

Artículo original

Análisis del gasto farmacéutico en pacientes con enfermedades crónicas atendidos en un área de atención primaria

Pharmaceutical expense analysis in patients who have chronic diseases attending a Primary Care Unit

Análise dos gastos com medicamentos em pacientes com doenças crônicas atendidos em área de atenção primária

Fontcuberta Martínez Julio,¹ Muñoz Ureña Alfonso M,¹ Guillén Pérez José J,²

Manrique Medina Ruth L,¹ Pérez Aguilar Francisco,¹ Sánchez Rodríguez Francisco,² Barragán Pérez Alberto.²

Resumen

Objetivos: analizar la relación de la actividad de los Equipos de Atención Primaria (EAP), con la cobertura alcanzada en los servicios de atención del hipertenso, diabético y dislipidémico, así como el gasto farmacéutico correspondiente al mismo periodo de evaluación. **Métodos:** estudio descriptivo retrospectivo, 19 equipos de atención primaria del Área de Salud de Cartagena, realizado del 1 de octubre de 2007 al 30 de septiembre de 2008. Mediciones globales y por zona de salud: coberturas en hipertensión, diabetes, dislipidemias, gasto capítulo IV global y por grupo terapéutico. **Resultados:** el gasto en fármacos específicos para el tratamiento de *Diabetes mellitus*, hipertensión y dislipidemia supuso un total de \$35,586,917.78, lo que representa 35.77% del total del gasto farmacéutico del área. **Conclusiones:** el gasto en fármacos específicos (hipertensión arterial, *Diabetes mellitus* y dislipidemia) tiene gran relevancia en el gasto farmacéutico global. Los fármacos utilizados en atención al hipertenso tienen mayor repercusión. El gasto farmacéutico depende más del total de la población asistida que de la condición rural o urbana. El tratamiento en diabéticos e hipertensos repercute en mayor medida en el gasto que el tratamiento de dislipidémicos.

Abstract

Objectives: to analyze the relationship of Primary Care Teams (PCT) with achieved coverage in patients' care with high blood pressure, diabetes mellitus and dyslipidemia, as well as the pharmaceutical expense during the same period of evaluation. **Methods:** it was made a descriptive and retrospective study with 19 Primary Care teams from the Cartagena Health Area. The study was made from October 1st 2007 to September 30th 2008. Measurements were global and divided in health zones: coverage in high blood pressure, diabetes, dyslipidemia, chapter IV global expenses and by therapeutic group. **Results:** the expense for specific drugs for *Diabetes mellitus*, high blood pressure and dyslipidemia accounted for a total of \$35,586,917.79 mx which represents the 35.77% of the total pharmaceutical expense of the area. **Conclusions:** the expense in specific drugs (high blood pressure, diabetes mellitus and dyslipidemia) is an important issue in the global pharmaceutical expense.

The pharmaceutical expense depends more on the total of the attended population than the rural or urban status. The treatment of diabetic and high blood pressure patients has a greater impact in the expense than the treatment of the dyslipidemic patient.

Resumo

Objetivos: analisar a relação entre a atividade das equipes de atenção primária (EAP), com a cobertura alcançada no tratamento de hipertensos, diabéticos e dislipidêmicos assim como as despesas com medicamentos para o mesmo período de avaliação. **Métodos:** estudo descritivo retrospectivo, 19 equipes de cuidados primários de Cartagena Área da Saúde, realizada a partir de 1 de outubro de 2007 a 30 de setembro de 2008. Medições globais e da área de saúde: cobertura no tratamento da hipertensão, diabetes, dislipidemia, capítulo IV despesa global e grupo de tratamento. **Resultado:** as despesas com medicamentos específicos para o tratamento da diabetes mellitus, hipertensão e dislipidemia foi um total de US \$35,586,917.78, representando 35,77% dos gastos totais na área. **Conclusões:** os gastos com drogas específicas (hipertensão, diabetes e dislipidemia), é de grande importância para a despesa farmacêutica global. Os medicamentos utilizados no tratamento da hipertensão têm maior impacto. Os custos farmacêuticos dependem mais do total da população assistida que do status rural ou urbano. O tratamento de diabéticos e hipertensos tem maior impacto sobre os gastos, que o tratamento das dislipidemias.

Palabras clave: costo sanitario, atención primaria de salud, servicios sanitarios.

Key words: health care cost, primary health care, outpatient health services.

Palavras-chave: custos dos cuidados de saúde, atenção primária à saúde, serviços de saúde.

¹Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria Cartagena-San Javier, Gerencia Atención Primaria Cartagena, Servicio Murciano de Salud.

²Gerencia Atención Primaria Cartagena, España. Servicio Murciano de Salud.

Correspondencia:

Fontcuberta Martínez Julio
julio.fontcuberta@carm.es

Aten Fam 2010; 17(2):32-37.

Introducción

La Constitución Española garantiza el derecho a la protección de la salud,¹ la cual la desarrolla el Sistema Nacional de Salud (SNS), que destina 8.2% del Producto Interior Bruto (PIB) al gasto sanitario,² y establece una prestación sanitaria gratuita y universal. Este SNS se estructura en dos niveles de atención: primaria y especializada. La Atención Primaria de Salud (APS) forma parte del Sistema Nacional de Salud español (SNS), así como del desarrollo social y económico de la comunidad; presenta el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el SNS, lleva la atención de salud al lugar en el que las personas residen y trabajan, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.³

La APS está constituida por estructuras “físicas” (centros de salud, consultorios, etc.) en las que los profesionales, tanto sanitarios como no sanitarios, que integran el Equipo de Atención Primaria (EAP), realizan sus labores asistenciales, preventivas y de promoción de salud. Cada EAP tiene una demarcación geográfica denominada Zona Básica de Salud (ZBS) en la que reside un conjunto de población, a la que estos profesionales atienden. En España, las disposiciones legales sobre la delimitación de los componentes de los equipos de Atención Primaria incluyen a médicos de familia, pediatras, enfermeras, parteras empíricas, auxiliares de clínica, far-

macéuticos, veterinarios, asistentes sociales y personal auxiliar polivalente, dejando la puerta abierta para la adscripción posterior de otros profesionales.⁴

La Cartera de Servicios es el “conjunto de servicios que responden a necesidades y demanda de la población sustentadas en

criterios científico-técnicos y en prioridades de política sanitaria, y que favorecen el desarrollo de la AP.”^{5,6} Se elaboró en 1990 e incluía 55 servicios que abordaban aspectos de promoción, prevención, curación y rehabilitación.⁵⁻⁷ Actualmente se compone de 38 servicios (tabla 1), cada uno se evalúa anualmente considerando el número de personas que incluyen (numerador) respecto a la población susceptible (denominador), definiendo a dicho indicador como *cobertura de servicio*.⁸⁻¹¹

A su vez, para garantizar una oferta sanitaria equitativa y accesible, las ZBS se clasifican según diversos criterios, principalmente demográficos:

- ZBS urbana: el municipio de referencia tiene una población mayor de 20,000 habitantes y más de 90% de la población reside en núcleo cabecera.

- ZBS rural: menos de 75% de la población reside en núcleo cabecera.

- Especial: núcleos con condiciones geográficas de especial aislamiento.¹²

Cada Área de Salud en el nivel de AP recibe un presupuesto dividido en distintos capítulos. Dentro de estos se encuentra el capítulo IV, destinado a los gastos de farmacia derivados de la prescripción de recetas. Corresponde al gasto en productos farmacéuticos prescritos por facultativos sanitarios e incluidos en la cobertura financiera que el Estado español tiene preestablecida.

En este trabajo se analizó la relación de la actividad de los EAP con la cobertura

Tabla 1. Cartera de servicios

Código	Nombre del servicio
Atención en consulta	1 Atención en consulta de medicina de familia
	2 Atención en consulta de pediatría
Atención en enfermería	3 Atención de enfermería
Atención de urgencias	4 Atención de urgencias en el centro
	5 Atención de urgencias fuera del centro
Atención al niño	6 Revisiones periódicas del niño sano
Atención al joven	7 Atención al joven
Atención a la mujer	8 Seguimiento de embarazo
	9 Educación maternal y preparación al parto
	10 Atención al puerperio
	11 Información seg. métodos anticonceptivos
	12 Detección precoz del cáncer de cérvix
	13 Detección precoz del cáncer de endometrio
	14 Detección precoz del cáncer de mama
Atención al adulto y anciano	15 Atención al climaterio
	16 Prevención de enfermedades cardiovasculares
	17 Hipertensión arterial
	18 Diabetes
	19 Dislipidemias
	20 Obesidad
	21 Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
	22 Asma
	23 Artrosis
	24 Tabaquismo
	25 Consumo excesivo de alcohol
	26 Atención a inmovilizados
Inmunizaciones	27 Atención a personas en situación terminal
	28 Prevención y detección de problemas en el anciano
	29 Calendario vacunal infantil
Atención comunitaria	30 Otras inmunizaciones programadas
	31 EpS en centros educativos
	32 Educación a grupos de diabéticos
Cirugía menor	33 Otras actuaciones comunitarias
Servicio bucodental	34 Cirugía menor
Fisioterapia	35 Prevención de caries infantil
Salud mental	36 Rehabilitación fisioterapéutica
Gestoría	37 Tratamientos psicoterapéuticos
	38 Cita previa para consulta

Gasto farmacéutico

alcanzada en los servicios de atención al hipertenso, al diabético y al dislipidémico, y el gasto farmacéutico correspondiente al mismo periodo de evaluación de cartera.

Material y métodos

En el periodo de estudio, el Área de Salud de Cartagena tenía 355,895 habitantes con registro de tarjeta sanitaria individual, de los

cuales 298,879 correspondían a la población mayor de 14 años. Esta área está dividida en 20 ZBS, 13 de características urbanas y siete rurales. Además de analizar la relación entre coberturas y gasto farmacéutico, también se estudió la existencia de diferencias entre los centros de salud urbanos y los rurales, respecto a estos dos parámetros.

El estudio realizado en el primer semestre de 2009 corresponde a un diseño descriptivo retrospectivo. Se recogieron los siguientes datos de los 19 equipos de atención primaria del Área de Salud de Cartagena, referentes al periodo comprendido entre el 1 de octubre de 2007 y el 30 de septiembre de 2008:

1. Coberturas en servicios de crónicos (hipertensión, diabetes, dislipidemias) globales del Área y desagregadas por ZBS.
2. Gasto de capítulo IV del Área y de cada EAP.
3. Gasto de capítulo IV en grupos terapéuticos de antihipertensivos, antidiabéticos e hipolipemiantes desagregados por zona de salud.

Estos datos se obtuvieron de la Gerencia de Atención Primaria de Cartagena, a través de sus Unidades de Informática, Farmacia y de la Coordinación de Equipos de Cartera de Servicios.

Variables del estudio. Se analizaron las siguientes variables, de forma global y por ZBS rural o urbana: población anual adscrita a los profesionales de la ZBS; gastos anuales en capítulo IV; número anual de pacientes incluidos en servicio Atención a Pacientes Crónicos, por cada grupo: hipertensos, diabéticos, dislipidémicos; gasto anual de prescripción de fármacos del grupo de antagonistas del calcio, fármacos sistema renina angiotensina, betabloqueantes, diuréticos, antidiabéticos orales, insulinas, hipolipemiantes.

Estos datos se sometieron a un proceso estadístico con objeto de obtener:

1. Descripción del gasto farmacéutico generado por EAP, según el carácter rural o urbano de la zona básica cubierta, y el costo por persona o población protegida (se define como población protegida aquella que está adscrita a los profesionales del EAP).

Tabla 2. Gasto medio total en capítulo IV y gasto medio capítulo IV por población protegida, según tipo de EAP

	Gasto medio total en capítulo IV	Gasto medio capítulo IV por población protegida
	(\$)	(\$/habitante)
EAP urbano	6,484,352.30 (5,971,880.87-6,996,823.72)*	342.37 (322.96-361.79)
EAP rural	3,095,717.23 (2,738,157.45-3,453,277.01)*	212.84 (290.22-327.02)
Área de salud	5,235,907.78 (4,720,636.05-5,751,179.50)	329.93 (315.72-344.14)

* Diferencias significativas ($p < 0.05$)

Tabla 3. Distribución de la cobertura de la cartera de servicios e indicadores gasto farmacéutico por grupo de pacientes crónicos y tipos de EAP

	Hipertensos	Diabéticos	Dislipémicos
EAP urbano	Resultados (IC95%)		
Cobertura cartera de servicios % (tipo paciente/población total de EAP)	16.50 (15.67-17.33)	7.91 (7.55-8.27)	15.06 (14.21-15.91)
Gasto total capítulo IV en fármacos específicos (\$)	14,528,402.60*	5,836,519.85*	7,510,730.59*
Gasto total capítulo IV en fármacos específicos por enfermo crónico (\$/paciente)	386.66 (372.72-400.59)	324.96 (310.33-339.59)*	222.34 (210.79-233.90)
EAP rural			
Cobertura cartera de servicios % (tipo paciente/población total de EAP)	15.26 (14.43-16.09)	7.48 (6.98-7.98)	12.43 (11.58-13.28)
Gasto total capítulo IV en fármacos específicos (\$)	4,101,944.44*	1,597,704.54*	2,011,557.60*
Gasto total capítulo IV en fármacos específicos por enfermo crónico (\$/paciente)	385.22 (351.06-419.38)	305.12 (280.00-330.25)*	240.96 (216.51-265.41)
Área de salud			
Cobertura cartera de servicios % (tipo paciente crónico/población total de EAP)	16.04 (15.43-16.65)	7.75 (7.46-8.04)	14.09 (13.41-14.77)
Gasto total capítulo IV en fármacos específicos (\$)	18,630,347.04	7,434,224.39	9,522,288.19
Gasto total capítulo IV en fármacos específicos por enfermo crónico (\$/paciente)	386.27 (371.49-401.04)	317.65 (304.80-330.50)	229.20 (217.83-240.57)

* Diferencias significativas ($p < 0.05$)

2. La relación entre cobertura alcanzada por EAP en los servicios de crónicos en estudio y gastos totales generados en farmacia.
3. La relación existente entre los gastos de capítulo IV de grupos terapéuticos: antidiabéticos, hipolipemiantes, antihipertensivos y la cobertura alcanzada, por cada uno de los 19 EAP, en los servicios de “atención a crónicos hipertensos”, “atención a crónicos diabéticos” y “atención a crónicos dislipidémicos”.

Se realizó un análisis univariante a todas las variables, con medidas de tendencia central y dispersión en variables cuantitativas, y análisis de frecuencias en variables cualitativas.

También se elaboró un análisis bivariable, U-Mann Whitney, para establecer diferencias entre los centros rurales y urbanos respecto a las variables relacionadas con cobertura y gasto farmacéutico. Para responder al objetivo principal del estudio y establecer la relación existente entre el gasto farmacéutico y la cobertura alcanzada en enfermos crónicos, las variables se analizaron mediante la Rho de Spearman.

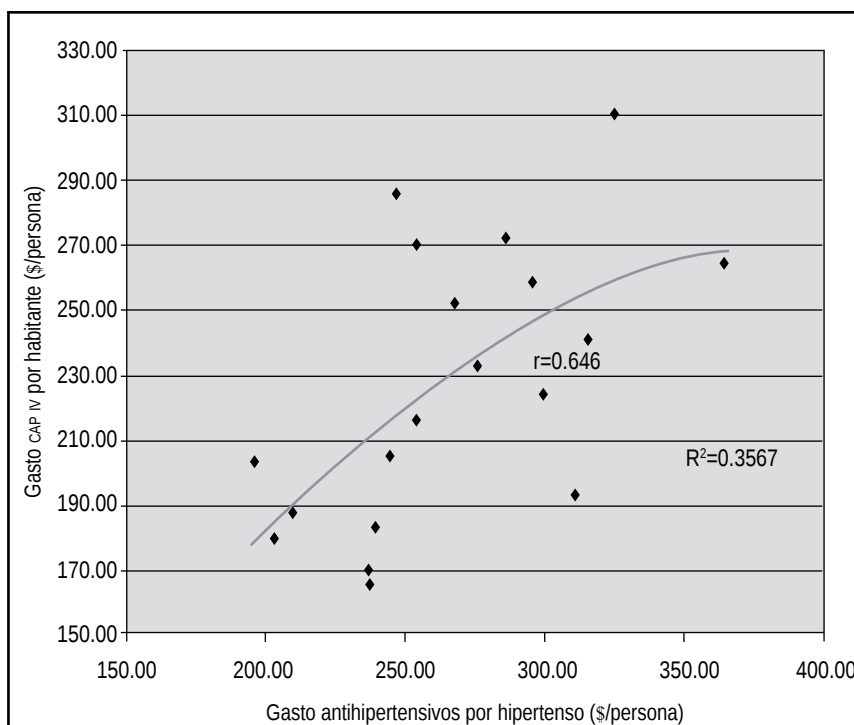
Para evitar factores de confusión atribuibles a características de las Unidades de Provisión, las variables presentadas en valores absolutos, posteriormente, se ajustaron por habitante.

Resultados

El gasto farmacéutico total del Área de Atención Primaria de Cartagena en el periodo estudiado fue de \$99,482,247.95. El gasto en fármacos específicos para el tratamiento de la *Diabetes mellitus*, hipertensión y dislipidemia supuso un total de \$35,586,917.78, lo que representa 35.77% del total del gasto farmacéutico del Área.

El gasto en fármacos específicos desglosado por cada tipo de patología se detalla a continuación: hipertensión \$18,630,405.32, diabetes \$7,434,224.28, dislipidemia \$9,522,288.19; $p < 0.001$. Estas cantidades desglosadas en porcentaje del total del gasto en fármacos financiados de cualquier grupo terapéutico fueron: 18.73%, 7.47% y 9.57%, respectivamente.

Gráfica 1. Relación gasto total en fármacos por habitante/gasto total en fármacos antihipertensivos por hipertenso



En los distintos tipos de EAP, urbano o rural, el gasto medio total fue superior de manera significativa en el medio urbano, como puede apreciarse en la tabla 2.

Respecto a la media en las coberturas por servicio analizado no se observaron diferencias entre HTA y DM, pero sí en dislipidemia, en la que se apreciaba mayor cobertura en los EAP urbanos (tabla 3).

Sin embargo, al ajustar el gasto del capítulo IV por población protegida (\$/habitante), los resultados plasmados en la tabla 2 no reflejaban diferencias significativas entre el medio rural y urbano. Esto mismo ocurre al comparar los datos urbanos y rurales del gasto medio en fármacos específicos para tratamiento de diabetes, en relación con el número de diabéticos incluidos en el servicio de Atención al Diabético (\$/diabético), el gasto medio en fármacos antihipertensivos con el número de hipertensos, incluidos en el servicio de Atención al Hipertenso (\$/hipertenso) y el gasto medio en fármacos hipolipemiantes, en relación con el número de dislipidémicos, incluidos en el servicio de

Atención al Dislipidémico (\$/dislipidémico) (tabla 3).

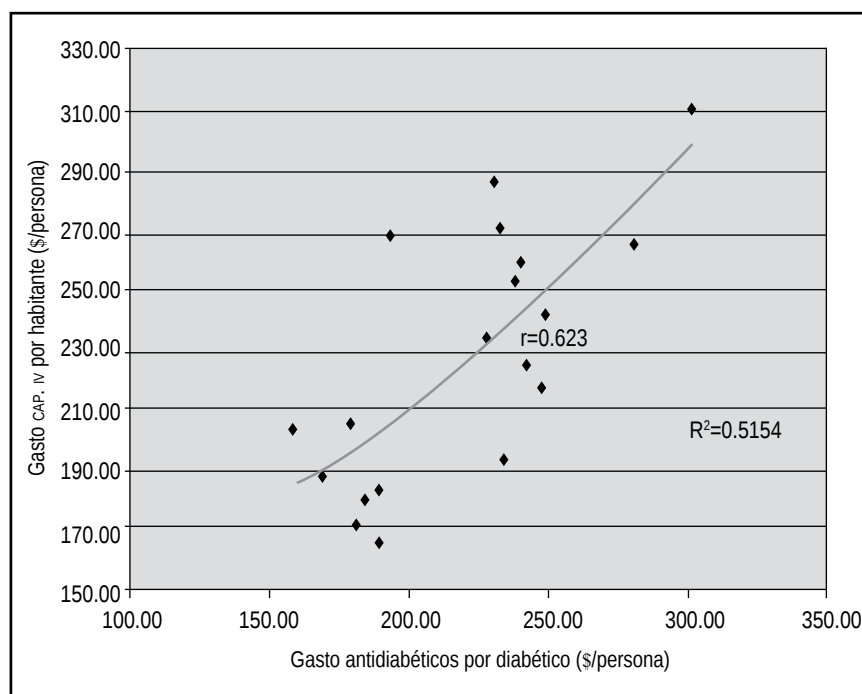
Relacionando el gasto de capítulo IV por persona protegida (\$/hab.) con las coberturas medias obtenidas en cada uno de los servicios en estudio, se encontró relación en los tres servicios estudiados: hipertensión: $r=0,615$ ($p=0,005$), *Diabetes mellitus*: $r=0,546$ ($p=0,016$), dislipidémicos: $r=0,488$ ($p=0,034$).

Por otro lado, en el gasto en fármacos específicos por cada persona incluida en los servicios estudiados (\$/hipertenso, \$/diabético, \$/dislipidémico) relacionado con el gasto total en capítulo IV por persona protegida (\$/hab.), no se encontró relación en el servicio de Atención a Dislipidémicos, pero sí en los de Atención a Hipertensos y a Diabéticos: hipertensión: $r=0,646$. $p=0,003$ (gráfica 1), *Diabetes mellitus*: $r=0,623$. $p=0,004$ (gráfica 2), dislipidémicos: $r=0,265$. $p=0,273$ (gráfica 3).

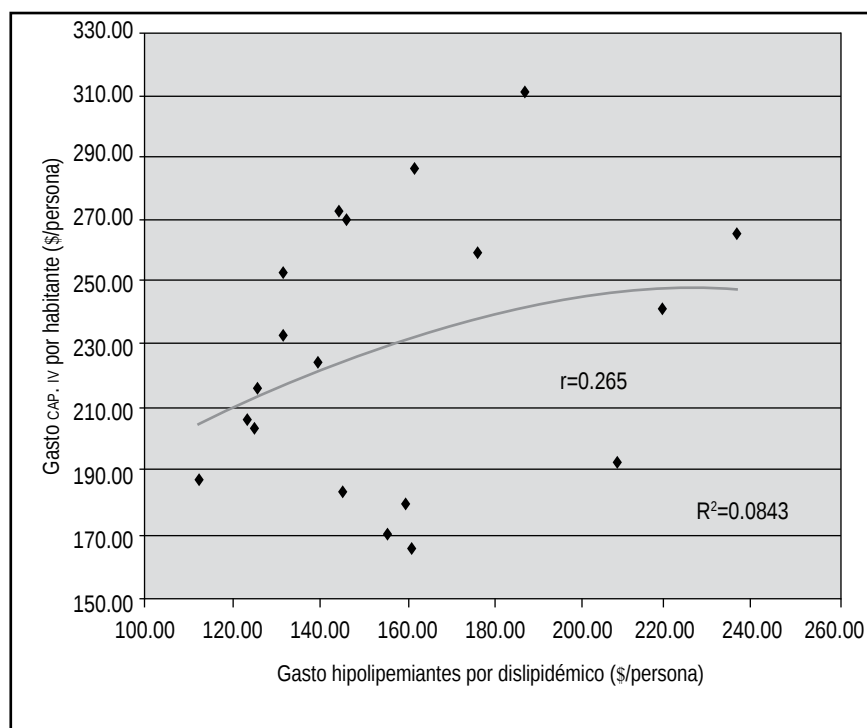
Discusión

La Cartera de Servicios ha desempeñado un papel fundamental en el desarrollo del actual

Gráfica 2. Relación gasto total en fármacos por habitante/gasto total en fármacos para la diabetes por diabético



Gráfica 3. Relación gasto total en fármacos por habitante/gasto total en fármacos hipolipemiantes por dislipémico



modelo de AP. Considerando la importancia y prevalencia de la hipertensión, diabetes y dislipidemia en la población española, este trabajo pretendió analizar en qué medida una parte tan importante de la actividad diaria de los EAP, repercute en otro aspecto fundamental en Atención Primaria y en el propio SNS: *el gasto farmacéutico*.

El gasto en fármacos específicos para el tratamiento de las patologías estudiadas representa, prácticamente, un tercio del gasto farmacéutico total del Área. Destacan especialmente los fármacos para el tratamiento de la hipertensión, cuyo grupo por sí solo supera la suma de los otros dos. La importancia de estos fármacos también se refleja cuando relacionamos gasto por persona protegida con las coberturas medias del Área en cada uno de los servicios, de esta manera se encuentra una relación significativa en los tres servicios, evidenciando la importancia y el peso de los fármacos de estos tres grupos en el gasto total del Área.

El gasto farmacéutico total es mayor en EAP urbanos que en los rurales, de forma lógica, pues son más centros y atienden a mayor número de usuarios. Esta diferencia no se evidencia al ajustar el gasto por población protegida. Por lo tanto, el gasto farmacéutico depende más del total de la población asistida que de la condición de la zona rural y urbana. Esto se explicaría porque fundamentalmente los presupuestos se distribuyen en cada zona en función de la población ubicada en ella, parece lógico que si el EAP se ajusta a presupuesto, los resultados sean similares entre las zonas urbanas y rurales. A pesar de lo expuesto, es destacable otro trabajo realizado en distinta área de salud, el cual sostiene que el gasto farmacéutico ajustado por población es de forma continua mayor en zonas rurales que en las urbanas.¹³

La cartera de servicios tiene gran utilidad como elemento unificador de criterios y de actividades dentro de la AP, ya que avala que las coberturas de los servicios de Atención a Paciente Crónicos (hipertensos, diabéticos y dislipídémicos) son similares en centros rurales y urbanos.

El gasto farmacéutico medio en antidiabéticos, antihipertensivos e hipolipemiantes, ajustado por paciente incluido en el servicio correspondiente, no presenta diferencias significativas entre EAP rurales o urbanos. No obstante, en nuestro caso, aunque no aparecen diferencias significativas, el gasto medio en números absolutos en fármacos específicos para las patologías de los tres servicios estudiados, es ligeramente superior en los centros rurales que en los urbanos.

El gasto farmacéutico específico para HTA, DM y dislipidemia ajustado por número de hipertensos, diabéticos y dislipidémicos, respectivamente, está relacionado con el gasto farmacéutico total por persona protegida, influyendo, por lo tanto, en el gasto total de farmacia.

Cabe destacar que si se encontró relación entre el número de pacientes incluidos en los servicios de atención a crónicos (diabéticos, hipertensos y dislipidémicos) y el costo de prescripción en los fármacos de sus grupos terapéuticos. Esta relación es bastante lineal y parece indicar que la mayoría de los pacientes incluidos en estos servicios están siendo tratados farmacológicamente. Este sería un apartado para revisar y profundizar mediante estudios de utilización de medicamentos: ¿es correcto que la mayoría de los pacientes en estos servicios esté bajo tratamiento farmacológico? ¿Se emplean poco las medidas higiénico-dietéticas? El tratamiento farmacológico es complementario a las medidas higiénico-dietéticas, a las cuales no ha de sustituir sino acompañarlas.¹⁴

El gasto farmacéutico en diabéticos e hipertensos parece influir más en el gasto total de farmacia. Existe una relación significativa entre el gasto farmacéutico en antidiabéticos y antihipertensivos, ajustado por diabético y por hipertenso, respectivamente, con el gasto farmacéutico total por persona protegida. No hemos encontrado esta relación en las dislipidemias. Por lo tanto, el tratamiento de diabéticos e hipertensos repercute en el gasto total de farmacia, en mayor medida

que el tratamiento de dislipidémicos. En este momento, es importante considerar que esta relación no sea lineal, que es la analizada en este trabajo, lo que explica las diferencias observadas entre el servicio de dislipidémicos y los otros dos estudiados. Es cierto, que otros trabajos indican un fuerte peso de los fármacos hipolipemiantes, concretamente estatinas, en el gasto farmacéutico, si bien no es menos cierto que no han realizado la relación propuesta con los ajustes descritos.¹⁵⁻¹⁸ En contraposición a lo comentado anteriormente, cuando se relaciona el número de pacientes incluidos en servicio y el costo farmacéutico específico de sus grupos terapéuticos, sería posible inferir que el hecho de estar incluido en servicio de Atención a Dislipidémicos no determina necesariamente un tratamiento farmacológico, siendo posibles otras terapéuticas no farmacológicas (medidas dietéticas, ejercicio físico, etc.) que explicarían su menor relación con el gasto total. Entonces, ¿es posible concluir que en el caso de las dislipidemias se utilizan más las medidas higiénico-dietéticas que en la hipertensión y la diabetes?

En conclusión, tras analizar los datos agrupados por EAP de más de 160 médicos, el gasto en fármacos específicos para el tratamiento de la hipertensión arterial, *Diabetes mellitus* y dislipidemia tiene gran relevancia en el gasto farmacéutico global, siendo los fármacos utilizados en el servicio de atención al hipertenso los de mayor peso en dicho gasto. El gasto farmacéutico depende más del total de la población asistida que de la condición de zona rural o urbana. Las coberturas de los servicios de Atención a Pacientes Crónicos (hipertensos, diabéticos y dislipidémicos) son similares en centros rurales y urbanos. Existe una clara relación entre el número de pacientes incluidos en los servicios estudiados y el gasto respectivo en fármacos antihipertensivos, antidiabéticos e hipolipemiantes. El tratamiento realizado en diabéticos e hipertensos repercute en mayor medida en el gasto total de farmacia, que el tratamiento de dislipidémicos.

Referencias

1. Constitución Española de 1978. BOE número 311 de 29/12/1978, págs. 29313 a 29424.
2. World Health Organization, WHO Statistical Information System (WHOSIS); 2008 [Citado 2009 Marzo 25]. Core Health Indicators (ES), the latest data from multiple WHO sources (ES). Disponible en: http://apps.who.int/whosis/database/core/core_select_process.cfm?country=esp&indicators=nha&language=es
3. World Health Organization. Alma-Ata 1977. Primary Health Care. WHO, UNICEF, Geneva, 1978.
4. Martín A. Equipo de Atención Primaria. En: Martín A, Cano JF. Atención Primaria, conceptos, organización y práctica clínica. 5ª ed. Barcelona: Elsevier; 2003. p.59-69.
5. Montes G, Morales P, Morales Núñez MI, Verges JM. Propuestas de adaptación de la cartera de servicios a la realidad actual. Aten Primaria. 2002; 29(3).
6. INSALUD. Cartera de Servicios. 3ª ed. 1999.
7. Martín S. La calidad de los servicios en Atención Primaria. Centro de Salud, 1993; 183-90.
8. Guerra J. Cartera de servicios y costes en atención primaria. Medifam 1999; 9(6): 372-379.
9. Escribano MC. Actualización de la Cartera de Servicios de Atención Primaria. Ponencia. I Congreso de Enfermería de Familia y Comunitaria de la Región de Murcia. Moratalla. Mayo 2006.
10. Morell L. El producto en los servicios sanitarios. Medifam (Madr) 1996; 6 (2): 110-118.
11. Sanz V. La cartera de servicios en atención primaria: significado y comparabilidad. Aten Primaria. 2006; 37(02):95-100.
12. Palomar J, Más A, Rodríguez MP, Parra P. Inventario de recursos en Atención Primaria de Salud. Región de Murcia 1994. Serie Plan de Salud 3a.ed: Consejería de Salud y Política Social.
13. Antolín-Manuel L. Gasto farmacéutico en el área cardiovascular en el área de salud de Talavera de la Reina. VII Premios de Investigación en Atención Primaria. Revista Gerencia de Atención Primaria de Talavera de la Reina. No. 4 Noviembre 2004. Disponible en: http://gaptalavera.sescam.jccm.es/web1/gaptalavera/prof_publicaciones/revista/maqueta_n9.pdf
14. Vilaseca J, Márquez A. Dislipemias, Riesgo cardiovascular. En: Martín A, Cano JF. Atención Primaria, conceptos, organización y práctica clínica. 5ª ed. Barcelona: Elsevier; 2003. p.800-820.
15. El Médico Interactivo. Situación Actual del gasto farmacéutico en el SNS. Madrid: Meditex; 2006 [Citado 2008 Febrero 20]. Disponible en: <http://www.elmedicointeractivo.com/docs/documentos/GastoFarmaceutico.pdf>
16. García AJ, Morata F, Montesinos AC. Uso racional y eficiente del tratamiento hipocolesterolemizante. Med Clin (Barc). 2008; 130(7): 263-6.
17. Riera N, Zara C. Evolución del valor de los indicadores para el seguimiento de la implantación de la medida de precios de referencia. En: Libro de ponencias: XXV Jornadas de Economía de la Salud. Asociación de Economía de la Salud Barcelona 13-15 de julio de 2005. p.39-40.
18. CERISME. Estadísticas (1), por una prescripción racional y razonada. Boletín Farmacoterapéutico de la Rioja. 2007. 2(1): p.1-6.