Disponible en Internet el 8 de febrero de 2010

PALABRAS CLAVE

Indicadores;
Calidad;
Prescripción

Resumen

Objetivo: Conocer cómo se mide la calidad de la prescripción farmacológica y los indicadores utilizados en las diferentes comunidades autónomas (CC. AA.) del estado español.

Diseño: Estudio descriptivo transversal.

Ámbito: Nacional, en 17 CC. AA. del territorio español durante el período de enero a diciembre de 2007.

Mediciones: Definición y tipos de indicadores de prescripción, unidades de medida.

Resultados: Se ha obtenido información de 16 de las 17 CC. AA. a través de los servicios de salud autonómicos. Todos los servicios de salud han desarrollado un programa de evaluación de la prescripción farmacéutica. El número de indicadores varía entre 3 y 22. Los indicadores de selección son los más utilizados. Nueve de las 16 CC. AA. trabajan con indicadores de utilización y solo el País Vasco y Cantabria introducen indicadores de adecuación terapéutica. La medición se realiza en envases en 9 CC. AA. y en dosis diarias definidas en las 7 restantes. Los indicadores que más se repiten son porcentaje de nuevos fármacos, en 15 CC. AA. (93%), omeprazol frente al total de inhibidores de la bomba de protones, en 13 CC. AA. (81,2%), porcentaje de genéricos en 11 CC. AA. (68,7%) y antiinflamatorios de elección en 10 CC. AA. (62%).

Conclusión: Cada servicio de salud autonómico desarrolla un programa de medición de la calidad de prescripción con indicadores propios y existe una gran variabilidad entre las

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: domiatricin@telefonica.net (C. Vicens Caldentey).

KEYWORDS

Indicators;
Quality;
Prescribing

diferentes CC. AA. Es necesaria una política común de calidad de la prestación farmacéutica para favorecer los procesos de *benchmarking*, comparar resultados, fomentar la investigación y promover la cooperación entre los servicios de salud.

© 2009 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Variability in the measurement of the pharmaceutical prescription quality by autonomous communities**Abstract**

Aim: To examine how the different Spanish health regions are evaluating pharmaceutical prescription quality and the type of prescribing indicators used.

Design: Cross-sectional study.

Setting: The 17 Spanish Autonomous Communities during the period from January to December 2007.

Measurements: Definition and type of prescribing indicators, measurement units.

Results: We obtained information from 16 of the 17 CCAA through their health services. All health services had developed quality indicators of drug prescription. The number of indicators varied from 3 to 22 between regions. Most of the regions are using indicators based on adequate selection of drugs. Nine of the 16 CCAA are also including prevalence indicators and only the Basque Country and Cantabria are using indicators based on the quality of the therapeutic process. Nine CCAA use the number of packs as measurement unit and the other seven CCAA measure prescriptions in defined daily doses (ddd). The indicators most frequently used are: percentage of new drugs in 15 CCAA (93%), omeprazole in total IBP drugs in 13 (81.2%), percentage of generic drugs in 11 (68.7%) and selection of NSAID in 10 (62%).

Conclusion: Each regional health service has developed its own set of drug prescription quality indicators. Consequently, there is great variability between regions in the assessment of the quality of drug prescription. Common indicators are needed in order to establish a benchmarking process between regional health services.

© 2009 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

La prescripción de medicamentos es un acto médico que se repite todos los días en miles de consultas médicas en nuestro país y se utiliza para la prevención y el tratamiento de numerosos procesos clínicos. Una «prescripción razonada» implica la utilización del medicamento más efectivo, con el mínimo riesgo, durante el tiempo necesario, adecuado a las características individuales de cada paciente y con el mínimo coste¹. Es esencial por su repercusión en la obtención de mejores resultados en salud, para disminuir los problemas relacionados con la medicación y para garantizar la eficiencia en la utilización de recursos.

La evaluación de la calidad de la prescripción es especialmente compleja. El análisis de las prescripciones tiene la limitación del desconocimiento de las características del paciente y de la enfermedad que se va a tratar, lo que dificulta poder aseverar la calidad de una prescripción. Las distintas administraciones sanitarias han realizado importantes esfuerzos para desarrollar herramientas que hagan posible la medición de la prescripción desde que en la década de 1990 aparecieron los primeros indicadores de «calidad» de prescripción (ICP). Los ICP de medicamentos² permiten una aproximación a los aspectos cuantitativos y cualitativos³ de la prescripción y aportan información de la selección de principios activos que realizan los prescriptores, de forma individual o agrupada por áreas de salud.

La unidad técnica de medida universalmente aceptada para estudios de utilización de medicamentos es la dosis diaria definida (DDD) y su relación por unidad de tiempo y población es la dosis habitante día (DHD); también se puede utilizar el número de envases que, aunque técnicamente es más simple, tiene una menor precisión debido a la gran variabilidad en las presentaciones existentes en el mercado farmacéutico.

Los ICP permiten detectar un uso excesivo o una infrutilización de un determinado fármaco o grupo terapéutico, el uso de medicamentos con relación beneficio/riesgo desfavorable o la utilización de medicamentos menos costeefectivos en relación con otras alternativas más eficientes^{3,4}. Aportan información útil para el médico como retroalimentación de su actividad⁵, sirven para la evaluación cualitativa de los procesos asistenciales^{6,7} y con frecuencia los gestores sanitarios los utilizan como estrategia de gestión, la que vinculan a incentivar económica o de otra índole.

Desde que finalizó la descentralización de la gestión de las competencias sanitarias en el año 2002, cada comunidad autónoma (C. A.) desarrolla de forma autónoma y en función del nivel de implantación de sus sistemas informáticos de gestión y de registros clínicos, un programa específico para la evaluación de la prescripción, y crean y elaboran unos ICP propios con objetivos prioritarios para su área^{8,9}.

En este marco de descentralización sanitaria, se echa en falta información global y homogénea de la calidad de prescripción del conjunto del país, información de los sistemas de medición y de los ICP que utilizan las distintas

comunidades así como datos comparativos de consumo de medicamentos por C. A. ¿Qué y cuántos ICP utiliza cada C. A. para la evaluación de la prescripción? ¿Qué áreas priorizan? ¿Utilizan un sistema de medición homogéneo para toda la C. A.? ¿Cuál es la finalidad de los resultados? Estas y algunas más son las preguntas a las que nos gustaría dar respuesta, y constituyen el objetivo principal de este trabajo.

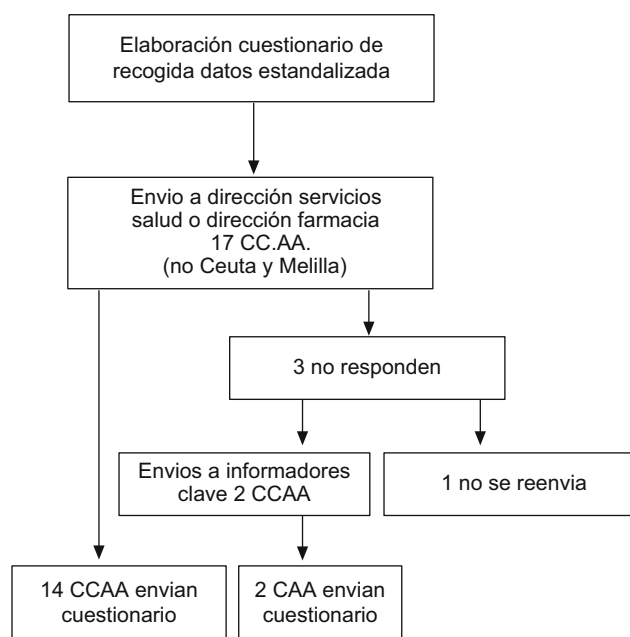
Métodos

Estudio descriptivo transversal, de ámbito nacional en 17 CC. AA. del territorio español y durante el período de enero a diciembre de 2007. Análisis comparativo de los ICP utilizados.

Para la recogida de datos, durante el segundo trimestre del año 2008 se ha contactado, en representación del Grupo de Utilización de Medicamentos de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, con los responsables de las áreas de atención primaria o responsables de gestión farmacéutica del servicio de salud de las 17 CC. AA. mediante correo electrónico como vía de comunicación, y se ha solicitado información del proceso de medición de la prescripción de su C. A. durante el año 2007, con un formulario de recogida de datos que garantice el registro homogéneo de la información y permita el análisis comparativo entre comunidades.

Si tras 2 contactos con los responsables de la C. A. no se ha conseguido obtener respuesta, se ha solicitado la información a personas de referencia de esa comunidad (directores de área, coordinadores de unidades docentes, coordinadores de equipos de atención primaria) considerados informadores clave.

Se han recogido el número y el tipo de ICP que utiliza cada una de las CC. AA., la definición de cada indicador, el proceso de diseño de los indicadores propuestos y la finalidad de los resultados.



Esquema general del estudio: Estudio descriptivo transversal de ámbito nacional. Indicadores de prescripción utilizados en las CC. AA. durante el año 2007.

Resultados

Se ha obtenido información directa y oficial de los responsables de la sanidad autonómica de 14 de las 17 CC. AA. a las que se solicitó información. No se ha solicitado información a Ceuta y Melilla. En Madrid y Castilla-La Mancha se ha conseguido la información a través de informadores clave (directores de área) y no se ha obtenido respuesta de la Comunidad Autónoma de Asturias, por lo que la totalidad de los resultados hacen referencia a 16 CC. AA.

Todos los servicios de salud han desarrollado un programa de evaluación de la prescripción farmacéutica que se implanta de manera homogénea en toda la C. A., excepto en Cataluña, Valencia y Madrid, donde a partir del programa inicial se pueden realizar ciertas modificaciones en áreas o distritos sanitarios. Prácticamente la totalidad de las CC. AA. deciden las áreas que se van a evaluar y diseñan los indicadores en comisiones mixtas interdisciplinarias o a nivel directivo con asesoramiento de expertos. Utilizan la información para dar a conocer a los profesionales su prescripción y a nivel directivo se utiliza como herramienta de gestión. En 11 (68%) CC. AA. se incentiva a los profesionales en función de sus resultados y el peso de los indicadores de prescripción sobre el conjunto de indicadores asistenciales es del 30 al 50% en 6 de las 11 CC. AA. y de más del 50% en otras 3 CC. AA.

Los profesionales de todas las CC. AA. tienen acceso a la información de sus resultados individuales y a los globales de su EAP y en la mayoría de las CC. AA. también tienen acceso a los resultados globales del resto de equipos y del área.

El número de ICP que propone cada servicio de salud varía entre 3 y 22 con una media de 10 (tabla 1). Cinco CC. AA. utilizan indicadores globales, y todas, excepto Cantabria, se sirven del indicador de novedad terapéutica. La adherencia a los fármacos recomendados por la guía terapéutica sólo se evalúa en 4 CC. AA. Los ICP más utilizados son los de selección y van dirigidos a los grupos terapéuticos que generan mayor consumo y suponen un mayor coste, como son antihipertensivos, hipolipidémicos, antibióticos, antiinflamatorios no esteroideos, antidepresivos, antidiabéticos o antiulcerosos. Existe una gran variabilidad en cuanto al número de ICP de selección utilizado. La selección de principios activos (numerador) de un determinado grupo terapéutico no siempre coincide en todas las CC. AA. Nueve de las 16 CC. AA. trabajan con indicadores de utilización o prevalencia, aunque la mayoría propone sólo uno o 2 indicadores de este grupo. Sólo el País Vasco y Cantabria introducen indicadores de adecuación terapéutica. La unidad de medida es el número de envases en 9 CC. AA. y en las 7 restantes se mide la prescripción en DDD.

En la tabla 1 se detallan los ICP por CC. AA., y su definición se describe en la tabla 2. Globalmente, los indicadores que más se repiten son porcentaje de nuevos fármacos en 15 CC. AA. (93%), omeprazol frente a total inhibidores de la bomba de protones en 13 CC. AA. (81,2%), porcentaje de fármacos genéricos frente a total en 11 CC. AA. (68,7%) y antiinflamatorios no esteroideos de elección en 10 CC. AA. (62%).

Discusión

El interés del presente estudio consiste en reunir la información de cómo se está evaluando la prescripción de medicamentos en el conjunto de las CC. AA. y poder

Tabla 1 (continuación)

	Anadaluía	Aragón	Cantabria	Castilla-La Mancha	Castilla-León	Cataluña	Comunidad valenciana	Extremadura	Galicia	Islas Baleares	Islas Canarias	La Rioja	Madrid	Murcia	Navarra	País Vasco
Bifosfonatos EFG									d							
Innovaciones galénicas							d									
Gasto por hab. ponderado							x						x			
Prescripción electrónica	x							x				x				
Indicador global eficiencia																
Adecuación																
Insuficiencia cardíaca																x
Fibrilación auricular																x
Cardiopatía isquémica																x
Bronquitis aguda																x
Indicación colesterol alto																x
Indicación gastroprotección																x

AINE: antiinflamatorio no esteroideo; **ARA:** antagonista del receptor de la angiotensina; **DDD:** dosis diaria definida; **DHD:** dosis habitante día; **DOE:** denominación oficial española; **e:** medición en envases; **d:** medición en DDD/DHD; **HTA:** hipertensión; **IECA:** inhibidor de la enzima convertidora de la angiotensina; **u:** medición en unidades de dosificación; **X:** indicador utilizado sin especificar unidad de medida.

*En mayores de 65 años.
**En pensionistas.
(a/b) Años de comercialización.

disponer de datos comparativos, información no disponible en el Servicio Nacional de Salud (SNS) hasta hoy. El hecho de que la mayoría de las CC. AA. hayan colaborado activamente al hacernos llegar la información solicitada y que esa información proceda de las direcciones de atención primaria u organismos de gestión farmacéutica confiere una elevada fiabilidad a los resultados. Se aprecia una gran variabilidad en cuanto al número de indicadores utilizados (rango: 3–22) y en la unidad de medida utilizada, ya que sólo 7 CC. AA. miden la prescripción en DDD, mientras que 9 CC. AA. lo hacen en número de envases. Esto dificulta el poder establecer comparaciones de los resultados entre CC. AA. y acentúa la falta de una política de gestión farmacéutica común en el SNS, a pesar de constituir uno de los objetivos prioritarios del Plan Estratégico de Política Farmacéutica del año 2004¹⁰.

Se puede observar que existe una tendencia general en todas las CC. AA. que incluye, por una parte, el fomentar la prescripción de medicamentos genéricos o por principio activo y, por otro lado, el frenar la prescripción de principios activos de reciente comercialización; ambos indicadores están en la línea de priorizar la prescripción eficiente. El indicador de adherencia a la guía terapéutica es un indicador global muy útil para evaluar la tendencia de los profesionales hacia la utilización del conjunto de principios activos que recomienda su servicio de salud, así como para fomentar la cultura del uso de las guías; a pesar de esto, sólo está presente en 4 CC. AA.

Los indicadores de selección pueden diferir entre CC. AA., y pueden presentar para un mismo indicador distintos principios activos seleccionados en el numerador. Éste es otro de los factores que dificulta la comparación entre áreas.

Los indicadores de utilización (DHD) se proponen escasamente en la mayoría de las CC. AA. Estos ICP permiten conocer el consumo de un determinado grupo terapéutico y estimar la prevalencia de problemas de salud. Complementan la información de los indicadores de selección, ya que detectan un posible consumo excesivo, a pesar de una adecuada relación porcentual de los principios activos seleccionados. Por ejemplo, en el indicador antibióticos de 1.º nivel se puede obtener un resultado excelente en la selección de principios activos y, sin embargo, tener una DHD demasiado elevada por estar indicándolos en procesos que no requieren su uso. Con este segundo indicador se detecta un uso excesivo, a pesar de una correcta selección. Lo mismo puede ocurrir con los antiinflamatorios, los inhibidores de la bomba de protones y las benzodiazepinas, todos ellos grupos terapéuticos con una tendencia clara a la sobreutilización.

En general, los ICP que se obtienen exclusivamente a partir de las recetas facturadas son limitados y no permiten valorar con total seguridad la calidad de la prescripción. Por otra parte, los indicadores que miden adecuación terapéutica requieren el conocimiento del diagnóstico y de determinadas características del paciente, y para su obtención se precisa de información procedente de registros de los procesos asistenciales. Hoy por hoy, tan sólo el País Vasco y Cantabria los introducen para su evaluación. Ninguna C. A. utiliza ICP que relacionen datos de prescripción con resultados en salud. Reino Unido^{11,15–17} y Australia¹², por poner 2 ejemplos de países con una cultura

Tabla 2 Definición de los indicadores			
Indicador	Definición	Indicador	Definición
<i>Globales</i>		<i>Utilización</i>	
Utilidad terapéutica baja ¹⁴	Env. utilidad terapéutica baja $\times 100/N.^{\circ}$ total envases	DHD antibióticos	DHD antibióticos totales
Valor intrínseco elevado	Env. valor intrínseco elevado $\times 100/N.^{\circ}$ total envases	Antibióticos totales	N. ^o env. antibióticos totales/1.000-TIS-mes
Adherencia a la guía	Env PA recomendados guía terapéutica $\times 100/N.^{\circ}$ total env.	Antibióticos 3.er nivel	N. ^o env. antibióticos 3.er nivel/1.000-TIS-mes
Nuevos fármacos	Env PA reciente comercialización $\times 100/N.^{\circ}$ total env. prescritos*	DHD AINE	DHD AINE totales
Selección		DHD inhib. bomba de protones	DHD inhibidores de la bomba de protones
Antihipertensivos	% DDD o env anti-HTA selec/DDD o ENV total anti-HTA**	DHD (> 65) antiulcerosos	DHD antiulcerosos en > 65 años
Diuréticos	% DDD diuréticos solos o asoc. Selec/DDD total anti-HTA	DHD benzodiacepinas	DHD benzodiacepinas
Tiazidas	% DDD tiazidas (solas o asoc)/DDD total anti-HTA	Env. benzodiacepinas	N. ^o env benzodiacepinas/100 personas/mes (activos y pensionistas)
IECA + diur/anti-HTA	% env IECA + diur+asociaciones/total env anti-HTA	DHD (> 65) benzodiacepinas	DHD benzodiacepinas > 65 años
IECA	% DDD o env IECA/DDD o env total IECA + ARA II	Eficiencia	
IECA + diuréticos	% DDD IECA o asoc a diur/DDD total IECA + ARA II solos o asoc	Prescripción genéricos (EFG)	%DDD o env EFG $\times 100/$
DDD o env EFG totales ARA II/anti-HTA	Env ARA II $\times 100/N.^{\circ}$ env. total antihipertensivos	EFG/grupo intercambio	N. ^o env EFG $\times 100/N.^{\circ}$ envases grupo intercambio
ARA II/ARA II + IECA	% DDD ARA II/DDD total IECA + ARA II	Prescripción en DOE	N. ^o env en DOE $\times 100/$
N. ^o total envases Omeprazol	% DDD o env omeprazol/DDD o env total IBP	Medicamentos eficientes	Env con present. eficiente $\times 100/N.^{\circ}$ Total envases PA con presentación eficiente
Antiulcerosos	% DDD antiulcerosos selec/DDD total antiulcerosos**	Nuevos genéricos	%DDD nuevos genéricos*** selec/DDD total esos PA
AINE	% DDD o env AINE selec/DDD o env total AINE**	Estatinas EFG	%DDD estatinas EFG/DDD total estatinas
Paracetamol/AINE + paracetamol	% DDD paracetamol/DDD paracetamol + AINE	Antidepresivos EFG	%DDD antidepresivos ISRS EFG/DDD total ISRS
Paracet + asoc/AINE + paracetamol	% DDD paracet o asoc cod./DDD paracet solo o asoc + AINE	Antihistamínicos EFG	%DDD antihistamínicos 2. ^a gen EFG/DDD total antihist. 2. ^a gen
Inhibidores Cox-2	% DDD inhibidores de la Cox-2/DDD total AINE	Bifosfonatos EFG	%DDD Ac. alendrónico EFG/DDD total bifosfonatos
Tenoxicam + piroxicam	% DDD piroxicam + tenoxicam/DDD total AINE	Innovaciones galénicas	%DDD innov. galénicas /DDD PA con innovación galénica
Estatinas	% DDD o env estatinas selec/DDD o env total estatinas	Gasto por hab. ponderado	Gasto por habitante ponderado
Simvastatina	% DDD simvastatina/DDD total estatinas	Prescripción electrónica	% recetas en presc. electrónica/total recetas

Tabla 2 (continuación)

Indicador	Definición	Indicador	Definición
Hipolipidemiantes	Env hipolipidemiantes selec \times 100/N.º env total hipolipidemiantes	Indicador global eficiencia	Coste 21 subgr. terapeut. (ST) selec/coste 21 ST año previo
Antidepresivos	% DDD o env antidepres selec/DDD o env total antidepres**	Adecuación terapéutica	
Antidiabéticos	% DDD o env antidiab selec/DDD o env total antidiabéticos**	Insuficiencia cardíaca	N.º pacientes con IC en tratamiento IECA o ARA II selec/total pacientes IC
Metformina	% DDD metformina/DDD antidiabéticos orales	Fibrilación auricular	Pacientes FA en tratamiento ACO/total pacientes FA
Antibióticos 1.º nivel	% DDD o env antib. 1.º nivel/DDD o env total antibióticos**	Cardiopatía isquémica	Pac. con CI en tratamiento con estatinas/total pacientes CI
Penicilinas	% DDD o env penicilinas/DDD o env total antibióticos	Bronquitis aguda	Episodios BA sin tratamiento antibiótico/ total episodios BA
Amoxicilina/ amoxicilina + amoxi- clavulánico	% DDD amoxicilina/DDD total amoxicilina + amoxi-clavulánico	Indicación colesterol alto	Nivel medio col en pac. tratados con estatinas tipos de estatinas
Cefalosporinas 1.º y 2.º	% DDD cefalosporinas de 1.ª y 2.ª generación/DDD total antib	Indicación gastroprotección	% pacientes en tratamiento con IBP con indicación de gastroprotección
Antiasmáticos	% DDD antiasmáticos selec (no asoc)/DDD total antiasmáticos		
Beta 2	% DDD asoc beta 2 + corticoides inh/DDD total antiasmáticos		
Benzodiazepinas elección	% DDD benzodiazepinas selec/DDD total benzodiazepinas		
Mórficos	DDD morfina/DDD total opiáceos		

ACO: anticoagulantes orales; AINE: antiinflamatorio no esteroideo; ARA: antagonista del receptor de la angiotensina; Asoc: en asociación; BA: bronquitis aguda; CI: cardiopatía isquémica; Col: colesterol; Cod: codeína; DDD: dosis diaria definida; Diur: diurético; DOE: denominación oficial española; Env: envases; FA: fibrilación auricular; IBP: inhibidor de la bomba de protones; IC: insuficiencia cardíaca; IECA: inhibidor de la enzima conversiva de la angiotensina; ISRS: inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina; PA: principio activo; Paracet: paracetamol; Selec: seleccionados; TIS: tarjeta individual sanitaria.

*Principios activos comercializados en los últimos 3/5 años sin aportación terapéutica relevante.

**Los principios activos seleccionados pueden no coincidir en todas las comunidades autónomas.

***Selección de principios activos introducidos recientemente como EFG.

de evaluación de la calidad de prescripción más avanzada, disponen de sistemas de evaluación continua de la prescripción dirigida a los profesionales donde poder analizar sus indicadores de prescripción y compararse con sus iguales. Algunos de los indicadores que proponen estos países son similares a los utilizados en nuestro país, si bien aumentan la precisión ajustando por grupos de edad y sexo, los relacionan en algunos casos con datos de morbilidad y complementan la información con indicadores de volumen de prescripción asociados a los de selección.

La puesta en marcha de políticas de calidad de la prestación farmacéutica y su implantación en todos los niveles asistenciales constituye una actuación estratégica de gran magnitud, dada su implicación en la obtención de mejores resultados en salud¹³ y reducción de la iatrogenia. Disponer de información acerca de los programas de calidad de la prescripción del conjunto de las CC. AA. favorece las

políticas de *benchmarking*, permite comparar resultados, promueve la cooperación entre los servicios de salud y fomenta la investigación. Por otra parte, disponer en el ámbito del SNS de un programa relativamente estable de indicadores de utilización de medicamentos, en especial de aquellos que vinculen actividad, adecuación en la utilización de recursos y resultados en salud, que sea sensible y consensado con los profesionales implicados, debería formar parte de cualquier plan de calidad y de incentivos de la actividad asistencial. Sería interesante que el SNS junto con las direcciones generales autonómicas impulsara una política de calidad de la prestación farmacéutica que fomentase la comunicación y los flujos de información multilaterales, promoviera el desarrollo de nuevos indicadores y diera a conocer sus resultados para poder avanzar y mejorar el conocimiento y la calidad de la prescripción.

Puntos clave

Lo conocido sobre el tema:

- Cada C. A. desarrolla su propio sistema de medición de la prescripción.
- No disponemos de datos de indicadores de prescripción de índole nacional.

Qué aporta este estudio:

- Existe una gran variabilidad en la forma de medir la calidad de la prescripción en las diferentes CC. AA.
- Disponemos de una recopilación de los indicadores utilizados por CC. AA. durante el año 2007.
- Escasa utilización, en general, de indicadores de adecuación terapéutica y de resultados en salud.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

A los responsables de los servicios de Atención Primaria y Gestión de la Prestación Farmacéutica de los Servicios de Salud Autonómicos que nos han prestado todo su apoyo y facilitado la información requerida, y sin los cuales hubiera sido imposible realizar este trabajo. A Joan Pou Bordoy, director Asistencial de Atención Primaria y 061 del Servei de Salut de les Illes Balears (ib-salut) y a la Unidad de Investigación de la Gerencia de Atención Primaria de Mallorca (ib-salut).

Bibliografía

1. De Vries TPGM, Henning RH, Hagerzevil HV, Fresle DA. Guía de la buena prescripción de la Organización Mundial de la Salud: DAP/94.11. Ginebra: OMS; 1998.
2. INSALUD. Programa de mejora de la prescripción farmacológica en Atención Primaria. Madrid: Instituto Nacional de la Salud; 1998.
3. Saturno PJ. Monitorización del uso de medicamentos para mejorar la calidad de prescripción. Problemas, métodos e indicadores. *Aten Primaria*. 1996;18:331-8.
4. Campbell SM, Cantrill JA, Roberts D. Prescribing indicators for UK general practice: Delphy consultation study. *BMJ*. 2000;321:1-5.
5. Gómez MJ, Arcos P, Rubiera G, Rigueira AI. Un sistema de indicadores de calidad de prescripción farmacéutica en atención primaria desarrollado por médicos prescriptores. *Aten Primaria*. 2003;32:460-5.
6. Gómez V, Candas MA, Hidalgo S, Armesto J, Calvo MJ, De Marino MA, et al. Análisis del consumo de medicamentos utilizando indicadores de calidad en la prescripción. *Aten Primaria*. 2000;25:618-26.
7. Gómez V, Candas MA, Hidalgo S, Armesto J, Calvo MJ, De Marino MA, et al. Indicadores de calidad de la prescripción farmacológica basados en el consumo farmacéutico. *Rev de Calidad Asistencial*. 2000;15:419-29.
8. Arnau JM, Casajuana J, Diogène E, Hernández E, Llop R, Mata Cases M, et al. Variabilidad de la prescripción en indicadores prevalentes en atención primaria: un estudio multicéntrico. *Aten Primaria*. 1998;22:417-23.
9. Gómez MJ, Arcos P, Rubiera G, Rigueira AI. Comparación de dos modelos de indicadores de la calidad de la prescripción farmacéutica en atención primaria. *Gac Sanit*. 2003;17:375-83.
10. Plan Estratégico de Política Farmacéutica para el Sistema Nacional de Salud Español [monografía en internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2004 [consultado 28/4/2009]. Disponible en: <http://bscw.iesalbasit.es/pub/bscw.cgi/d102154/PLAN%20ESTRATEGICO%20DE%20SANIDAD.pdf>.
11. The Prescribing Toolkit [monografía en internet]. Reino Unido: Prescribing Support Unit del National Health Service; 2008 [consultado 16/7/2009]. Disponible en: <http://www.ic.nhs.uk/webfiles/Services/PSU/Toolkit%20Guide%202008-09.pdf>.
12. Indicators of Quality Prescribing in Australian General Practice [monografía en internet]. Australia: National Prescribing Service; 2006 [consultado 14/4/2009]. Disponible en: http://www.nps.org.au/__data/assets/pdf_file/0019/37351/indicators_full.pdf.
13. Soto J. Evaluación de la calidad de la prescripción farmacéutica: ¿no nos estamos olvidando de medir los resultados en salud obtenidos en los pacientes? *Aten Primaria*. 2006;37:347-9.
14. Gómez V, Armesto J, Calvo MJ, Candas MA, Hidalgo S, Rigueira A, et al. Utilidad terapéutica de los medicamentos financiados por el sistema nacional de salud. N° 1826. Madrid: INSALUD; 2002.
15. Bateman DN, Eccles M, Campbell M, Soutter J, Roberts SJ, Smith JM. Setting standards of prescribing performance in primary care: Use of a consensus group of general practitioners application of standards to practices in the north of England. *Br J Gen Pract*. 1996;46:20-5.
16. Batty GM, Grant RL, Aggarwal R, Lowe D, Potter JM, Pearson MG, et al. Using prescribing indicators to measure the quality of prescribing to elderly medical in-patients. *Age Ageing*. 2003;32:292-8.
17. Cantrill J, Leese B. Prescribing incentives and Guidelines. *Primary Care Pharmacy*. 2001;2:46-8.