

sanofi aventis

La Salud es lo esencial

Determinantes
del **consumo**
de **fármacos**
y de su
prescripción

FUNDACIÓN GASPAR CASAL

sanofi aventis

La Salud es lo esencial

Determinantes
del **consumo**
de **fármacos**
y de su
prescripción



AUTORES DEL INFORME:

Álvaro Hidalgo, Santiago Pérez y Juan del Llano

DIRECCIÓN:

Álvaro Hidalgo y Juan del Llano

EDITADO POR

Sanofi-aventis

Depósito legal: M. 0000-2009

Imprime: EGRAE, S. A.

Índice

Prólogo

Fernando Lamata Cotenola

Consejero de Salud y Bienestar Social. Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha 00

Introducción 00

**1. La utilización de medicamentos por parte de los pacientes
a través de la Encuesta Nacional de Salud de 2006**..... 000

1.1. Introducción 000

1.2. El consumo de medicamentos a través de la ENS 2006..... 000

1.2.1. Tipo de medicamentos consumidos 000

1.2.2. Las enfermedades crónicas y el consumo de medicamentos a través
de la ENS 2006..... 000

1.3. Determinantes que actúan sobre el consumo de fármacos 000

1.3.1. Consumo de medicamentos y características personales 000

1.3.2. Consumo de medicamentos y estado de salud 000

1.3.3. Consumo de medicamentos y estilos de vida 000

1.3.4. Consumo de medicamentos y determinantes socioeconómicos 000

1.3.5. Consumo de medicamentos y tipo de aseguramiento 000

1.4. La automedicación y el cumplimiento terapéutico: una aproximación con datos
de la ENS 2006..... 000

1.4.1. La automedicación a partir de los datos de la ENS de 2006..... 000

1.4.2. El incumplimiento terapéutico a partir de los datos de la ENS de 2006 000

1.5. Modelo econométrico de los aspectos esenciales sobre el consumo de fármacos
a partir de la ENS..... 000

1.5.1. Modelo de consumo de medicamentos..... 000

1.5.2. Modelo de automedicación 000

1.5.3. Modelo de incumplimiento terapéutico 000

2. El gasto en medicamentos por parte de los hogares españoles.....	000
 3. Patrones de prescripción en una comunidad autónoma: el caso de Castilla-La Mancha.....	 000
3.1. Introducción	000
3.2. Descripción de los datos utilizados.....	000
3.3. Aspectos determinantes en el grado de adhesión a la guía farmacoterapéutica del SESCAM por parte de los prescriptores.....	000
3.3.1. El incentivo de farmacia del SESCAM. Aspectos generales	000
3.3.2. Un modelo de identificación de los aspectos determinantes en la adhesión a la guía farmacoterapéutica del SESCAM	000
 4. Conclusiones	 000
 5. Referencias bibliográficas	 000
 Anexos	 000
Anexo I. Tablas.....	000
Anexo II. La Encuesta Nacional de Salud 2006 y el consumo de medicamentos	000
Anexo II. La Encuesta de Presupuestos Familiares (EPF)	000
Anexo III. Aspectos relevantes de la guía farmacoterapéutica del SESCAM de principios activos para prescripción en receta	000
Anexo IV. El incentivo de farmacia en el SESCAM	000
Índice de tablas	000
Índice de gráficos	000

PRÓLOGO

*Consejero de Salud y Bienestar Social
Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha*

A lo largo del siglo XX, en los países desarrollados del planeta (donde vivimos 2.000 de los 7.000 millones de seres humanos actuales), la esperanza de vida al nacer ha pasado de 40 a 80 años.

Varios factores han contribuido a este avance, después de miles de años de evolución social. Por una parte, la mejora de la nutrición, la disponibilidad de agua potable y la eliminación de aguas residuales, y, por otra, el control de la natalidad, además de la disponibilidad de medicamentos eficaces contra enfermedades infecciosas (vacunas, antibióticos) y otros problemas de salud (incluyendo la salud sexual y reproductiva y el uso de los anticonceptivos).

Estos elementos están permitiendo mejorar la salud en los países más pobres del planeta y deberían conseguir un avance tan importante como el logrado en España y otros países en el siglo pasado.

Los avances científicos en el campo de la farmacología permiten asegurar que vamos a ir aumentando el arsenal preventivo y terapéutico en los próximos años, pero no basta con disponer de un medicamento útil. Hay que poder ponerlo a disposición de los pacientes y de las poblaciones en función de su necesidad.

Para ello, es fundamental construir y mantener buenos sistemas sanitarios, con profesionales bien formados, con capacidad de hacer prescripciones adecuadas, y con la posibilidad de hacer accesibles las medicinas prescritas a todos los que las necesitan, tanto por su financiación pública, como por un sistema de distribución seguro y eficaz.

Por eso, el estudio de la utilización de los medicamentos resulta imprescindible. La viabilidad a largo plazo de un buen sistema sanitario pasa por la buena utilización de los medicamentos. Es muy importante conocer los determinantes de la utilización de los medicamentos y también los determinantes de la prescripción de dichos medicamentos.

Si se utilizan adecuadamente, conseguirán maximizar los resultados en mejor salud y evitar iatrogenia, y si no es así pueden perjudicar la salud de las personas, y pueden poner en riesgo la sostenibilidad del sistema sanitario público.

Al escribir este prólogo, en diciembre de 2009, nos encontramos en medio del debate de un Pacto de Estado por la Sanidad. En ese Pacto debemos acordar medidas para garantizar la sostenibilidad del sistema sanitario público español.

El Sistema Nacional de Salud consigue buenos resultados, con un coste proporcionado a nuestra renta per cápita, pero las necesidades y las exigencias de la población van en aumento, y se traducen en un mayor consumo de prestaciones, entre otras, los medicamentos.

Por otro lado, las restricciones para la financiación de la sanidad, en un contexto de crisis e inestabilidad económica, y de demandas crecientes en otros sectores (educación, investigación, infraestructuras, etc.) obligan a reevaluar permanentemente la oferta de servicios, su pertinencia y sus resultados en salud y en bienestar. Sin duda alguna, el Pacto tendrá que incluir la reflexión y las propuestas correspondientes a la prescripción de medicamentos, que suponen más del 20% del gasto sanitario público total.

Los estudios que se incluyen en este libro constituyen una aportación novedosa y útil para analizar estas cuestiones. Podremos comprobar que los análisis y las consideraciones que hacen los autores serán una valiosa herramienta para orientar las actuaciones de políticos, gestores y administradores sanitarios.

Álvaro Hidalgo, Santiago Pérez y Juan del Llano estudian los determinantes del consumo y la prescripción de medicamentos en tres fuentes de información, la Encuesta Nacional de Salud, la Encuesta de Presupuestos Familiares, y los datos de prescripción del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. El rigor metodológico y la claridad expositiva facilitan la lectura del texto y la comprensión de los resultados. La oportunidad del trabajo es indiscutible.

Seguramente a partir de estos análisis surgirán otros complementarios, con nuevas preguntas de investigación y nuevas conclusiones. La relevancia del asunto, desde el punto de vista sanitario y desde el punto de vista económico, lo merece.

Solo me queda agradecer a los autores su esfuerzo y el acierto de Sanofi Aventis con la colaboración en este tipo de iniciativas, y desear que continúen generando nuevas ideas para mejorar día a día la sanidad española.

Fernando Lamata Cotenola

PRÓLOGO

*Director General
Sanofi-aventis España*

Las compañías farmacéuticas son una parte imprescindible del Sistema Nacional de Salud y deben ser vistas como las primeras interesadas en colaborar con él para mejorar el bienestar de los ciudadanos. Tampoco deben ser ajenas al sostenimiento económico y financiero de un sistema que puede atravesar dificultades pero que está en la vanguardia de un Estado social desarrollado y que es apreciado por todos como uno de sus logros más consistentes. Los laboratorios farmacéuticos tienen en primer lugar el deber de aportar medicamentos innovadores que combatan más eficazmente el sufrimiento y la enfermedad pero deben hacerlo no desde fuera sino desde dentro del propio sistema sanitario.

Así desde luego lo entiende Sanofi-aventis que, en colaboración con la Fundación Gaspar Casal, ha promovido este estudio Determinantes del consumo de fármacos y de su prescripción, un valioso instrumento para ayudar a la reflexión sobre la naturaleza de la prestación farmacéutica. Aporta la realidad, es decir, las bases que pueden ayudar a los gestores a tomar decisiones en su trabajo. Por ejemplo, son muy abundantes los datos que en él relacionan los determinantes personales en el consumo de medicamentos y la influencia de las características del hogar. Es interesante en particular el acercamiento a las variables que influyen en los prescriptores y en el seguimiento que estos hacen de una guía farmacoterapéutica concreta; la guía del Servicio de Salud de Castilla la Mancha.

Junto con el acercamiento a las magnitudes que se refieren a todo el entorno nacional, el estudio ha querido iniciarse en una comunidad autónoma cuya gestión sanitaria en general y la farmacéutica en particular, ha destacado por su eficacia y coherencia en los últimos tiempos.

La investigación se ha desarrollado a partir de fuentes estadísticas ajenas y con la realización de dos encuestas poblacionales propias altamente representativas, un rigor necesario para abordar este tipo de trabajo cuyo resultado hoy les presentamos.

Jérôme Silvestre

INTRODUCCIÓN

La asistencia sanitaria utiliza diferentes tipos de inputs para conseguir mejorar la salud de la población. Uno de ellos viene determinado por los medicamentos, que al igual que otras tecnologías sanitarias contribuyen al cuidado, recuperación y mejora de la salud y calidad de vida de los pacientes. Su importancia, tanto cualitativa como cuantitativa, es muy importante.

Desde un punto de vista cuantitativo basta con observar los datos que publica el Ministerio de Sanidad y Política Social para comprobar la importancia del consumo de medicamentos. Como se recoge en la Tabla 1, el año 2008 se facturaron por el Sistema Nacional de Salud (SNS) 889.533.775 recetas, lo que supuso un incremento del 5,47% frente al año 2007, cifrándose el gasto farmacéutico a través de receta oficial del SNS en 11.960.488.108 euros y siendo el incremento respecto al año 2007 del 6,87%. Estos datos suponen que el gasto medio por receta facturada por el SNS a lo largo del 2008 fue de 13,45 euros frente a los 13,27 euros de 2007. En relación al gasto sanitario público, los 11.960 millones de euros representan en torno al 20%, mientras que en porcentaje del PIB el gasto farmacéutico a través de receta oficial del SNS representa el 1,13%. Si a estos datos le añadimos el gasto farmacéutico que se realiza en atención especializada podemos entender que la magnitud y la

importancia cuantitativa del gasto farmacéutico concentran gran parte de la atención de los gestores del SNS, de académicos, profesionales sanitarios, industria farmacéutica y opinión pública.

Si tenemos en cuenta que a lo largo del año 2006 trabajaban 33.482 médicos en los centros de salud y consultorios de atención primaria del SNS [1], la mera división del total gastado por el SNS por este número de médicos nos indica que cada médico facturó 357.221 euros, por término medio, en recetas. Este presupuesto de gasto no está al alcance de la mayoría de profesionales de las Administraciones Públicas o de la empresa privada. Paradójicamente, y tal como veremos en el apartado tercero del presente trabajo, no existe mucha información sobre cómo los médicos asignan este gasto y en función de que variables o parámetros lo hacen. Sin embargo, existen numerosos estudios sobre la economía del medicamento y su repercusión. Por citar alguno de ellos, desde los estudios pioneros de Jaume Puig-Junoy sobre el gasto farmacéutico [2], el libro de Félix Lobo sobre medicamentos política y economía [3] o el texto sobre evaluación económica de medicamentos publicado por Badía y Rovira [4], pasando por el trabajo López Bastida sobre las políticas de gasto sanitario en los países de la Unión Europea [5], el libro de Lobo y

Velásquez sobre los medicamentos ante las nuevas realidades económicas [6], hasta los textos más recientes de la colección dirigida por Vicente Ortún sobre economía de la salud y gestión sanitaria entre los que podríamos mencionar el trabajo de Pinto et al. sobre evaluación económica [7], el trabajo sobre los precios de referencia de López-Casasnovas et al. [8], el libro sobre la financiación pública de medicamentos editado por Puig [9] o el de Meneu y Peiró sobre elementos para la gestión de la prescripción farmacéutica [10]. Para finalizar, debemos citar el trabajo recientemente publicado en esta misma colección sobre eficiencia y medicamentos [11] que aborda la adopción de la cuarta barrera en los diferentes países de nuestro entorno para la financiación pública de medicamentos.

Esta pequeña selección puede completarse citando tres trabajos que recapitulan diversos aspectos de los estudios sobre medicamentos en España. En una revisión llevada a cabo por Lobo et al. se pueden encontrar las referencias de libros, capítulos de libros, tesis y artículos sobre la industria farmacéutica y los medicamentos publicados por economistas españoles entre 1980-1999 [12]. En los trabajos de García-Altés [13] y de Oliva et al. [14] se pasa revista a los estudios de evaluación económica realizados en España en los últimos 25 años y se aprecia claramente la importancia que la disciplina ha conseguido con el tiempo.

En resumen, podemos afirmar que existen excelentes trabajos sobre medicamentos, especialmente sobre aspectos relacionados con su precio, financiación y consecuencias del gasto sanitario. Igualmente, la evaluación económica de medicamentos, tanto desde un punto de vista teórico como desde un punto de vista aplicado, está muy presente en la literatura reciente. Sin embargo, como veremos en el siguiente epígrafe, no existen muchos trabajos que aborden el consumo de medicamentos a través de los datos de las encuestas de salud, ni existen demasiados artículos o libros que aborden los determinantes del gasto en medica-

mentos de los hogares españoles y tampoco abundan los estudios sobre la influencia que tienen las características de los médicos en sus hábitos de prescripción. Por este motivo, la Fundación Gaspar Casal, junto con el Instituto Max Weber y el Seminario de Investigación en Economía y Salud de la UCLM, presentaron a Sanofi aventis la posibilidad de colaborar en un estudio que profundizase sobre estos aspectos, utilizando tanto encuestas como información de registros de un servicio regional de salud.

El objetivo del estudio era triple, en primer lugar analizar los determinantes personales en el consumo de medicamentos. En segundo término describir la influencia de las características del hogar en el gasto en medicamentos en España. En tercer lugar, identificar las variables que influyen en los prescriptores para adecuarse a la guía farmacoterapéutica del SESCAM.

Cada objetivo se correspondía con la explotación de una base de datos diferente. Así para el estudio de los determinantes personales la fuente de información utilizada es la Encuesta Nacional de Sanidad (ENS) de 2006, para el análisis del gasto de los hogares españoles en medicamentos la Encuesta de Presupuestos Familiares (EPF) de 2006 y para el modelo de prescripción utilizamos los datos suministrados por el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM). La investigación se ha realizado a partir de dos encuestas poblacionales, con un tamaño muestral elevado y representativas de la población española como son la ENS y la EPF, y con un registro de las características de prescripción, tanto personales como profesionales de los médicos del SESCAM. La utilización de fuentes estadísticas diversas ha dotado al trabajo de una gran riqueza en cuanto a los datos cuantitativos con los que se ha podido trabajar, haciendo que la selección de la información a trasladar al presente libro haya sido uno de los aspectos más complicados de la investigación. En este trabajo hemos optado por suprimir del texto las tablas e incluirlas todas al final del libro en forma de apéndice, facilitando así una lec-

tura más fluida y permitiendo al lector obtener una visión más sintética de los resultados, sin renunciar con ello a poder consultar los resultados acudiendo al citado apéndice.

La estructura del trabajo corresponde exactamente a los objetivos del mismo. Así en el capítulo primero se aborda la utilización de medicamentos por parte de los pacientes a través de la ENS de 2006. Este epígrafe comienza por describir el consumo de medicamentos que realizan los españoles según los datos de la ENS. Esta descripción se realiza desde un doble enfoque. En primer lugar, se trabaja diferenciando los distintos tipos de medicamentos consumidos y en segundo término se realiza un estudio en función de las enfermedades crónicas y/o problemas de salud que padece la población española y que condicionan su consumo de medicamentos. Una vez finalizada dicha descripción se aborda el aspecto esencial de este capítulo que es el análisis de los factores que condicionan el consumo de medicamentos por parte de la población española. Es decir, se pretende identificar las diferencias existentes en dicho consumo debido a las características personales, al estado de salud percibido o los estilos de vida de los individuos. Igualmente se explora la influencia que tienen los aspectos socioeconómicos y el tipo de aseguramiento correlativo con el diferente consumo de medicamentos de la población española. Una vez descrita la influencia de las características personales en el consumo de medicamentos, se abordan dos aspectos complementarios al objetivo central del trabajo, que estimamos aportan un valor añadido al capítulo, como son la automedicación y el cumplimiento terapéutico. Aunque ambos aspectos no se encontraban en los objetivos iniciales de la investigación, la riqueza de la información existente en la ENS nos permitía realizar un estudio de la influencia de las variables personales anteriormente mencionadas no sólo sobre el consumo de medicamentos, sino también en la existencia de automedicación o de incumplimiento terapéutico por parte de los individuos. Para finalizar este apartado, se intenta

recoger en un modelo econométrico la influencia de las características personales en los tres aspectos estudiados: el consumo de medicamentos, la automedicación y el incumplimiento terapéutico.

En el capítulo segundo se aborda el gasto en medicamentos que realizan los hogares españoles. A diferencia de los datos de la ENS, los datos de la EPF se refieren únicamente a los hogares españoles y no existen datos sobre gasto individual. Por este motivo, el análisis se centra en dos aspectos: en primer lugar, cuantificar el gasto privado que realizan las familias españolas en medicamentos; y en segundo lugar, observar cómo influyen las diferentes características del hogar en dicho gasto. Este análisis, al utilizar una fuente de datos poco explotada en el ámbito sanitario, permite aportar información relevante sobre el consumo de medicamentos, en gran medida de especialidades publicitarias (sin receta del SNS), que realizan los hogares españoles.

En el tercer capítulo se estudian los aspectos determinantes en el grado de adhesión a la guía farmacoterapéutica por parte de los médicos de atención primaria del SESCAM. El objetivo del capítulo es explicar qué factores influyen en que unos médicos tengan un mayor grado de adhesión a la guía farmacoterapéutica del SESCAM. La influencia de las características personales de los profesionales sanitarios, junto al perfil profesional y de formación, genera mayor o menor grado de adhesión a la guía. El capítulo comienza con una introducción que incluye una síntesis de la revisión de la literatura sobre incentivos a la prescripción en España, para luego pasar a describir los datos con los que se ha trabajado, finalizando el mismo con un modelo econométrico que intenta recoger la influencia de las variables personales y de entorno en el grado de adhesión de los médicos del SESCAM a la guía farmacoterapéutica. Para la realización de este estudio se ha trabajado conjuntamente con diferentes profesionales del SESCAM, que no sólo han facilitado el acceso a la información sino que han mantenido un rol

activo en la investigación y en el trabajo de este capítulo. Así, la base de datos con las características de los médicos ha sido elaborada y recogida por Jesús Hernández, mientras que los datos sobre las prescripciones, las características de los pacientes de cada médico, así como del centro de salud, son fruto del trabajo de Gonzalo Sánchez y Manuel Tordera. A todos ello nuestro reconocimiento y gratitud, ya que sin su colaboración este capítulo no habría sido posible.

En la parte final del trabajo se presentan una serie de conclusiones, en las que intentamos sintetizar los aspectos más relevantes de cada uno de los capítulos. Igualmente, se recogen en la última parte una serie de apéndices en los que se ofrecen las tablas elaboradas a lo largo del trabajo, así como información metodológica sobre las fuentes de datos utilizadas en el libro: la ENS, la EPF y aspectos relevantes sobre la guía farmacoterapéutica y la política de

incentivación de los médicos de atención primaria del SESCAM.

Por último, queremos agradecer al Consejero de Salud y Bienestar Social, Fernando Lamata, el apoyo brindado en todo momento al proyecto y su disposición para prologar el libro. Igualmente queremos subrayar el impulso y disposición del Director Gerente del SESCAM, Juan Alfonso Ruíz, a la colaboración entre el área de atención primaria del SESCAM y el SIES de la UCLM. Nos gustaría agradecer a Sanofi aventis su participación en el proyecto, así como el estímulo y comprensión de las dificultades que conllevaba el mismo. Igualmente queremos agradecer los comentarios y observaciones del profesor Juan Oliva, así como el trabajo de todo el staff de la Fundación Gaspar Casal, especialmente a Gema Pi y Flor Raigada por su buen hacer y diligencia. Como es de justicia la responsabilidad sobre lo escrito sólo es atribuible a los redactores finales del informe.

1.

LA UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS POR PARTE DE LOS PACIENTES A TRAVÉS DE LA ENCUESTA NACIONAL DE SALUD DE 2006

1.1. INTRODUCCIÓN

Tal como hemos señalado en anteriormente, el objetivo de este epígrafe es describir la utilización de medicamentos por parte los pacientes y de la población a través de los resultados de la Encuesta Nacional de Salud (ENS) de 2006. Este trabajo ha supuesto analizar todas las preguntas que tienen que ver con el consumo de medicamentos y que se recogen en el nuevo cuestionario de la ENS.

En este cuestionario se han introducido numerosas preguntas relacionadas con el consumo de medicamentos por parte de la población española, cuáles ha consumido y cuáles le fueron recetados previamente.

En la ENS existe otra vía para conocer el consumo de medicamentos y es el análisis que se realiza en función de las diferentes enfermedades. En las preguntas relacionadas con morbilidad se consulta sobre cuatro aspectos diferenciados respecto de cada enfermedad: si se ha padecido la enfermedad alguna vez; si se ha padecido en los

últimos 12 meses; si algún médico ha diagnosticado la enfermedad; y, por último, si ha consumido medicamentos para la citada enfermedad. En la Tabla 83 se puede observar un ejemplo para el caso de la tensión alta. De esta forma, podemos saber cuántas personas están tomando algún tipo de medicamentos en los últimos 12 meses para cada una de esas enfermedades. Del mismo modo, podemos averiguar el porcentaje de población total que está tomando algún tipo de medicamento, así como el número de enfermedades para las cuales un individuo esta medicado (polimedicados). Otros aspectos relevantes son conocer qué porcentaje de pacientes está medicado para una determinada enfermedad sin haberla sufrido en los 12 meses anteriores, y el porcentaje de los mismos que sufren la enfermedad pero no toman medicamentos. El capítulo arranca precisamente con la descripción de ambos aspectos. El consumo de medicamentos, tanto desde la perspectiva de la clase y tipo de medicamentos, como desde la óptica de las enfer-

medades que provocan su consumo. De esta forma podemos ver las diferencias recogidas por ambos enfoques y elegir qué tipo de información es más útil para el desarrollo futuro del capítulo.

Hay que señalar que el enfoque que aportamos es ciertamente novedoso ya que no existen muchos trabajos en la literatura que exploten los datos de la última ENS en cuanto a la información sobre el consumo de medicamentos. De hecho, los estudios son relativamente pocos incluso si ampliamos la búsqueda a otras ediciones anteriores a 2006. Si analizamos los trabajos que utilizan los datos de la ENS para estudiar el consumo de medicamentos en España, con datos de la ENS 2006 podemos citar un trabajo reciente que analiza las pautas de consumo de medicamentos entre la población inmigrante [15] y la influencia de las características personales en las mismas; otros trabajos que utilizan las ENS abordan aspectos más generales sobre inmigrantes y utilización de servicios sanitarios en los que también se cuantifica el uso de los medicamentos por parte de esta población [16, 17]. A partir de los datos de la ENS 2003, podemos encontrar un trabajo sobre determinantes de la automedicación cuyos resultados compararemos con los nuestros [18]. En cuanto al consumo de determinados tipos de medicamentos podemos encontrar un trabajo sobre el consumo de psicotrópicos a partir de los datos de distintas ENS [19]. Igualmente existen trabajos menos actuales sobre el consumo de medicamentos para el aparato digestivo [20] o el uso de los medicamentos y el alcohol en la población española [21]

Los registros de la ENS se han utilizado más para el cálculo de la cobertura de vacunas, como el caso de la gripe [22-30] o para estudiar factores de riesgo asociados a determinadas enfermedades como el tabaquismo o el

alcohol [31-38]. También existe algún trabajo sobre el enfoque de género [39] en las ENS. Los determinantes socioeconómicos y la utilización de recursos sanitarios son también analizados con datos de la ENS [40, 41]. De igual forma, los aspectos relacionados con las desigualdades en salud se analizan con datos de diferentes ENS [42-47]. Otros trabajos interesantes son los que realizan una estimación de la calidad de vida a través de los datos de diferentes ENS [48] o el trabajo sobre la salud de los mayores [49, 50]. También existen trabajos sobre accidentabilidad [51, 52] y obesidad [53] sustentados en los datos de las ENS.

Como puede comprobarse, la utilización mayoritaria de los datos de las ENS ha estado centrada en aspectos relacionados con actividades preventivas y de salud pública y con aspectos relacionados con los estilos de vida y las desigualdades en salud. Motivo por el que nuestro enfoque permite completar otros trabajos, realizados básicamente estudiando la población inmigrante, y aporta, a su vez, un nuevo enfoque a los estudios de consumo de medicamentos en España.

Posteriormente, pasaremos a describir la influencia de las características personales en el consumo de medicamentos, distinguiendo entre aspectos como la edad y el sexo, junto al lugar de residencia, con otros relacionados con aspectos socioeconómicos y tipos de aseguramiento. A continuación, presentaremos el estudio sobre la automedicación a partir de los datos de la ENS de 2006, así como una aproximación al cumplimiento terapéutico con los datos que se pueden obtener de la ENS de 2006 mediante el cruce de diferentes preguntas sobre el consumo de medicamentos. Para finalizar el capítulo elaboraremos diferentes modelos econométricos que sintetizen los resultados apuntados en las partes descriptivas.

1.2. EL CONSUMO DE MEDICAMENTOS A TRAVÉS DE LA ENS 2006

Como hemos señalado en la introducción, abordaremos los aspectos esenciales sobre el consumo de medicamentos en España. En la Tabla 2 se describen los datos a nivel

nacional que sintetizan las preguntas sobre medicamentos de la ENS 2006. La primera fila agrupa las respuestas del primer tipo de preguntas de la ENS 2006 que se

refieren a determinados tipos de enfermedades, tales como se recoge en la Tabla 83, donde se pregunta al individuo si está tomando medicamentos para la citada enfermedad. Agregando las respuestas de las 29 enfermedades consideradas, obtenemos que 22.028.510 españoles declaran estar tomando algún tipo de medicamento en los últimos 12 meses, lo que supone el 58,85% de la población mayor de 16 años. Por sexo, 9.266.854 varones declaran tomar algún tipo de medicamento, el 50,48% del total, mientras que en el caso de las mujeres este número es de 12.761.657, lo que supone el 66,92%. Por tanto, son las mujeres las que en mayor medida están padeciendo una mayor morbilidad y, como consecuencia de ello, están tomando un mayor número de medicamentos. Las filas segunda y tercera de dicha tabla, corresponden a los resultados agregados del segundo tipo de preguntas sobre los medicamentos, que tienen que ver con sus diferentes tipos y con el consumo de medicamentos por parte de la población española. En este caso, el número de españoles que declaran estar consumiendo algún tipo de medicamento en las últimas dos semanas es de 24.660.041, lo que supone el 65,89% de la población de 16 y más años. De nuevo, el número y porcentaje de mujeres que consume algún tipo de medicamento es mayor que el de los varones, ya que 14.068.808 mujeres reconocen consumir medicamentos, el 73,78% del total, frente a los 10.591.233 hombres, el 57,69%. Respecto a las personas a las que un médico les ha recetado un medicamento en las últimas dos semanas, su número es de 21.357.957, el 57,06% del total. Al igual que en el caso anterior, el porcentaje de mujeres que tienen una receta es superior al de los hombres. Estos totales suponen que más de 3.300.000 españoles están tomando un medicamento que no ha sido recetado por el médico.

1.2.1. Tipo de medicamentos consumidos

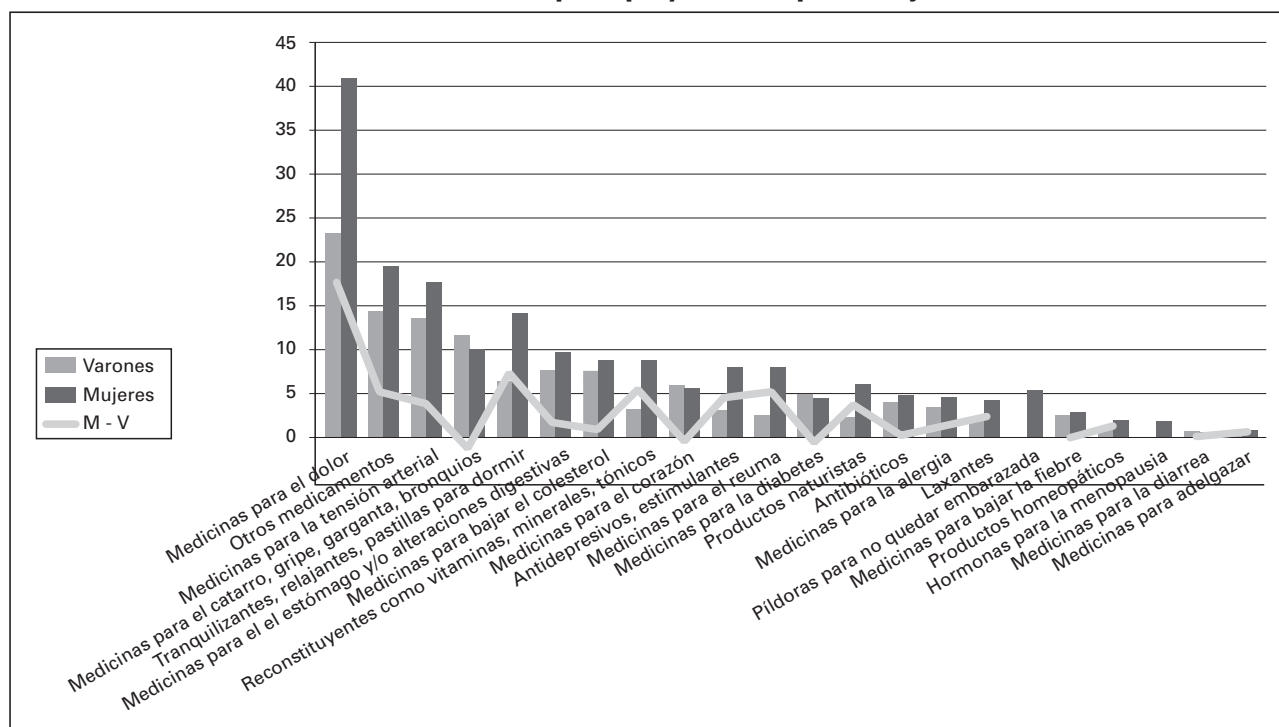
Tal como se puede apreciar en la Tabla 3, el consumo de medicamentos está repartido de manera muy des-

igual en función del tipo. Así, apreciamos como las medicinas para el dolor son consumidas por 12.158.288 españoles, siendo el segundo grupo el de otros medicamentos, que engloba todos aquellos que no se recogen en las otras categorías. En tercer lugar, se sitúan los medicamentos para la tensión arterial con 6.006.958 españoles que los toman. Por detrás, se sitúan los medicamentos para el catarro, gripe, garganta o bronquios con 4.079.231 personas que los utilizan y los tranquilizantes con 3.864.978 consumidores. Hay que señalar que de los 22 tipos de medicamentos recogidos, 17 son consumidos por más de un millón de españoles. Un elemento reseñable es el caso de los productos naturistas, que siendo consumidos por 1.587.617 españoles, se encuentran por encima de los antibióticos y de los medicamentos para la alergia.

En términos porcentuales, solo las medicinas para el dolor son consumidas por más de un 30% de la población. Con una tasa de consumo entre el 10% y el 20% de la población se sitúan 4 grupos de medicamentos: medicinas para la tensión arterial, medicinas para el catarro, tranquilizantes y el grupo de otros medicamentos. Con consumos entre el 5% y el 10% de la población se encuentran 6 grupos de medicamentos, estando los 11 restantes por debajo del 5% de la población total.

Un aspecto interesante es observar las diferencias por sexo en el consumo de los diferentes tipos de medicamentos. Obviando los medicamentos que únicamente consumen las mujeres como son las píldoras anti-conceptivas y las hormonas para la menopausia, existen importantes diferencias en el consumo de medicamentos entre hombres y mujeres. En concreto, sólo en tres grupos de medicamentos el porcentaje de varones consumidores es mayor que el de mujeres. Estos grupos son el de las medicinas para el catarro, gripe, garganta y bronquios, donde el 11,57% de los varones y el 10,26% de las mujeres los consumen; el de medicinas para el corazón, con el 6,04% de los varones frente al 5,53% de las mujeres; y el de los medicamentos

Gráfico 1
Consumo de medicamentos por tipo y sexo en porcentaje sobre el total



Fuente: ENS 2006

para la diabetes, con el 4,9% de los varones en comparación al 4,64% de las mujeres.

En el resto de los grupos el porcentaje de mujeres que consumen el medicamento es superior al de los varones. Las diferencias mayores se dan en el grupo de las medicinas para el dolor, en el que un 41,04% de las mujeres las consumen frente al 23,6% de los hombres, siendo la diferencia entre ambos de 17,44 puntos porcentuales. El segundo grupo en el que la diferencia es mayor es el de los tranquilizantes, relajantes y pastillas para dormir en el que las mujeres consumidoras son el 14,06%, frente al 6,45 de los varones, siendo la diferencia entre ambos de 7,61 puntos. De hecho, en este grupo, el porcentaje de mujeres que consumen este tipo de medicamentos supera el doble del de los varones. Con diferencias superiores a 5 puntos porcentuales se

encuentran los reconstituyentes, como vitaminas, minerales y el grupo de las medicinas para el reuma. El siguiente grupo es el de los antidepresivos con una diferencia de 4,82 puntos porcentuales y un porcentaje de mujeres consumidoras del 7,95%, superior al doble del correspondiente al de los varones, 3,13%.

Estos datos parecen indicar que la calidad de vida de las mujeres debe ser peor que la de los hombres, ya que el porcentaje de mujeres que consume medicamentos para el dolor, tranquilizantes o antidepresivos es muy superior al de los hombres. Es evidente que el dolor y la salud mental son elementos que inciden de forma muy significativa en la calidad de vida de las personas. De nuevo, se aprecian diferencias importantes entre hombres y mujeres que implican unas peores condiciones para estas últimas.

Si observamos la edad media en cada tipo de medicamentos observamos que, salvo en el caso de las píldoras anticonceptivas, la edad media de la población que consume medicamentos está por encima de los 40 años. En términos generales, la edad media de las mujeres consumidoras en cada grupo de medicamentos es mayor que la de los hombres salvo en el caso de los laxantes, medicinas para el reuma, medicamentos para adelgazar y el grupo de otros medicamentos. Es precisamente en los medicamentos para adelgazar donde las diferencias de edad media de los consumidores son mayores, ya que en el caso de los hombres la edad media es de 49,19 años, mientras que en las mujeres es de 40,03 años, similar diferencia (unos diez años) a la existente entre ambos sexos en cuanto a la edad a la que se alcanza el máximo peso.

Antes de analizar con más detalle el tipo de población que ha estado consumiendo medicamentos en las dos últimas semanas, vamos a describir algunos aspectos relacionados con la morbilidad y el consumo de medicamentos. Abordaremos pues, en primer término, las cuestiones más generales, para centrarnos después en los determinantes personales del consumo de fármacos, el estudio de la automedicación y el cumplimiento terapéutico.

1.2.2. Las enfermedades crónicas y el consumo de medicamentos a través de la ENS 2006

En este apartado vamos a utilizar las preguntas sobre consumos de medicamentos y las enfermedades crónicas que existen en la ENS 2006. Completamos así el abordaje de la utilización de medicamentos desde la óptica de la enfermedad que induce su consumo, añadiendo el enfoque de la morbilidad al del tipo de medicamentos ya analizado en las páginas anteriores.

Como ya se comentaba en la introducción de este epígrafe, por cada enfermedad se realizaban cuatro preguntas:

- ¿Ha padecido alguna vez la enfermedad?
- ¿Ha padecido en los últimos 12 meses la enfermedad?
- ¿Le ha dicho un médico que padece la enfermedad?
- ¿Está tomando o ha tomado medicación en los últimos 12 meses para la enfermedad?

De esta forma, en primer lugar podemos comparar el consumo de medicamentos por tipo de los mismos, con el que se produce por tipo de enfermedad. Además, podemos diferenciar el consumo de medicamentos para cada tipo de enfermedad, con objeto de averiguar dos cuestiones importantes:

- Qué porcentaje de personas que padecen una determinada enfermedad toman un medicamento para ella.
- Qué porcentaje de personas toma un medicamento para una determinada enfermedad sin padecerla.

Si analizamos las diferencias existentes entre la cifra agregada de personas que consumen algún medicamento, obtenida por la suma del consumo de cada tipo de medicamentos, y la que obtenemos de agregar las personas que toman un medicamento para las diferentes enfermedades, apreciamos cómo en el primer caso el resultado es mayor. Así, se totalizan 9.266.854 varones que consumen medicamentos para diferentes tipos de enfermedades, mientras que, cuando agregamos los consumidores de cada tipo de fármaco recogido en la ENS 2006, son 10.591.233 los varones que consumen medicamentos. Esta diferencia equivale al 7,21% del total de la población masculina de 16 o más años. Para las mujeres el resultado es el mismo, ya que 12.761.657 toman medicamentos para alguna de las enfermedades relacionadas, mientras que 14.068.808 lo hacen agregando el consumo de medicamentos por tipo. Esta diferencia, muy similar en valor absoluto a la de los hombres, equivale al 6,85 del total de las mujeres.

Por tanto, parece que el consumo de medicamentos por tipo recoge mejor la utilización de medicamentos

por parte de la población que las preguntas relacionadas con el consumo de medicamentos para las diferentes enfermedades, motivo que escogeremos el primero para los desarrollos futuros del capítulo. Sin embargo, antes de pasar al estudio de los determinantes personales y el consumo de medicamentos, existen dos variables nuevas que hemos construido a partir de la información suministrada en la ENS y que son de interés en este epígrafe:

- Qué porcentaje de personas que padecen una determinada enfermedad no toman un medicamento para ella.
- Qué porcentaje de personas toma un medicamento para una determinada enfermedad sin padecerla.

Hay que señalar que en el cuestionario se hacen tres preguntas referidas a padecer una determinada enfermedad: si alguna vez se ha padecido la enfermedad; si en los últimos 12 meses se ha padecido la enfermedad; y si algún médico le ha diagnosticado la enfermedad.

El primer aspecto que deseamos estudiar es si existen diferencias significativas en las respuestas dadas por las personas en función de ser los propios encuestados quienes reconocen la enfermedad o si, por el contrario, ha sido un médico quien se la ha diagnosticado. Los resultados demuestran que no existe una diferencia significativa en que sea el propio encuestado el que conteste que ha padecido la enfermedad o sea un médico el que lo haya determinado. Así, el 64,02% de los varones y el 78,84% de las mujeres declaran padecer al menos una enfermedad en los últimos 12 meses, lo que supone 11.753.641 hombres y 15.033.726 mujeres, datos prácticamente idénticos a los obtenidos cuando se pregunta si algún médico le ha diagnosticado al menos una enfermedad, motivo por el que utilizaremos los primeros para obtener los porcentajes.

Respecto a la población total, se aprecia que el 5,91% de los varones que declaran tomar un medicamento para una enfermedad, no la han padecido en los últimos 12 meses, siendo este porcentaje del 6,01% para las mujeres. Estos datos suponen que 1.084.829 varones y

1.146.427 mujeres consumen medicamentos para alguna enfermedad que no han padecido en el último año. Respecto a las personas que padecen una enfermedad y consumen un medicamento para la misma, ascienden a 6.909.719 varones y a 9.956.621 mujeres.

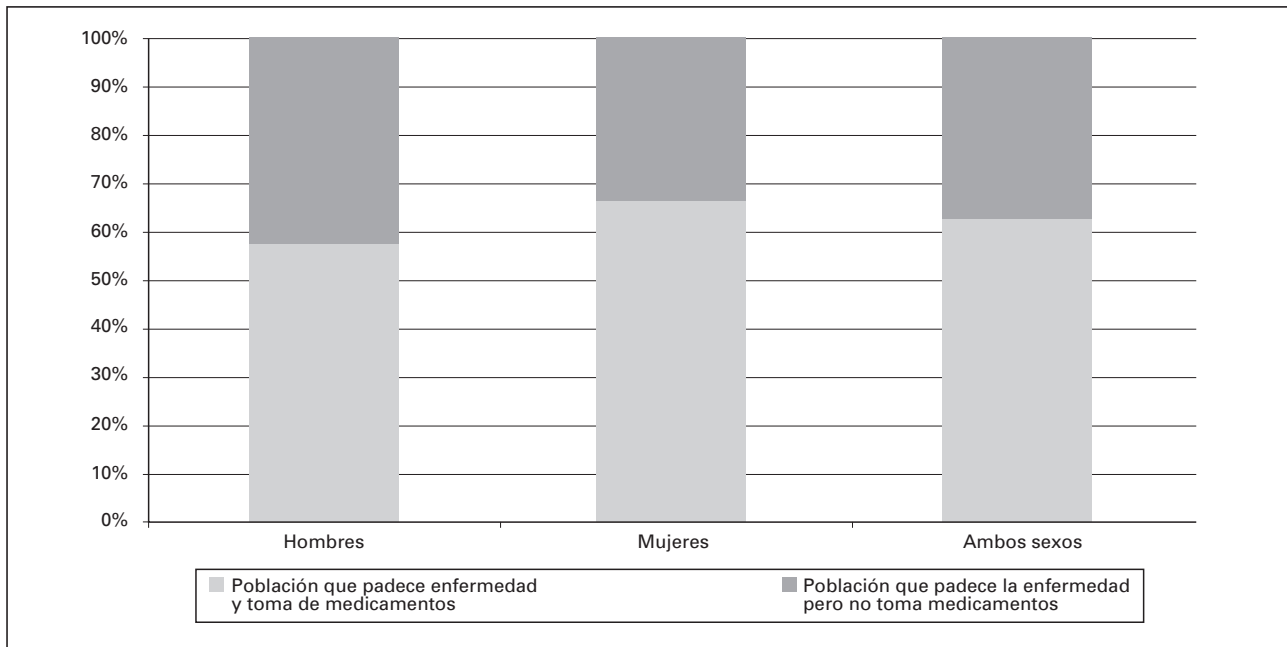
Ahora bien, los porcentajes aquí representados son por población total y no por población que padece la enfermedad. Si tenemos en cuenta únicamente las personas que han contestado padecer alguna enfermedad observamos cómo el 58,79% de los varones y el 66,23% de las mujeres que padece una enfermedad consumen algún medicamento para la misma. Por tanto, y como era de esperar por la práctica clínica, el padecer una enfermedad no implica el consumo de algún medicamento, lo que da lugar a que el 41,21% de los varones y el 37,04% de las mujeres que padecen una enfermedad afirmen no tomar ningún medicamento.

Respecto a las personas que toman algún medicamento para alguna enfermedad que declaran no padecer, alcanzan al 15,70% de los varones y al 11,51% de las mujeres. En este caso el porcentaje de hombres es muy superior al de las mujeres. Hay que señalar que la edad parece ser un aspecto importante a la hora de explicar qué tipo de personas toman un medicamento para una enfermedad que declaran no padecer en los últimos 12 meses.

La edad media de las personas que declaran padecer una enfermedad es de 50 años, tanto para hombres como para mujeres, mientras que la edad media de las que toman un medicamento para una enfermedad que declaran no tener es de 61 años, tanto en hombres como en mujeres.

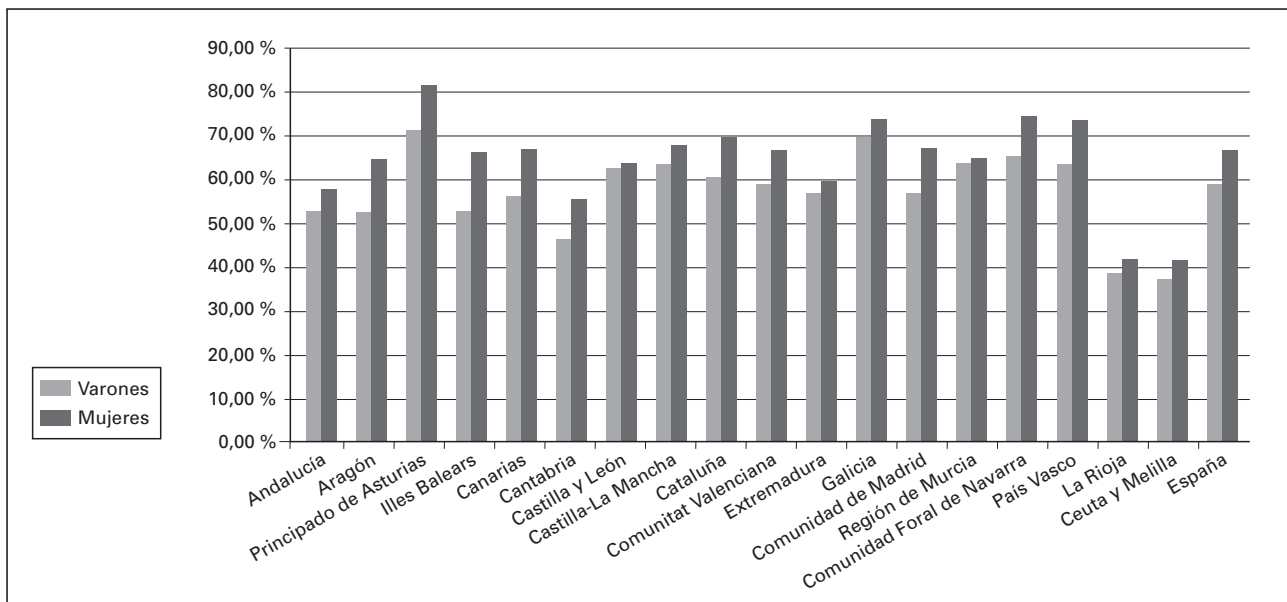
Un aspecto interesante es conocer el grado de personas que padecen una enfermedad y que están tomando medicamentos en cada una de las comunidades autónomas. El primer elemento a destacar es la enorme variabilidad del consumo por comunidad autónoma. Así, encontramos que el 39% de las personas de La Rioja o de Ceuta y Melilla que padecen una enfermedad toman medicamentos, porcentaje muy bajo si

Gráfico 2
Población que padece una enfermedad y consumo de medicamentos



Fuente: elaboración propia a partir de la ENS 2006

Gráfico 3
Porcentaje de población que padece una enfermedad y consumo medicamentos por CCAA y sexo



Fuente: elaboración propia a partir de la ENS 2006

lo comparamos con el 76% de Asturias, el 71% de Extremadura o el 70% de Navarra.

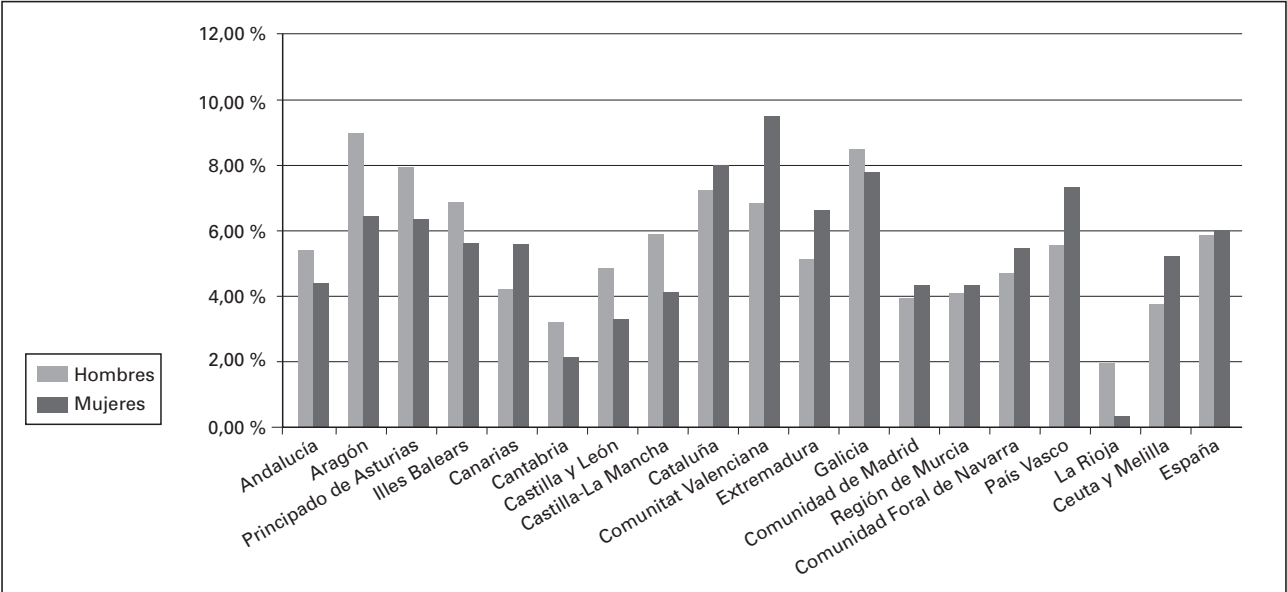
Si analizamos ahora el porcentaje de población por CC.AA. que toma un medicamento para una enfermedad que declara no padecer, observamos cómo son Aragón y Galicia las comunidades en las que ese porcentaje es mayor para los varones con un 9,04% y un 8,51% respectivamente, frente al 1,96% de La Rioja o el 3,19% de Cantabria. En el caso de las mujeres son la Comunidad Valenciana y la de Cataluña, con porcentajes del 9,53% y del 8,01% respectivamente, las que se sitúan a la cabeza. Por el contrario, son la Rioja, con un 0,33%, y Cantabria, con un 2,14%, las comunidades en las que las tasas de consumidoras de medicamentos sin padecer enfermedad son menores.

Para finalizar este apartado vamos a comentar algunos datos sobre la incidencia de las enfermedades y el uso o no de medicamentos para cada sexo. Para ello, analizaremos el número de enfermedades que tienen una pre-

valencia superior al 10%. Igualmente comentaremos en que enfermedades es menos habitual el tratamiento farmacológico y describiremos aquellas enfermedades donde se toman medicamentos a pesar de no haber padecido la enfermedad en los últimos 12 meses.

En el caso de los hombres las enfermedades más prevalentes son el dolor lumbar crónico, con el 18,86% de la población masculina, la tensión alta, con el 17,06%, el dolor cervical crónico, con el 15,41%, la artrosis, con el 13,90% y el colesterol alto, con el 13,78%. En el caso de las mujeres hay 11 enfermedades o dolencias que superan el 10% de prevalencia. El dolor cervical crónico tiene una prevalencia entre las mujeres del 31,24%, seguida de la artrosis, artritis o reumatismo que afectan al 28,85% de las mujeres, y el dolor lumbar crónico que alcanza al 28,63%. En los siguientes lugares se encuentran las varices en las piernas, que afectan al 26,06%, la tensión alta, al 20,43%, la migraña o el dolor de cabeza, al 20,35%, la depresión, al 19,01%, el colesterol alto, al 14,43%, la alergia crónica, al 13,07%, el estreñi-

Gráfico 4
Porcentaje de población que no padece una enfermedad y consume medicamentos por CCAA y sexo



Fuente: elaboración propia a partir de la ENS 2006

miento crónico, al 11,21% y los hemorroides, al 10,25% de las mujeres. Parte de estas diferencias se pueden deber a la diferente composición de la población por edad, ya que a pesar de no existir una diferencia considerable en la edad media de hombres y mujeres, para los primeros es de 45 años y para ellas es de 47, si bien es cierto que existe un 5% más de mujeres a partir de 60 años en comparación a los hombres.

Un aspecto a destacar es el de las personas que padecen más de una enfermedad, ya que si sumamos los totales de los cuadros anteriores podríamos apreciar que estos superan con mucho a la población española. Ello se debe a que una misma persona puede padecer diferentes enfermedades y estar tratada con medicamentos para varias. Esta circunstancia es especialmente importante en el caso de las mujeres, ya que el número medio de enfermedades que padecen en el último año es de 3,03, frente al 1,75 de los hombres.

Respecto a las enfermedades que originan un mayor porcentaje de población consumidora de medicamentos, son prácticamente idénticas para ambos sexos y responden a patologías severas que necesitan un control permanente, tales como el infarto de miocardio y otras enfermedades del corazón, el asma, la bronquitis crónica, la diabetes, la úlcera de estómago o duodeno, la embolia y los tumores malignos. Respecto a las enfermedades que se padecen, pero que tienen mayores tasas de población, por encima del 5%, sin tomar medicamentos, existen diferencias importantes entre ambos sexos. Así, para los varones, un 8,99% de los mismos padece dolor lumbar crónico y no toma

medicamentos para el mismo. Le siguen el dolor cervical crónico, con un porcentaje del 7,58%, la artrosis, artritis o reumatismo, con el 5,66%, el colesterol alto, con el 5,48% y las varices en las piernas, con el 5,15%. Respecto a las mujeres, un 18,06% padece varices en las piernas y no toma medicamentos, seguido del dolor cervical, con el 12,02%, el dolor lumbar crónico, con el 10,58%, la artrosis, con el 8,90%, la depresión con el 6,03%, el colesterol alto y las hemorroides, con un 5,38% cada una y el estreñimiento crónico, con un 5,36%,

Respecto a las enfermedades que no se han padecido en los últimos 12 meses, pero para las que se toman medicamentos, el patrón es idéntico para ambos sexos. Son básicamente tres: la tensión alta, el infarto de miocardio y otras enfermedades cardiovasculares. Este tipo de patologías pueden haberse padecido en el pasado y precisar una medicación crónica para evitar nuevos episodios, con lo cual estos datos son totalmente normales y están dentro de lo esperado.

Como hemos señalado anteriormente, el consumo de medicamentos por tipo recoge mejor la utilización de medicamentos por parte de la población que las preguntas relacionadas con el consumo de medicamentos para las diferentes enfermedades. Por este motivo, para no caer en reiteraciones injustificadas, el análisis de los determinantes personales, así como el de la automedicación y el cumplimiento terapéutico, junto al modelo econométrico se realizará a partir de los datos obtenidos de las preguntas sobre el tipo de medicamentos consumidos.

1.3. DETERMINANTES QUE ACTÚAN SOBRE EL CONSUMO DE FÁRMACOS

En este apartado vamos a identificar qué influencia tienen las características personales, el estado de salud, los estilos de vida y las características socioeconómicas en el consumo de medicamen-

tos. Este trabajo descriptivo es previo al análisis econométrico y nos informa sobre la importancia de las distintas variables en el consumo de fármacos.

1.3.1. Consumo de medicamentos y características personales

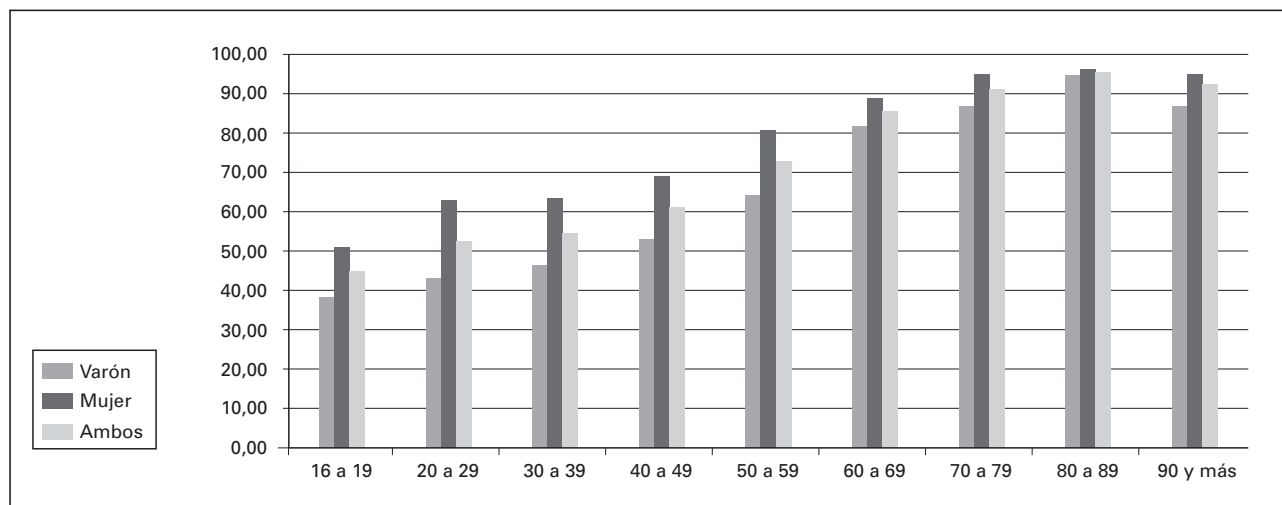
El primer aspecto que vamos a estudiar es la evolución del consumo de medicamentos por grupo de edad. Tal como se puede apreciar en la Tabla 5 y el gráfico siguiente, a medida que aumenta la edad, el porcentaje de población que consume medicamentos va creciendo hasta alcanzar el máximo en el grupo de 80 a 84 años, llegando el porcentaje de varones que consumen algún medicamento al 95,08% y el de las mujeres al 95,80%. En los grupos de edad superiores se reducen ligeramente estos porcentajes. La tasa menor de consumo se encuentra lógicamente en el grupo de población más joven, en el que sólo el 37,33% de los varones consume medicamentos frente al 50,35% de las mujeres. De hecho, si tenemos en cuenta solo la población que consume medicamentos, los mayores de 65 años representan el 25% del total de los varones y el 27% en el caso de las mujeres.

Si comparamos los datos obtenidos en la ENS 2006 con otros trabajos publicados sobre estudios de poblaciones específicas y con un cuestionario abierto sobre el consumo de medicamentos, observamos que, aunque

existen algunas diferencias, las tendencias apuntadas se han acentuado en los últimos años. Así en un trabajo con un estudio transversal a través de encuesta a domicilio de todas las personas de 65 o más años se apreciaba que el 83,1% de la población de 65 o más años consumía al menos un medicamento [54], porcentaje que en nuestro caso es del 91%, lo que supone que en una década este porcentaje se ha incrementado en un 8%. En esta misma línea, un estudio transversal sobre la población general de 25 a 64 años de Cataluña [55], mostraba también que el consumo de medicamentos aumentaba significativamente con la edad en ambos sexos, siendo superior en las mujeres en todos los grupos de edad, incluso al excluir los anticonceptivos. Por tanto, los resultados obtenidos en encuestas domiciliarias, con un cuestionario abierto sobre el consumo de medicamentos, ofrecen unos resultados similares y comparables a los obtenidos a partir de los datos poblacionales reflejados en la ENS de 2006.

Por otra parte, trabajos más recientes como el de los determinantes del consumo de medicamentos en población inmigrante también muestran un aumento del consumo de medicamentos con la edad [15]. En resumen, como consecuencia del envejecimiento se produce

Gráfico 5
Porcentaje de población que consume medicamentos por grupo de edad y sexo



Fuente: ENS 2006

un aumento de la morbilidad y un incremento de las incapacidades, lo que conduce a una mayor demanda de atención sanitaria y de medicamentos [54]. Sin embargo, el tratamiento farmacológico de las personas mayores plantea problemas específicos que han comenzado a plantearse hace relativamente poco tiempo, sin que existan suficientes estudios que expliquen en profundidad la terapéutica medicamentosa de los ancianos [56].

Otro de los resultados recurrentes en la literatura empírica es la constatación de las diferencias por sexo en cuanto al consumo de medicamentos en España en todos los tramos de edad. A partir de los datos de la ENS, para todos los grupos etarios considerados, el porcentaje de mujeres que consume medicamentos es siempre superior al de hombres. De hecho, la tasa de hombres que consumen medicamentos es del 57,69%, mientras la de las mujeres del 73,78%.

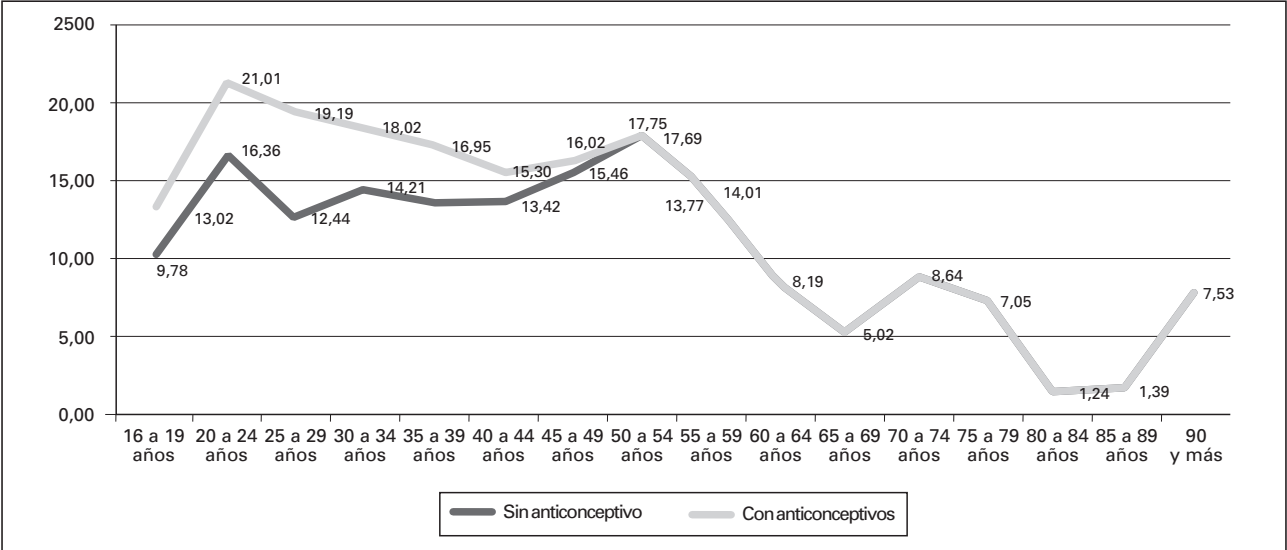
En este sentido, hay varios aspectos que debemos destacar. En primer lugar, el porcentaje de mujeres que consume medicamentos siempre es superior al 50% en todos los grupos de edad, mientras que en los

hombres ese porcentaje sólo se alcanza a partir de los 40 años. La diferencia máxima entre el porcentaje de mujeres y de hombres se da en el grupo de 20 a 24 años, en el que el porcentaje de mujeres que consume algún medicamento supera en 21,01% al de los hombres. De hecho entre los 24 a los 59 años el porcentaje de mujeres siempre supera en más de un 14% al de los hombres, bajando esta diferencia en torno al 8% entre los 60 a 79 años. Solo en dos grupos de edad, el de los 80 a 84 y de los 85 a los 89, las diferencias entre mujeres y hombres se acortan por debajo de los dos puntos porcentuales.

Si descontamos el consumo de anticonceptivos por parte de las mujeres, estas diferencias se reducen, sobre todo en los grupos de edades inferiores a los 45 años, manteniéndose constantes para los grupos de más de 60 años.

En resumen, podemos decir que la edad es un factor clave a la hora de explicar el consumo de medicamentos, ya que a medida que envejecemos la proporción de población que consume medicamentos es también

Gráfico 6
Diferencias entre el porcentaje de mujeres con respecto al de hombres que toman medicamentos en las últimas dos semanas por grupo de edad



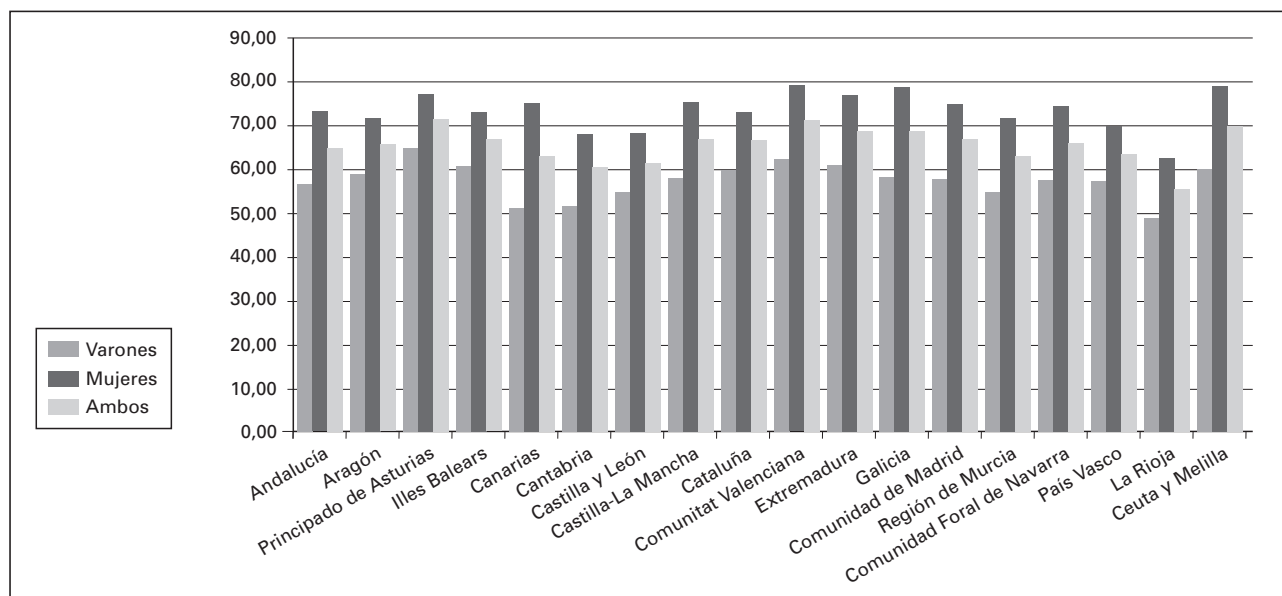
Fuente: Elaboración propia a partir de la ENS 2006

mayor. Por otro lado, el género es igualmente un factor determinante, ya que las mujeres, especialmente las menores de 40 años consumen medicamentos en una proporción muy superior a los hombres. Estos resultados están en consonancia con lo demostrado por trabajos que utilizan datos de sección cruzada, conjunto de observaciones recogidas de diferentes elementos poblacionales en un mismo instante de tiempo. Así un trabajo realizado en Madrid con una muestra de 4.008 personas representativas de la población de 60 y más años encontró diferencias significativas entre el porcentaje de hombres y mujeres que consumían tres o más medicamentos con porcentajes de 52,19% en las mujeres y de 41,40% en los hombres [57]. En otro trabajo realizado en Cataluña mediante la utilización de muestra de sección cruzada a partir de los registros informatizados de dispensación farmacéutica y con una muestra de 4.080.234 pacientes, durante al año 2002, se observó que del total de la población registrada al menos el 74,53% utilizaba un medicamento, siendo esta tasa del 80,93% en las

mujeres y del 67,84% en los hombres, calculándose igualmente un mayor coste para las mujeres y un riesgo de prescripción en las mujeres un 23% superior al de los hombres [58]. Otro trabajo realizado en la Comunidad Valenciana pone de manifestó que el número de medicamentos consumidos por las mujeres es superior al de los hombres, 4,86 frente a 4,20. Ahora bien, una vez controlada la influencia de los problemas de salud y la frecuencia de la visita al médico en el análisis multivariante, los resultados ponen de manifiesto que no existe una diferencia significativa de probabilidad en que el consumo de las mujeres sea superior al de los hombres [59].

Otro aspecto importante es conocer si existen diferencias significativas en el consumo de medicamentos en función de la comunidad de residencia. En la Tabla 19 se recogen los porcentajes de población que consumen medicamentos por comunidad autónoma. Tal como ocurría con la edad, en todas las comunidades el porcentaje de mujeres que está tomando medicamentos es superior al de los hombres.

Gráfico 7
Población que consume medicamentos en las últimas dos semanas por CCAA



Fuente: ENS 2006

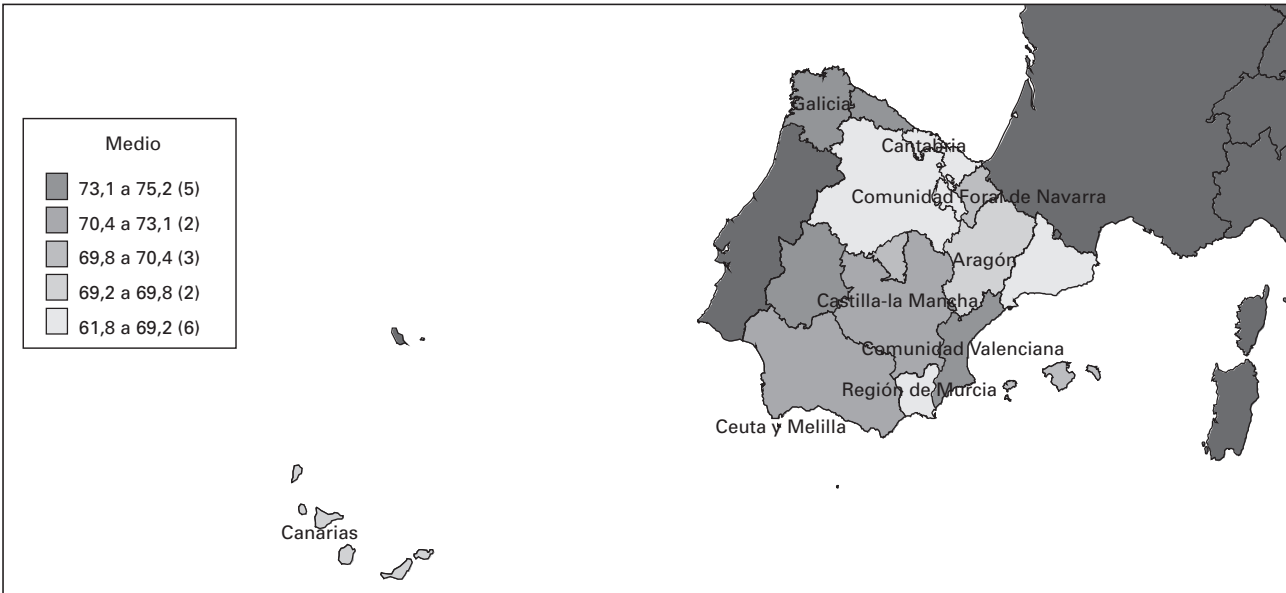
La máxima diferencia entre las tasas de consumo de la población femenina y masculina se encuentra en Galicia, con 20,41 puntos, mientras que la más reducida se localiza en las Islas Baleares, donde 12,25 puntos separan las poblaciones consumidoras de ambos sexos. Otro aspecto de interés es el de las diferencias de consumo entre las diferentes comunidades autónomas. La mayor tasa de consumidores de medicamentos se encuentra en Asturias y la más baja en La Rioja. Entre ambas median 15,78 puntos de diferencia.

Si distinguimos entre varones y mujeres, el Principado de Asturias es la comunidad con mayor tasas de consumidores entre los varones, el 64,55%. Le siguen la Comunidad Valenciana, con un 61,83% y Extremadura con un 60,51%. En el otro extremo, con la tasa mas baja de consumo de medicamentos en las dos últimas semanas, se encuentra La Rioja (48,15%). Le siguen Canarias, con el 50,96%, y Cantabria, con el 51,22%, como las comunidades con menor tasa de varones consumidores de medicamentos.

Con respecto a las mujeres, es la Comunidad Valenciana la que presenta un mayor porcentaje de mujeres consumidoras de medicamentos, el 78,88%, seguida de Ceuta y Melilla, con el 78,69% y de Galicia, con el 78,23%. En el otro extremo, vuelve a situarse La Rioja, con el 62,29%, seguida de Cantabria, con el 67,69% y Castilla León con el 67,93%. La variabilidad entre CC.AA. es muy importante tanto en hombres como en mujeres, ya que en el primer caso la diferencia entre el Principado de Asturias y La Rioja es de 16,31 puntos porcentuales, y en el caso de las mujeres la distancia entre la Comunidad Valenciana y La Rioja es del 16,59%.

Como hemos comprobado anteriormente, la edad es un factor fundamental en el porcentaje de población que consume medicamentos, motivo por el que el perfil de consumo de las comunidades autónomas se encuentra estrechamente vinculado al envejecimiento demográfico. Si observamos, en la Tabla 20, la edad media en las diferentes comunidades se aprecia que

Gráfico 8
Tasa de consumidores de medicamentos en las últimas dos semanas por CCAA



Fuente: ENS 2006

salvo en los casos del Principado de Asturias que es la región más envejecida, una de las CC.AA. con mayor tasa de consumidores de medicamentos, y Galicia donde también parece existir una influencia clara del envejecimiento, en otras comunidades como la Valenciana o La Rioja esta relación no es tan fuerte y visible.

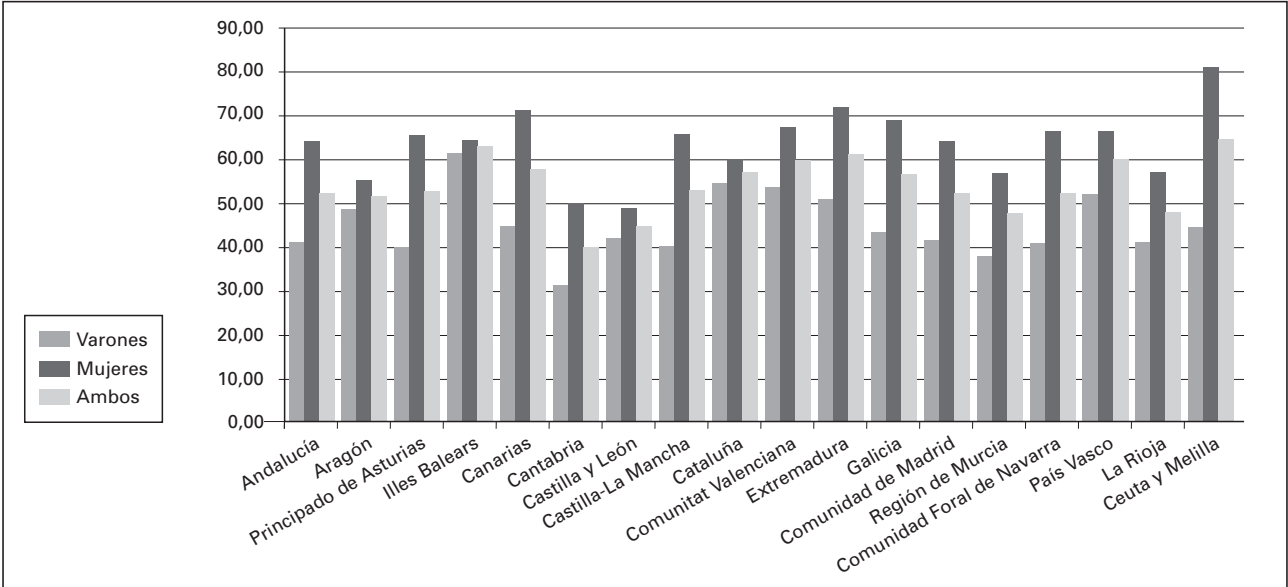
Por este motivo, en el gráfico siguiente vemos solo el porcentaje de población que toma medicamentos por comunidad autónoma en el grupo de edad comprendido entre los 30 a los 39 años, con objeto de limitar el efecto del envejecimiento en el consumo de medicamentos. Observamos así cambios importantes, tanto en hombres como en mujeres. El Principado de Asturias deja de estar entre las comunidades con mayor porcentaje de población consumidora, mientras que La Rioja, sigue manteniéndose en la franja baja de ambos sexos. En este grupo de edad, en varones, la mayor tasa de consumidores la encontramos en las Islas Baleares, con un 60,33%, seguido de Cataluña, con el 54%, y de la Comunidad

Valenciana, con un 53,37%. Respecto a las mujeres, llama la atención el alto porcentaje de población consumidora en Ceuta y Melilla, con un 81,03%, seguida de Extremadura, con un 71,48, y de Canarias, con un 79,48%,

Hay que señalar que no hemos encontrado referencias en la literatura sobre consumo general de medicamentos comparado por comunidades autónomas, existiendo solo estudios sobre el gasto farmacéutico por comunidad autónoma [60-63], motivo por el que no podemos comparar estos resultados con otros estudios.

Todo ello indica que la edad y el género no son los únicos determinantes poblacionales del consumo de medicamentos en cada territorio. Los otros factores que vamos a estudiar están relacionados con el estado de salud, los factores de riesgo, aspectos relacionados con determinantes socioeconómicos y otros relacionados con el tipo de aseguramiento sanitario del que dispone la persona.

Gráfico 9
Población de 30 a 39 años que consume medicamentos en las últimas dos semanas por CCAA



Fuente: ENS 2006

1.3.2. Consumo de medicamentos y estado de salud

Dado que los fármacos se producen para mejorar la salud, el primer determinante del consumo de medicamentos debe ser el estado de salud. Es decir, a medida que empeora el estado de salud, su consumo tenderá a incrementarse, ya que debe ser utilizado ante alguna dolencia o enfermedad y la población sana no debería utilizar medicamentos. Sin embargo, también se podría argumentar que es precisamente la utilización del medicamento lo que hace que el paciente mejore y sienta su estado de salud como bueno, lo que también avalaría una estrecha correlación entre su consumo y la mejor salud. Si observamos la población según el estado de salud declarado, vemos que más de 13,3 millones de varones, el 72,65% del total, y más de 11 millones de mujeres, el 60,63%, declaran tener un estado de salud bueno o muy bueno.

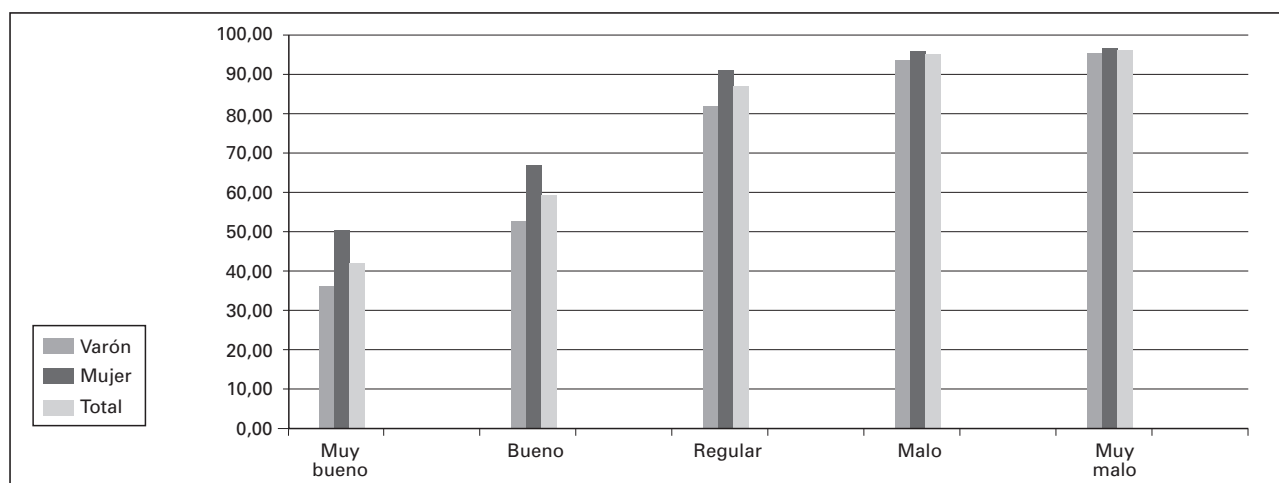
Por otra parte, el porcentaje de población que declara un estado de salud malo o muy malo es del 6,87% en los varones y del 10,44% en las mujeres. Si cruzamos ahora el estado de salud con el consumo de medicamentos, apreciamos claramente que el porcentaje de

población que consume medicamentos aumenta de forma significativa con el empeoramiento del estado de salud percibido.

Como se puede apreciar a medida que empeora el estado de salud autopercebido aumenta la proporción de población que consume medicamentos, ya que si el estado de salud declarado es muy bueno sólo el 35,92% de los varones y el 49,93 de las mujeres declaran consumir medicamentos.

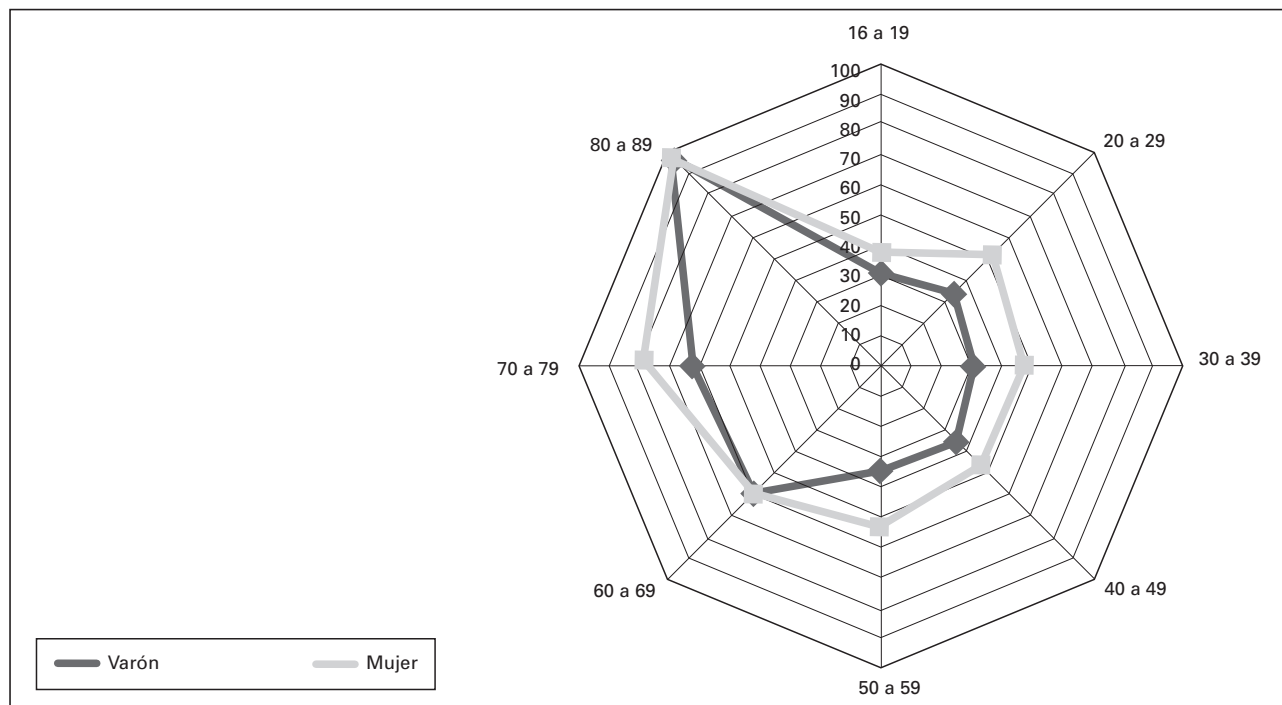
Sin embargo, estos porcentajes llegan al 94,41% en los varones y al 95,85% en las mujeres si el estado de salud declarado es muy malo. De hecho, un aspecto de especial interés es observar como el patrón por género se diferencia más en los estados de salud muy bueno y bueno, donde las diferencias entre el porcentaje de hombres y mujeres que consumen medicamentos es muy importante, para ir nivelándose en aquellos que declaran su estado de salud como regular y llegar a ser muy similar para los estados de salud malo y muy malo. El uso mas temprano del sistema sanitario por parte de la mujer, derivado de su ciclo reproductivo y no de la morbilidad, explica en gran parte su mayor consumo en edades jóvenes y en ausencia de enfermedad.

Gráfico 10
Porcentaje de población que toma medicamentos por estado de salud autopercebido y sexo



Fuente: ENS 2006

Gráfico 11
Porcentaje de población que consume medicamentos en las últimas dos semanas por sexo.
Estado de salud declarado muy bueno



Fuente: ENS 2006

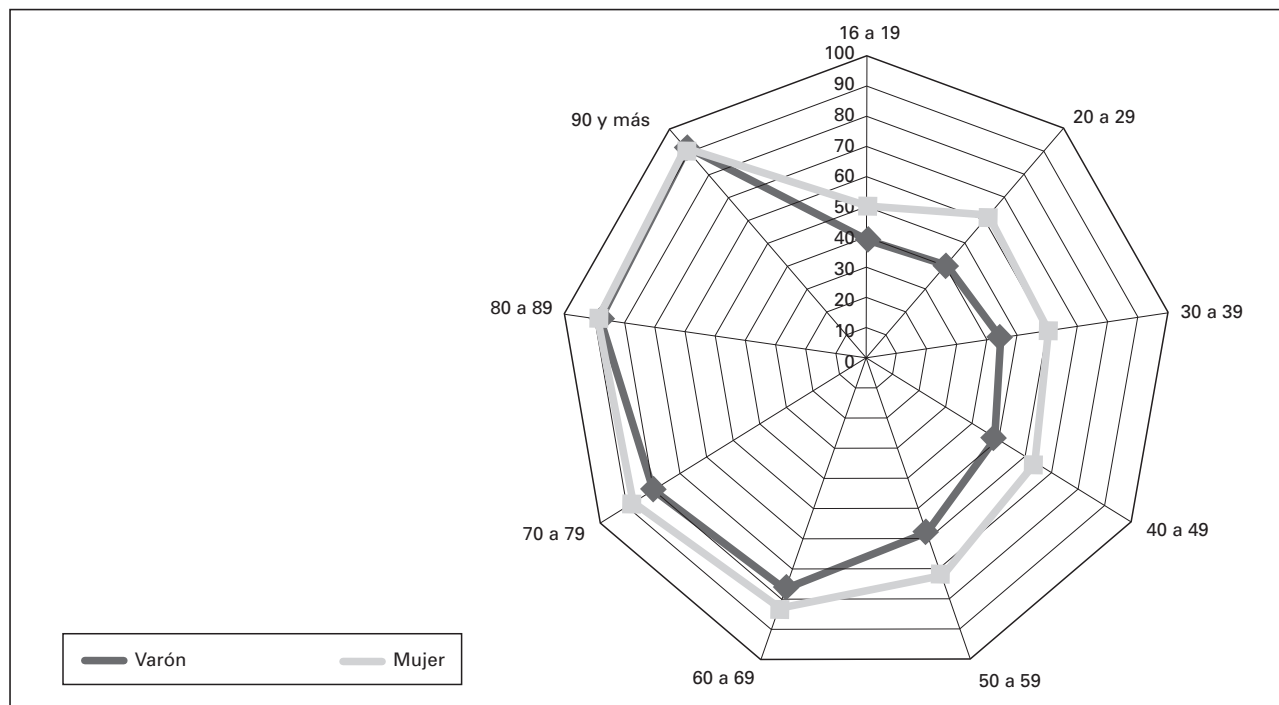
Efectivamente, si comparamos los grupos de edad, se aprecia que es precisamente en las edades más jóvenes en donde las diferencias entre hombres y mujeres se hacen más patentes. En las personas que declaran su estado de salud como muy bueno, las diferencias entre hombres y mujeres se mantienen hasta los 60 años. En el caso de los hombres, el porcentaje de los que consumen medicamentos oscila entre el 30% y el 35%, mientras que en las mujeres lo hace entre el 37% y el 53%. Estos valores están muy alejados de las respectivas medias de cada género.

En el caso de los individuos que declaran su estado de salud como bueno, las diferencias se mantienen igualmente hasta los 60 años, aunque en este caso los porcentajes tanto de hombres como de mujeres que consumen medicamentos se han incrementado, así en el caso de los varones los porcentajes entre los 16 a los 59 años

oscilan entre el 41,09% y el 56,09%. En el caso de las mujeres estos se sitúan en el 51,95% y el 71,13%.

Por tanto, las diferencias fundamentales en el consumo de medicamentos entre hombres y mujeres se dan en las personas que declaran su estado de salud bueno y muy bueno y además tienen menos de 60 años. Estos datos sugieren que el patrón de morbilidad es diferente en hombres y mujeres, existiendo, además, otro tipo de factores que pueden explicar estas diferencias, como, por ejemplo, el consumo de anticonceptivos, ya que este se concentra en los grupo de edad por debajo de los 50 años, grupo en el que la valoración del estado de salud suele buena o muy buena. De hecho, eliminando de la muestra las mujeres que sólo toman anticonceptivos, las diferencias por sexo en los grupos de edad entre los 20 y los 49 años se mantiene constante en 10 puntos porcentuales.

Gráfico 12
Porcentaje de población que consume medicamentos en las últimas dos semanas por sexo.
Estado de salud declarado bueno



Fuente: ENS 2006

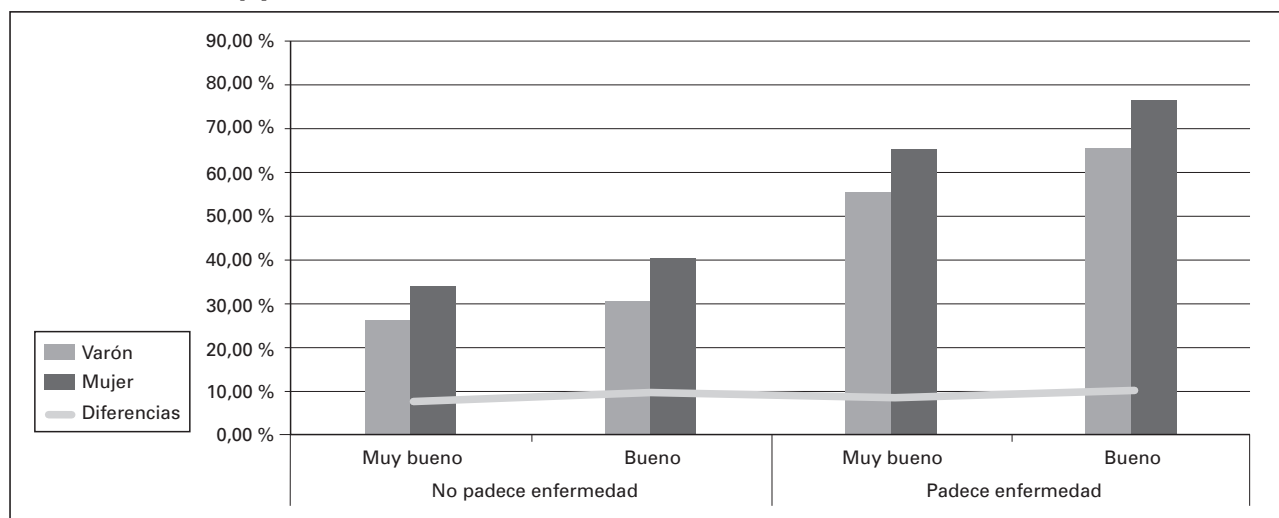
Los resultados que ofrece al ENS en cuanto a consumo de medicamentos y estado de salud percibida son consistentes con los hallazgos encontrados por alguno de los artículos que ya hemos citado. Así, el número de fármacos consumidos de forma regular aumentó según empeoraba el grado de salud autopercebida, tanto en varones como en mujeres. Las personas que declararon tener mala o muy mala salud en el último año consumieron tres o más medicamentos de forma regular en los 15 días anteriores, sin encontrarse diferencias de género significativa. Sin embargo, entre los que declararon tener muy buena salud, el 21% de los varones y el 34% de las mujeres habían tomado al menos un medicamento [55].

En esta misma línea, introduciremos aquí un aspecto, ya estudiado anteriormente, como es el de la morbilidad, y más concretamente el de las enfermedades cró-

nicas. El consumo de medicamentos se encuentra asociado a la morbilidad, motivo por el que aquellas personas que padecen enfermedades crónicas normalmente consumirán medicamentos en mayor medida. Así el 73,02% de los varones y el 82,96% de las mujeres que padecen una enfermedad crónica consumen algún medicamento, mientras que sólo el 30,40% de los varones y 39,55% de las mujeres que no padecen ninguna enfermedad consumen medicamentos. Hay que señalar que no existen diferencias significativas entre las tasas de consumo de medicamentos en función de que sea el individuo o el médico el que declara la existencia de la enfermedad.

Obviamente, es la diferente incidencia de las enfermedades lo que puede explicar el diferencial de consumo de medicamentos por grupo de edad y género. Por ello, cruzamos la respuesta que dan los individuos a

Gráfico 13
Porcentaje de población que consume medicamentos en las últimas dos semanas
por sexo, estado de salud declarado muy bueno o bueno
y padecer o no una enfermedad crónica en los últimos 12 meses



Fuente: ENS 2006

las dos preguntas sobre las enfermedades crónicas, por grupo de edad y género. Los resultados demuestran claramente que la prevalencia de la mayoría de estas enfermedades en la población femenina es superior a la masculina. El patrón por edades es similar, ya que a medida que envejecemos, tanto en los hombres como en las mujeres, se declara tener más enfermedades. Sin embargo, hay que destacar que las diferencias por género no se reducen hasta los 60 años, y no es hasta los 70 años cuando las diferencias en el porcentaje de hombres y mujeres se reducen por debajo del 5%.

Esta diferente carga de la enfermedad por género, podría explicar el diferencial en el consumo de medicamentos observados previamente. Vimos anteriormente que la variable que más diferencias introducía era la autovaloración del estado de salud, y que las diferencias de consumo de medicamentos entre hombres y mujeres se daban básicamente en los estados de salud muy bueno y bueno. Por ello, ahora analizaremos el efecto de padecer o no una enfermedad en los últimos 12 meses sobre el consu-

mo de medicamentos. Los porcentajes de población que consumen medicamentos se incrementan tanto para hombres y mujeres en función de padecer una enfermedad crónica en los últimos 12 meses. El diferencial entre las tasas de consumo de medicamentos de la población masculina y femenina es muy similar, independientemente del hecho de padecer o no una enfermedad crónica. También es parecido al encontrado en otros trabajos, ya que el número de problemas de salud así como la frecuencia de visitas al centro de atención primaria, llega a explicar el 82,2% del número de medicamentos consumidos [59], o el hecho de padecer enfermedades crónicas o tener mala autovaloración del estado de salud incrementan notablemente el consumo de medicamentos [15].

Sin embargo, los datos sugieren que las diferencias existentes en el consumo de medicamentos entre hombres y mujeres no se explican únicamente por la diferente morbilidad entre ellos, lo que sugiere que existen otros factores determinantes que debemos explorar.

1.3.3. Consumo de medicamentos y estilos de vida

Una vez visto los determinantes personales estudiaremos las diferencias existentes en el consumo de medicamentos asociadas con los diferentes hábitos o estilos de vida. En particular, analizaremos las diferencias existentes en el consumo de medicamentos en función del hecho de ser fumador, de consumir alcohol, de padecer algún grado de sobrepeso u obesidad, así como del descanso y de la actividad física realizadas.

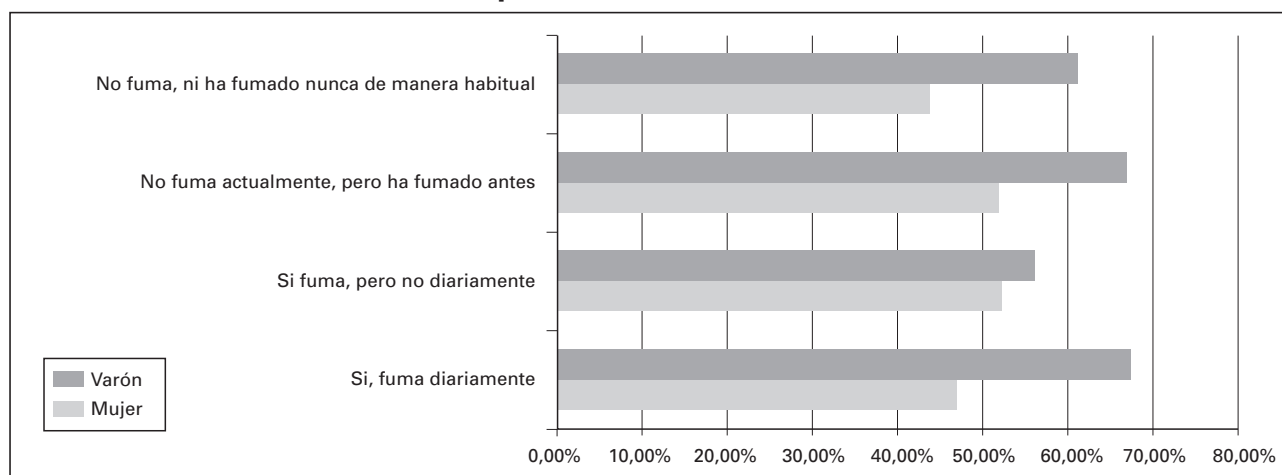
El primer aspecto que abordamos es el del tabaco. Como podemos apreciar, no parecen existir diferencias significativas en el consumo de medicamentos entre fumadores y no fumadores. De hecho salvo en el caso de los varones exfumadores, donde el porcentaje de población que consume medicamentos es muy superior a la media, el resto de casos, tanto en mujeres como en hombres no muestran diferencias significativas. Muchos exfumadores lo son al haber experimentado los efectos nocivos del tabaco sobre su propia salud, razón por la cual es este grupo y no el de fumadores, el que suele presentar los rasgos propios de la morbilidad asociada con el tabaco.

No obstante, si analizamos el efecto que tiene fumar en el consumo de medicamentos en el segmento de edad de 25 a 44 años, apreciamos como en este caso si existen leves diferencias a favor de aquellas personas que ni fuman ni lo han hecho nunca, tanto en hombres o mujeres.

Entre los fumadores habituales no parece que el número de cigarrillos fumados al día tenga una incidencia importante sobre el consumo de medicamentos. Sólo a partir de los 20 cigarrillos diarios la tasa de población que consume medicamentos es superior a la que muestra la media de la muestra de la ENS, aunque las diferencias tampoco son muy importantes y no tienen un patrón creciente en ambos sexos a medida que aumenta el número de cigarrillos por encima de los 20 diarios. Otros trabajos tampoco han encontrado diferencias significativas entre fumadores y no fumadores en relación al consumo de medicamentos [15].

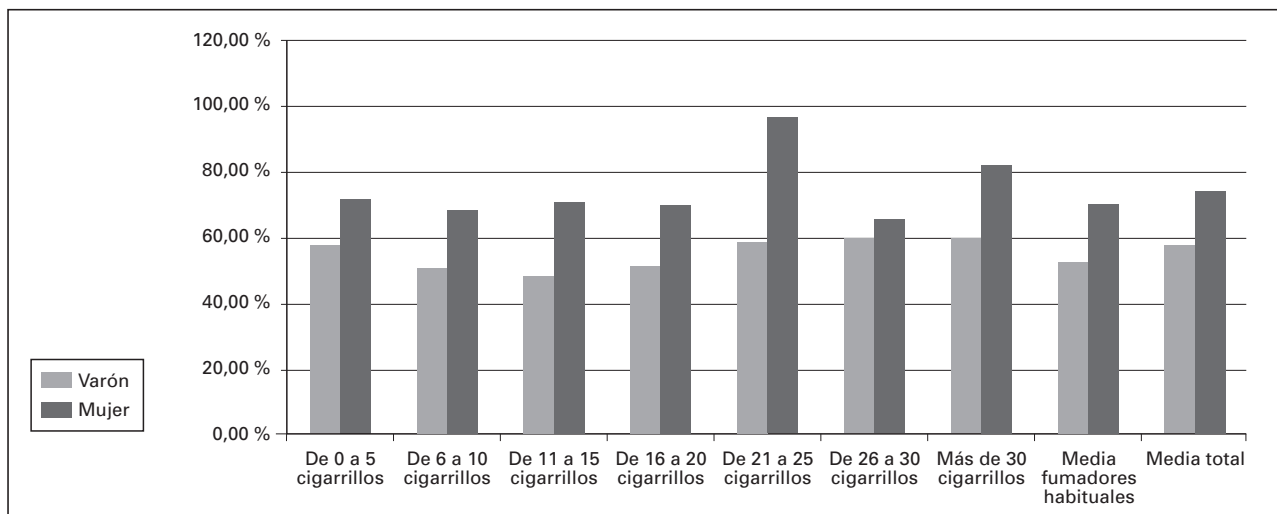
El siguiente aspecto que vamos abordar es el del consumo de alcohol. Al igual que sucedía con el tabaco no parece existir una relación entre el porcentaje de población que consume medicamentos y el hecho de haber

Gráfico 14
Porcentaje de población que consume medicamentos en función del hábito tabáquico y género.
Grupo de edad de 25 a 44 años



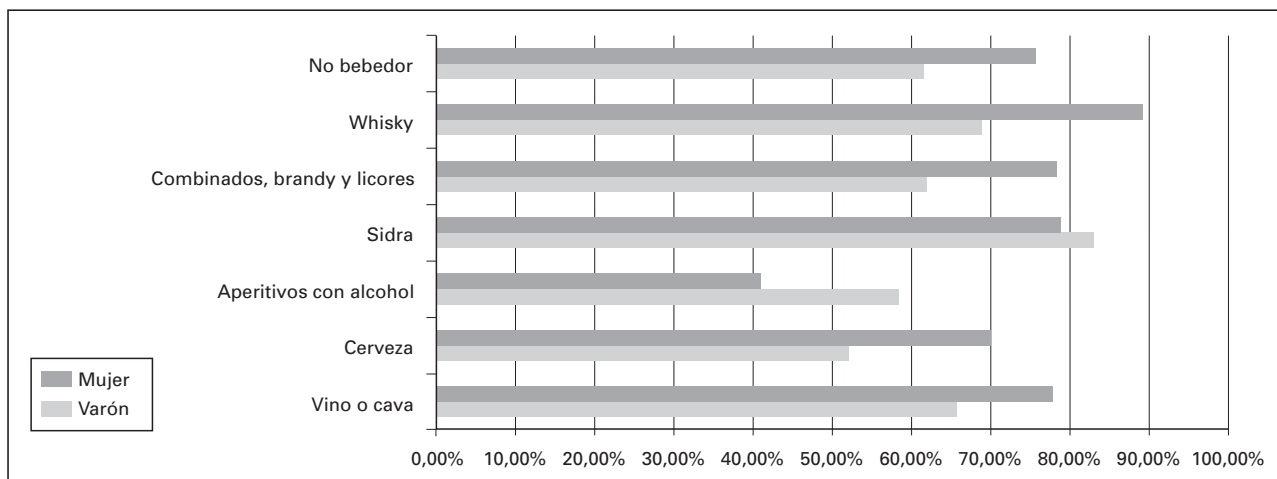
Fuente: ENS 2006

Gráfico 15
Porcentaje de población que consume medicamentos en función
del número de cigarrillos que fuma al día



Fuente: ENS 2006

Gráfico 16
Porcentaje de población que consume medicamentos en bebedores diarios
de los distintos tipos de alcohol



Fuente: ENS 2006

consumido o no alcohol. De hecho, en aquellas personas que declaran consumir alcohol en las dos últimas semanas el porcentaje de población que consume medicamentos es menor que en aquellos que no han ingerido

alcohol en ese mismo periodo de tiempo. Esa misma circunstancia se da en aquellos que han contestado que han consumido alcohol en los últimos 12 meses, ya la tasa de consumo de medicamentos es del 59,61% en

varones y del 73,25% en las mujeres, en ambos casos inferiores a los porcentajes de aquellos que declaran no haber consumido alcohol en los últimos 12 meses.

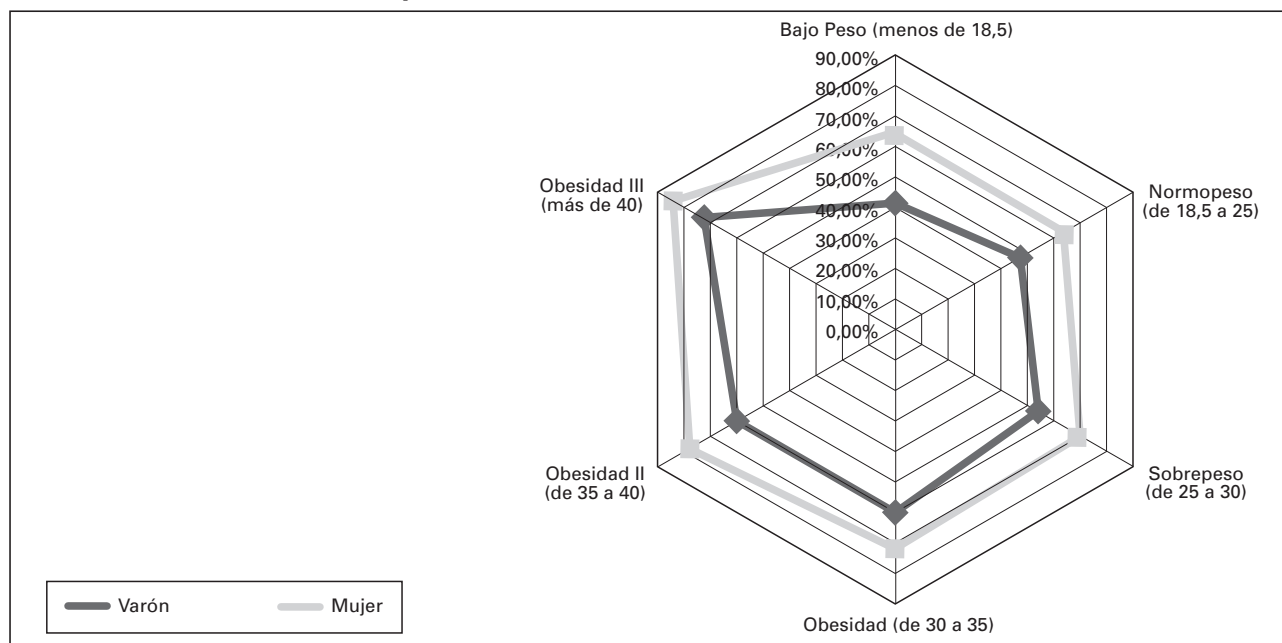
De nuevo, el grado de ingesta de alcohol tampoco parece ser significativo a la hora de explicar el consumo de medicamentos por parte de la población, ya que al comparar los bebedores diarios de los diferentes tipos de alcohol frente a los no bebedores sólo encontramos diferencias importantes en el caso de las bebidas con mayor graduación como el whisky o los combinados. Al igual que en el caso del tabaco estos resultados son similares a los encontrados en la literatura [15].

En resumen, ni el alcohol ni el tabaco parecen explicar por si solos diferencias en el consumo de medicamentos en la población española, sólo en los casos extremos de un número muy elevado de cigarrillos al día, por encima de 20 o de las bebidas de alta graduación, podemos apreciar un sensible aumento de la

población que consume medicamentos. En ambos casos, debe recordarse que cuando las personas toman medicamentos asociados a enfermedades derivadas del consumo del tabaco o del alcohol, la prescripción médica del medicamento suele ir precedida o acompañada de la recomendación de no consumir tabaco y/o alcohol, razón por la cual los mayores consumos de uno y otro suelen estar asociados con una aceptable autovaloración de la salud, sin que, obviamente, pueda establecerse una relación de causalidad.

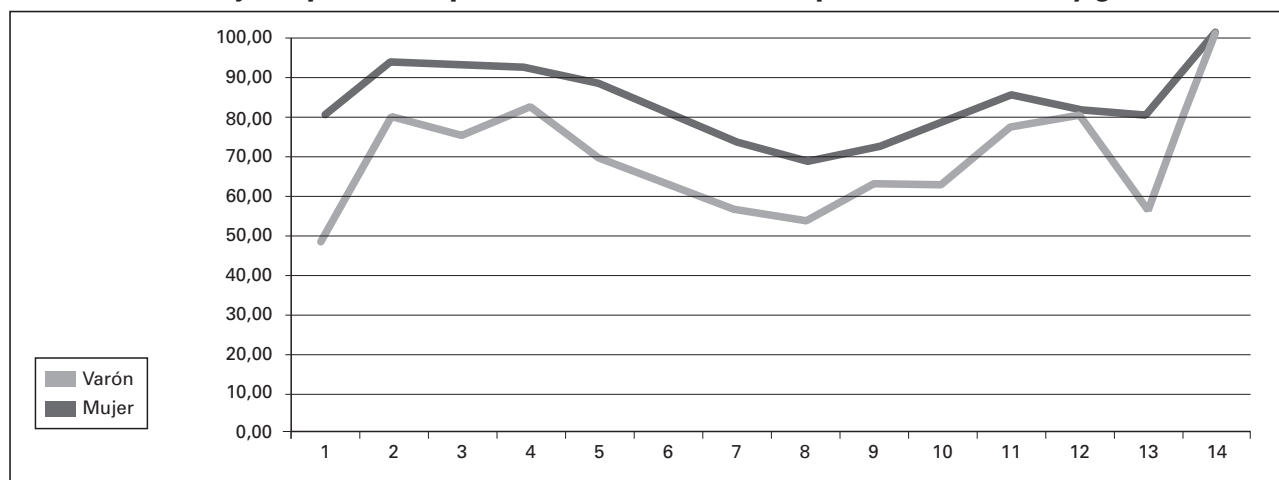
No ocurre lo mismo con la obesidad, ya que ésta afecta de forma visible y significativa al consumo de medicamentos. El porcentaje de personas que consumen medicamentos va incrementándose a medida que aumenta el grupo de peso. Así, sólo el 50,14% de los varones y el 66,66% de las mujeres que presentan normopeso consumen medicamentos, frente al 86,79% y el 84,19% de los varones y mujeres con un IMC de más de 40.

Gráfico 17
Porcentaje de población que consume medicamentos por grupo de IMC y estado de salud autodeclarado bueno



Fuente: ENS 2006

Gráfico 18
Porcentaje de población que consume medicamentos por horas de sueño y género



Fuente: ENS 2006

La obesidad, por tanto, es un factor que se encuentra significativamente relacionado con el consumo de medicamentos, aspecto que no es tan evidente con el consumo de alcohol o el tabaco. Así, si observamos el grupo de población que declara tener un estado de salud bueno, se aprecia que a medida que aumenta el índice de masa corporal el porcentaje de población que consume medicamentos se incrementa, tanto entre los hombres como entre las mujeres. Estos resultados se han encontrado en otros estudios [15], aunque, y de nuevo, las diferencias entre ambos sexos se reducen igualmente a medida que aumenta el grupo de IMC en el que se sitúan los individuos.

Respecto al descanso, observamos cómo el hecho de no descansar bien incide en el consumo de medicamentos. Entre los individuos que declaran descansar con las horas que duermen habitualmente, el 55,88% de los varones consume, frente a un 71,10% de mujeres consumidoras. Por el contrario, entre la población que no descansa suficientemente con las horas que duerme, toman medicamentos el 66,14% de los varones y el 81,69% de las mujeres.

Un aspecto interesante en lo relativo a las horas de sueño es que, tanto la población que duerme poco, como la que duerme mucho, consumen más medicamentos que aquellos que tienen unas horas de sueño normales, entre las 7 y las 9 horas. Por encima y por debajo de esta horquilla de sueño el porcentaje de población que consume medicamentos, tanto hombres como mujeres, es superior al registrado en el tramo central del gráfico. Otros estudios ya habían puesto de manifiesto esta relación entre horas de sueño y consumo de medicamentos, al apreciar que las personas que duermen menos de 7 horas al día realizan un consumo de medicamentos mayor [15].

Para finalizar el apartado dedicado a los estilos de vida y el consumo de medicamentos vamos a ver si la práctica de ejercicio físico conlleva un menor consumo de medicamentos por parte de la población que lo realiza. A partir de los resultados de la Tabla 30 podemos afirmar que la práctica de ejercicio en tiempo libre no determina diferencias significativas en el porcentaje de población que consume medicamentos, tanto en el caso de hacer todo el ejercicio que uno desearía como en el hecho de practicar actividad física en el tiempo libre. Si se analiza el grupo de edad entre 25 y 44 años, tampoco se aprecia ninguna diferencia significativa.

En resumen, la tasa de consumidores de medicamentos no se encuentra afectada por el consumo de tabaco o de alcohol. Sólo en el caso de los fumadores por encima de los 20 cigarros al día o de los bebedores diarios de bebidas de alta graduación, el porcentaje de personas que consumen medicamentos es superior a la media. Sin embargo, un factor claramente influyente en el incremento de personas consumidoras de medicamentos es la obesidad, ya que a medida que aumenta el IMC el porcentaje de población que consume medicamentos se incrementa, tanto en los hombres como en las mujeres. Por su parte, el ejercicio físico, no parece influir en el consumo de medicamentos por la población que lo realiza, mientras que las horas de sueño sí que tienen un efecto, tanto por exceso como por defecto.

1.3.4. Consumo de medicamentos y determinantes socioeconómicos

En este epígrafe vamos a estudiar la influencia de los determinantes socioeconómicos de los individuos en el consumo de medicamentos. Para ello vamos a estudiar el tamaño del municipio, la clase social, tanto del sus-

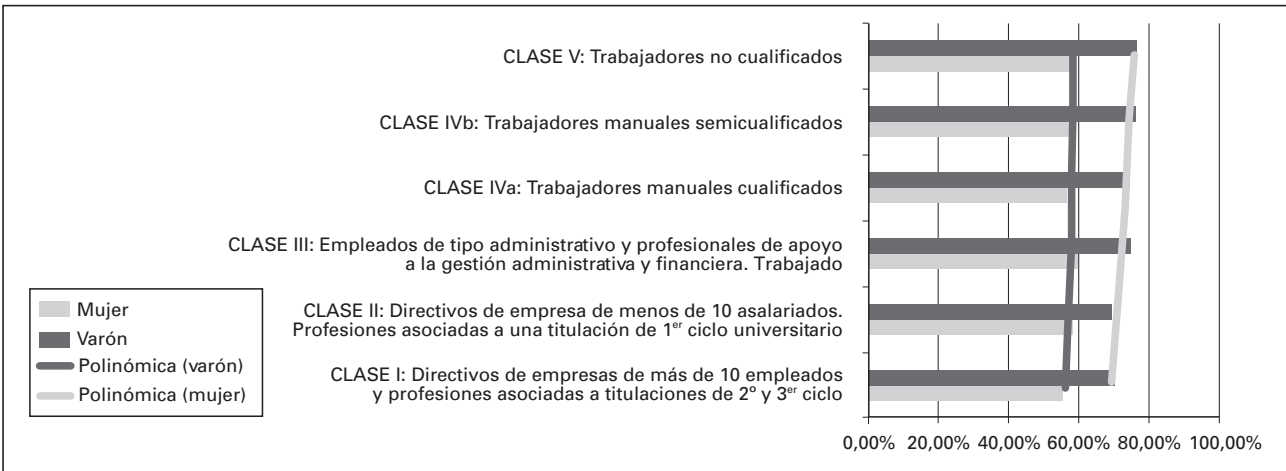
tentador principal como del encuestado, la relación con la actividad económica y la situación profesional.

En cuanto al tamaño del municipio podemos apreciar que son los municipios con menos de 2000 habitantes y con más de un millón los que presentan tasas superiores de consumo de medicamentos. Así en los municipios de más de 1.000.000 de habitantes el 68,43% de la población los consume, siendo este porcentaje del 67,40% en los municipios de menos de 2.000 habitantes. En cualquier caso, las diferencias no parecen muy importantes.

Con respecto a la influencia del estatus social, vamos a estudiar si existen diferencias en el porcentaje de población que consume medicamentos en función de la clase social del sustentador principal del hogar y de la clase social del entrevistado.

La clase social parece tener una influencia clara en la tasa de población que consume medicamentos. A medida que descendemos en la escala social del sustentador principal, la tasa de consumidores de medicamentos se incrementa. De hecho, el porcentaje máximo de población que consume medicamentos (76,36%) se da en las mujeres pertenecientes al últi-

Gráfico 19
Porcentaje de población que consume medicamentos por clase social del sustentador principal



Fuente: ENS 2006

mo estrato de clase social del sustentador principal, el correspondiente a trabajadores no cualificados. En el caso de los hombres esta tendencia creciente se aprecia de igual forma, aunque el máximo consumo se encuentra en la clase III, empleados de tipo administrativo y profesionales de apoyo a la gestión administrativa y financiera, con un 59,62% de consumidores.

Este mismo patrón se repite en el caso de las mujeres cuando analizamos el porcentaje de población que consume medicamentos en función de la clase social del entrevistado y no del sustentador principal. Para las mujeres, se aprecia claramente que un descenso en la clase social implica un incremento en el porcentaje de mujeres que consumen medicamentos. De hecho, los valores extremos se dan precisamente en la clase I y la clase V, ya que el porcentaje de mujeres que consumen medicamentos es del 67,64% en el caso de los directivos de empresas y asciende hasta el 78,94% en el grupo de trabajadores no cualificados. Por tanto, a medida que descendemos en la pirámide social el porcentaje de mujeres que consume medicamentos se incrementa.

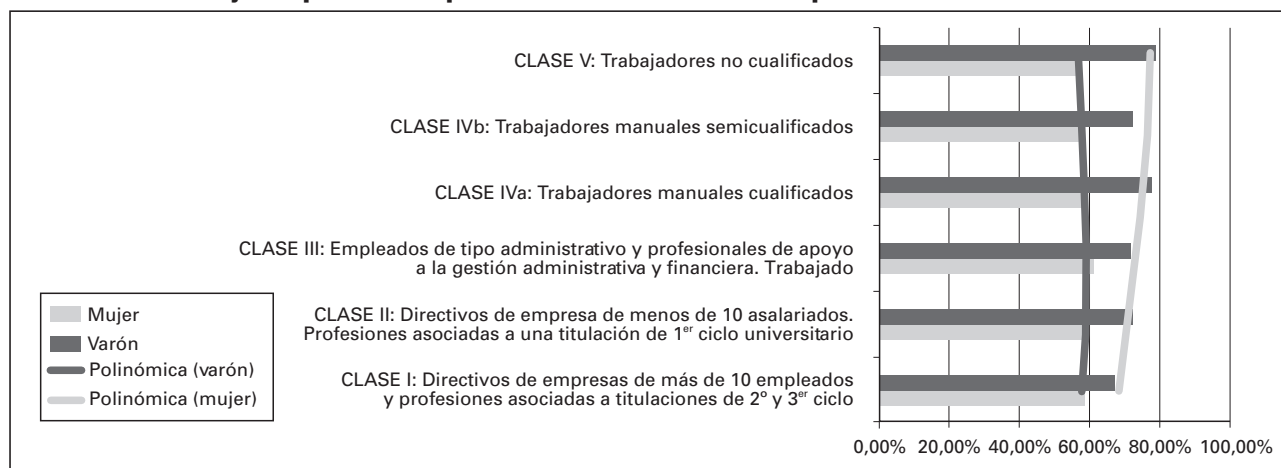
En el caso de los varones los datos muestran un patrón diferente, tanto al de las mujeres, como al que se

deducía de la clase social del sustentador principal. Para los hombres, La tasa de consumidores se incrementa gradualmente entre la clase I y la clase III. El porcentaje de población masculina de la clase I que consume algún tipo de medicamentos es del 58,29% frente al 61,45% de los mismos que lo hacen en la clase III. Sin embargo, la evolución es divergente a partir de la clase IV, ya que en lugar de incrementarse tal como sucede con las mujeres, se reduce en casi 4 puntos porcentuales, para mantenerse en dicho valor, en torno al 57% en la clase V.

Podemos, pues, inferir que la clase social del individuo tiene análogos efectos en hombres y mujeres, ya que para ellas el descenso de clase social lleva parejo un aumento en el consumo de medicamentos, hecho que en el caso de los varones sólo se da hasta pasar de la clase I a III. Estos datos respecto a las variables de clase social son similares a lo observado en otros estudios con respecto a las ocupaciones [59], en los que los directivos consumían 2,7 medicamentos, mientras que el consumo de los trabajadores no cualificados llegaba a 4,5.

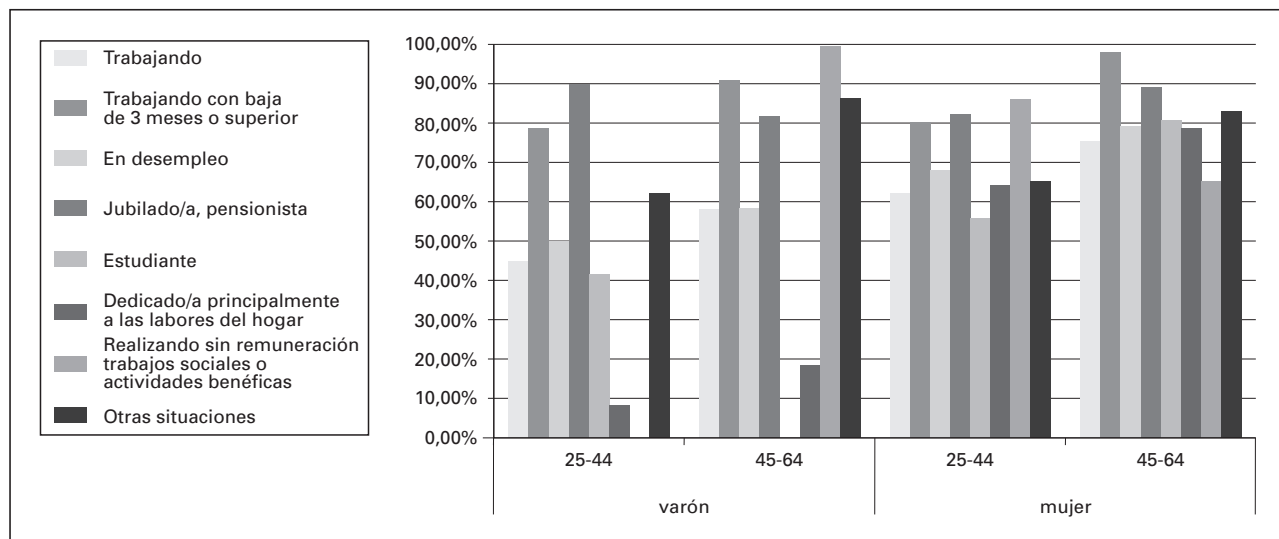
El siguiente aspecto que vamos a considerar es la influencia que pueda tener la relación con la actividad

Gráfico 20
Porcentaje de población que consume medicamentos por clase social del individuo



Fuente: ENS 2006

Gráfico 21
Porcentaje de población que consume medicamentos por relación con la actividad económica y grupos de edad de edad de 25 a 44 años y de 45 a 64 años



Fuente: ENS 2006

económica. Los resultados ponen de manifiesto que ser jubilado o trabajando con una baja superior a 3 meses son factores que disparan el porcentaje de población que consume medicamentos. En el primer caso, la edad y, en el segundo, el hecho de padecer alguna enfermedad o dolencia que dan lugar a la baja laboral, hacen que los valores de consumo de medicamentos se expliquen por sí mismos. En el otro extremo se encuentran los estudiantes, el grupo que presenta la tasa más baja de consumidores de medicamentos. De nuevo, la edad media de este grupo explica en su práctica totalidad el inferior consumo. Es la comparación entre trabajadores y parados la que puede resultar más interesante, ya que apreciamos como el porcentaje de población que consume medicamentos es mayor, tanto para los hombres como para las mujeres, en el grupo de parados que en el de trabajadores.

Un estudio más detallado por grupos de edad y relación con la actividad económica pone de manifiesto de forma más clara la relación existente entre la situa-

ción frente a la actividad económica y el consumo de medicamentos. Como vemos, en ambos grupos, estar de baja o jubilado implica un porcentaje de consumo de medicamentos muy elevado. Las diferencias entre estar en el paro y trabajando también se mantienen para las mujeres en ambos grupos de edad, en los que las paradas consumen más medicamentos que las trabajadoras. Sin embargo, para los hombres el porcentaje de población que consume medicamentos es superior en los parados frente a los trabajadores únicamente en el segmento de población de 25 a 44 años.

Los resultados de otros estudios sugieren un patrón similar aunque con matices. Así, en el trabajo de Sans et al. 2002 sobre el consumo de medicamentos en Cataluña se apreció claramente cómo el consumo de medicamentos era más elevado en el subgrupo con larga enfermedad y entre los jubilados y pensionistas, encontrándose un grupo importante de jubilados en edades previas a los 65 años. Esto parece sugerir, al igual que en nuestro caso, que el consumo de medicamentos se incrementa por el hecho de estar jubilado,

independientemente del efecto de la edad [55]. Esto tiene implicaciones para la política sanitaria, ya que habrá que tener no sólo en cuenta el porcentaje de población de 65 y más años, sino el porcentaje de población jubilada por debajo de los 65 años, ya que la inexistencia de copago por parte de este segmento de población puede explicar parte del aumento en el consumo de medicamentos. Por otra parte, los resultados del estudio de Sanefelix et al. 2008 sobre diferencias del género en la utilización de servicios sanitarios pusieron de manifiesto un alto consumo de medicamentos por parte de las personas inactivas, aspecto que en nuestro trabajo no se aprecia. La explicación puede estar en que en la muestra con la que trabajaron el 91% de las mujeres dedicadas al hogar tenían más de 45 años y el 76% de los individuos inactivos tenían más de 65 años [59].

Para finalizar este apartado vamos a comentar la relación existente entre el consumo de medicamentos y la situación profesional en caso de estar trabajando. De los resultados podemos inferir qué son las personas que están desempeñando su actividad en el régimen de ayuda familiar las que más consumo de medicamentos presentan. Hay que recordar que se considera que una persona está en ayuda familiar cuando está trabajando sin remuneración reglamentada en la empresa de un familiar con el que conviven. Así, dentro de este colectivo, el 84,08% de las mujeres y el 71,63 de los varones consumen medicamentos. Los empresarios sin asalariados y los autónomos son el segundo grupo con mayor tasa de consumidores de medicamentos, llegando al 62,77% en los varones y del 79,33% en las mujeres.

1.3.5. Consumo de medicamentos y tipo de aseguramiento

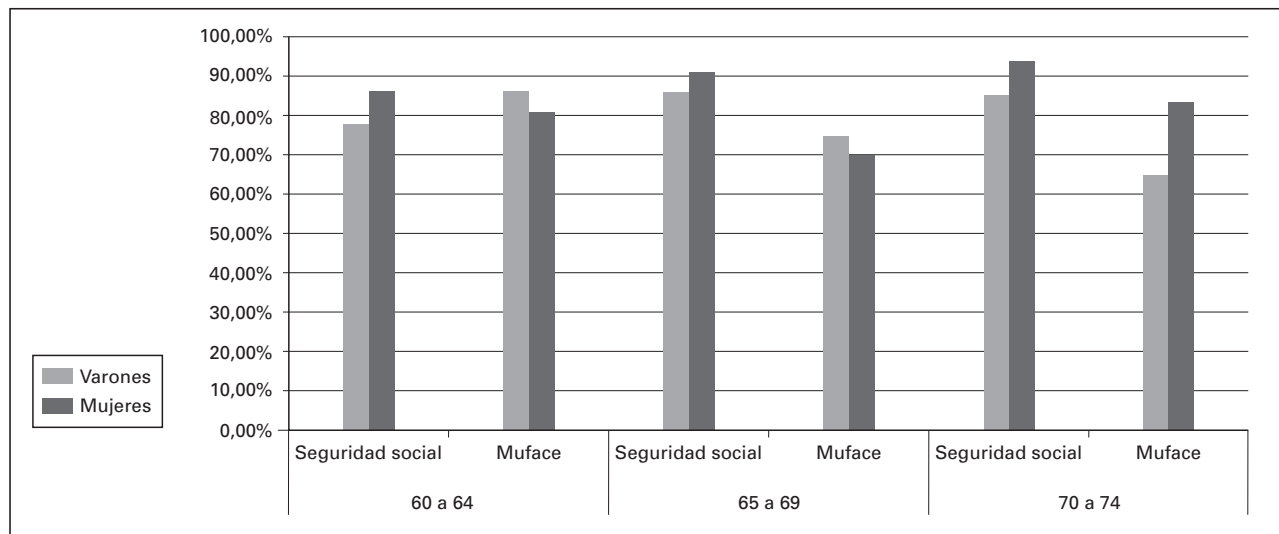
Para terminar con los aspectos socioeconómicos, queremos averiguar si existe alguna relación entre el consumo de medicamentos y el tipo de aseguramiento sanitario.

Como vemos, en el caso de las mujeres, son el grupo que está en *otra situación* el que presenta un mayor porcentaje de población consumidora de medicamentos (80,66%). En este grupo se incluyen las personas que hacen referencias a situaciones no contempladas en los apartados anteriores, tales como los irregulares que no tienen seguro. En el caso de los varones el grupo con mayor porcentaje está en aquellos que tienen un seguro con empresas colaboradoras de la seguridad social, con una tasa de consumidores del 64,95%. En esta categoría se incluye a las personas que tienen derecho a ser atendidas a través de empresas colaboradoras de la Seguridad Social como Telefónica, banca oficial, La Caixa, BBVA, Iberdrola, etc.

Un aspecto especialmente relevante es analizar el consumo de medicamentos entre los 60 a los 70 años del grupo que tiene seguridad social, frente a Muface, para comprobar si existen diferencias debidas al diferente régimen de copago de medicamentos que presentan uno u otro seguro. Hay que reseñar que los activos en el régimen general tienen que pagar un 40%, frente al 30% de los adscritos a Muface, mientras que, una vez jubilados, los primeros no tienen participación en la financiación de los medicamentos y los segundos continúan con una aportación del 30%.

Tal como apreciamos en el gráfico, el porcentaje de población que consume medicamentos antes de la edad de jubilación, entre 60 a 64 años, es muy similar tanto en el grupo que tiene como seguro sanitario la Seguridad Social y el que tiene Muface. En los varones, la tasa de consumidores es superior entre los asegurados de Muface, mientras que en las mujeres sucede lo contrario. Sin embargo, en los dos grupos etarios posteriores a la jubilación, el porcentaje de población que consume medicamentos es superior, tanto en hombres como en mujeres, en el grupo de asegurados de la seguridad social frente al de Muface. En este sentido, parece que el copago tiene algún tipo de efecto sobre el consumo de medicamentos y se hace necesario un estudio más detallado sobre este aspecto, ya que los estudios existentes son ya algo antiguos [64, 65].

Gráfico 22
Porcentaje de población que consume medicamentos por tipo de seguro sanitario: Seguridad Social versus MUFACE y grupos de edad de 60 a 74 años



Fuente: ENS 2006

1.4. LA AUTOMEDICACIÓN Y EL CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO: UNA APROXIMACIÓN CON DATOS DE LA ENS 2006

La ENS 2006 además de ofrecer información sobre el consumo de medicamentos también nos permite averiguar qué parte de dicho consumo es con receta o sin ella. Del mismo modo, como pregunta de forma diferenciada por el consumo y la receta de medicamentos podemos averiguar qué porcentaje de población tiene receta y no está consumiendo los medicamentos. De esta forma, podemos aproximar, con los datos de la ENS, el porcentaje de población que incumple el tratamiento prescrito por un facultativo, siendo un indicador, quizás muy básico, del cumplimiento terapéutico.

No obstante, y con todas las limitaciones que ofrecen los datos de la ENS este análisis nos permite identificar los factores que influyen en el mal uso de los medicamentos, ya sea por exceso, automedicación, o por defecto, incumplimiento terapéutico. En este apartado nos centraremos sobre ambos aspectos. Para ello

comenzaremos describiendo brevemente como hemos construido ambas variables.

Tal como se señala en el anexo II, en la ENS 2006 para cada uno de los 20 grupos de medicamentos que se recogen se pregunta si en las últimas dos semanas antes de la entrevista se está consumiendo esa clase de medicamento y si este medicamento es recetado o no. Mientras que para los productos homeopáticos y naturistas sólo se pregunta si se ha consumido o no.

Por tanto, para cada grupo de medicamentos se han construido dos tipos de variables, diferenciadas:

- Automedicación: toma la variable 1 si el individuo contesta que consume y no le ha sido recetado.
- Incumplimiento: toma la variable 1 si el individuo contesta que no consume, pero en cambio si le sido recetado.

Una vez que se tienen estas dos variables para cada grupo de medicamentos se construyen dos variables agregadas para cada individuo que tienen valor uno si en algún caso las variables anteriores tienen valor 1, con lo que de esta forma podemos saber qué porcentaje de población se automedica o incumple el tratamiento. Por otra parte, podemos saber en cuantos grupos de medicamentos hace una cosa o la otra e identificar las variables personales o socioeconómicas que pueden aumentar la probabilidad de cada uno de estos dos malos usos de los medicamentos.

1.4.1. La automedicación a partir de los datos de la ENS de 2006

Antes de comenzar a describir el perfil de las personas que se automedican hay que hacer un par de consideraciones metodológicas. En la Tabla 38 calculamos la diferencia entre las personas que consumen medicamentos y las que tienen receta. Una primera aproximación podría hacernos pensar que esta diferencia es la población automedicada, sin embargo esta aproximación no sería correcta. La variable que recoge la población que consume medicamentos tiene valor si el individuo consume un medicamento o más, lo mismo sucede con las personas que tienen receta, presenta valor uno si el individuo al menos tiene una receta.

De esta forma, los 3.302.084 individuos de diferencia son los que toman un solo medicamento y no tienen receta del mismo. Sin embargo, estos no constituyen el total de la población automedicada, ya que puede darse el caso de una persona que esté tomando 4 medicamentos y sólo tres con receta. Así este individuo figuraría como población que consume y población con receta y no estaría recogido en la diferencia entre población que consume y población con receta y sin embargo estaría automedicándose para uno de los medicamentos que consume. Por tanto, para poder recoger de forma adecuada el número de personas que se automedican en España

es necesario hacer el estudio en cada uno de los 20 medicamentos y en cada individuo de la muestra y luego agregar los resultados de estas nuevas 20 variables. Así apreciamos que el total de la población automedicada es de 5.823.635 personas en lugar de los 3.302.084 que salían con la resta directa. De hecho la diferencia entre ambas cantidades, 2.521.551, representan las personas polimedizadas que se automedican en alguno de los medicamentos que consumen.

Empezaremos por describir el perfil de las personas que se automedican. Para ello en la Tabla 39 observamos que el 15,66% de la población española se automedica, siendo ese porcentaje superior en las mujeres con el 16,71%, frente al 14,37% de los varones. En términos absolutos esto supone que 3.186.348 mujeres y 2.637.287 hombres están tomando algún tipo de medicamento que no ha sido recetado por un médico. En un trabajo anterior que mide la automedicación utilizando datos de la ENS 2003 encontró que el 18,1% de la población española se automedicaba, siendo el porcentaje por sexo del 16,08% de los varones y el 20,04% de las mujeres [66]. Este resultado pone de manifiesto que el porcentaje de automedicación se ha reducido significativamente del año 2003 al 2006, cifrándose el descenso en 2,44 puntos porcentuales, representando una tendencia positiva.

Si calculamos estos porcentajes sobre la población que consume algún medicamento en lugar de la población total, apreciamos que el 24,90% de los varones que toman medicamentos se automedican, mientras que en el caso de las mujeres este porcentaje es del 22,65%, lo que hace que para ambos sexos se sitúe en el 23,62%. Por tanto, si bien el porcentaje de mujeres automedicadas sobre el total de mujeres es superior al de los hombres, si tenemos en cuenta únicamente la población que consume medicamentos dicho porcentaje es superior en los hombres. Esto es así porque el número de mujeres que consumen medicamentos es muy superior al de los hombres, mientras que las diferencias entre automedicados por sexo no exceden de las 550.000 personas.

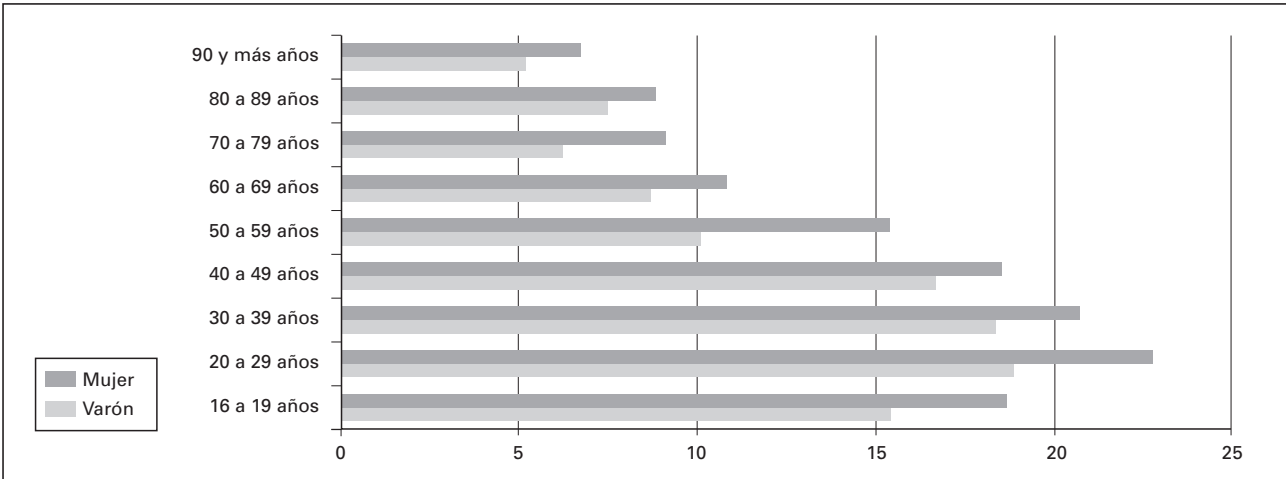
Al estudiar la evolución por grupo de edad, comprobamos cómo son los grupos más jóvenes los que presentan unas mayores tasas de automedicación, mientras que a medida que la población envejece la tasa de automedicación se va reduciendo progresivamente.

Así, para los varones la mayor tasa de automedicación se da al igual que en las mujeres en el tramo de 20 a 29 años con unas tasas de 18,86% y de 22,75% respectivamente. Esos valores se mantienen prácticamente estables en el grupo de 30 a 39 años, con descensos paulatinos a medida que aumenta el grupo de edad. De hecho, es a partir de los 70 años cuando el porcentaje de automedicación se sitúa por debajo del 10% tanto para hombres como para mujeres. En este sentido, hay que señalar que al finalizar la vida activa el porcentaje de automedicación se reduce, especialmente en los varones, aspecto que puede estar relacionado con el mayor tiempo disponible para ir al médico y con la gratuidad total de los medicamentos para las personas jubiladas. Por otro lado, el porcentaje de automedicación es para todos los grupos de edad superior en las mujeres que en los hombres, siendo en el grupo de 50 a 59 años donde la diferencia es mayor,

con 5,24 puntos porcentuales, mientras que en el grupo de 80 a 89 es donde esta diferencia es menor con 1,30 puntos porcentuales. En el trabajo a partir de los datos de la ENS 2003 se encontraron resultados similares en cuanto a la evolución de la automedicación por edad, ya que el grupo que presentaba una mayor tasa de automedicación era el de 25-44 años con un valor de 22,21%, seguido del de 16 a 24 años con una tasa del 20,85%, reduciéndose igualmente en los grupos etarios de mayor edad [66].

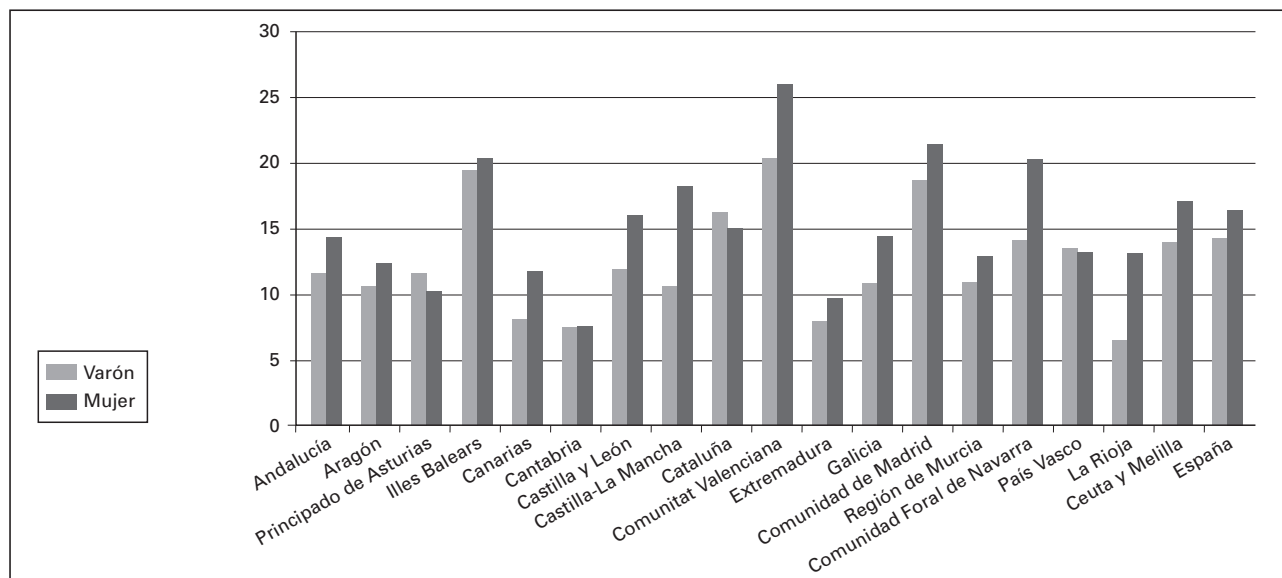
Con respecto a las diferencias por comunidad autónoma, podemos señalar que en general el mayor grado de desarrollo económico implica unos porcentajes de automedicación mayores. Así, tanto para hombres como para mujeres, son la Comunidad Valenciana, Navarra, Madrid y las Islas Baleares las comunidades que presentan unos mayores porcentajes de población automedicada. En el otro Extremo se sitúan La Rioja, Cantabria, Extremadura y Canarias. Las diferencias entre regiones son considerables, ya que el porcentaje de población automedicada es en Cantabria del 7,58%, la comunidad con una tasa menor, mientras que en la Comunidad Valenciana, la región a la

Gráfico 23
Porcentaje de población automedicada por grupo edad y sexo



Fuente: Elaboración propia a partir de la ENS 2006

Gráfico 24
Porcentaje de población automedicada por comunidad autónoma y sexo



Fuente: Elaboración propia a partir de la ENS 2006

cabeza, es de 23,33%, lo que supone una diferencia de más de 15 puntos porcentuales.

En todas las comunidades salvo en Asturias, Cantabria, Cataluña y País Vasco el porcentaje de mujeres automedicadas es mayor al de hombres. La diferencia más importante entre hombres y mujeres se registra en Castilla-La Mancha en donde el porcentaje de mujeres que tomen medicamentos sin tener receta es del 18,47%, mientras que en el caso de los hombres ese mismo porcentaje es del 10,83%, existiendo una diferencia entre ambos sexos de 7,64 puntos porcentuales.

Esta primera aproximación parece indicar que los aspectos que tienen que ver con la accesibilidad al médico y los relacionados con la actividad del individuo pueden explicar en gran medida las diferencias existentes entre el porcentaje de población automedicada observadas por sexo, edad y región.

Si observamos el porcentaje de población automedicada en función del tamaño del municipio, observa-

mos claramente cómo a medida que el tamaño del municipio aumenta el porcentaje de población automedicada también lo hace. Así en los municipios de menos de 2000 habitantes el porcentaje de población automedicada es del 12,20%, mientras que en aquellos que superan el millón de habitantes este porcentaje llega al 19,69%. Resulta evidente que los costes de desplazamiento y el tiempo necesarios para acudir al médico en los municipios grandes son muy superiores al que tienen los pueblos, hecho que hace que el porcentaje de población que se automedica sea muy superior en los primeros respecto a los segundos.

Si estudiamos la evolución de la automedicación en función de la clase social apreciamos cómo existe una relación directa, ya que a medida que la clase social aumenta, el porcentaje de población que se automedica también lo hace. Así en los directivos de empresas, clase I, observamos que el 20,13% se automedica, mientras que este porcentaje es sólo del 14,23% en el grupo de trabajadores no cualificados, clase V. Por tanto, a medida que descendemos en la

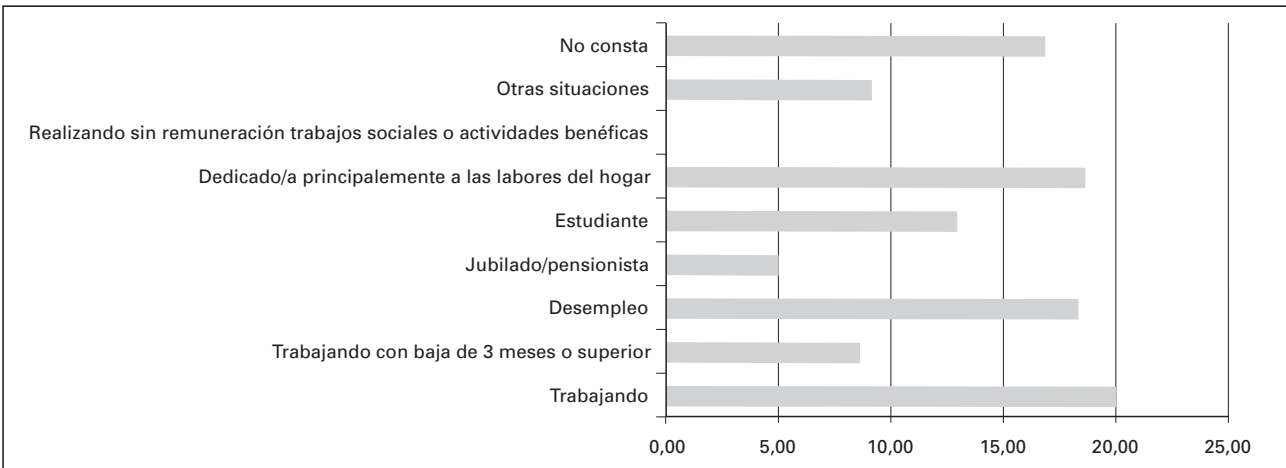
pirámide social la tasa de automedicación cae, tanto para hombres como para mujeres. En este sentido, podemos afirmar que aspectos relacionados con la renta, nivel educativo y la ocupación de las personas parecen ser determinantes a la hora de explicar las diferencias en los porcentajes de población automedicada.

Ahora bien estos resultados parecen que deben matizarse cuando apreciamos las tasas de población automedicada en función de la relación con la actividad. Tal como se aprecia, las diferencias entre trabajadores, desempleados, estudiantes o personas dedicadas mayoritariamente a las labores del hogar son pequeñas, estando en estos grupos el porcentaje de población automedicada entre el 14,75% de las personas dedicadas a las labores del hogar y el 18,59% de los estudiantes. Son las personas de baja de tres o más meses y los jubilados los que muestran porcentajes inferiores al 10%.

Parece pues, que el tiempo disponible no parece un determinante importante a la hora de explicar el porcentaje de población automedicada. Para ratificarnos,

hemos cruzado el porcentaje de población automedicada en función de la situación frente a la actividad en el grupo de edad entre 25 y 44 años. Los resultados del gráfico corroboran lo ya comentado anteriormente: no existen diferencias significativas en los porcentajes de población automedicada entre los trabajadores, desempleados, labores del hogar y estudiante. De nuevo, los jubilados y las personas de baja por un periodo superior a los tres meses tienen porcentajes sensiblemente inferiores. Estos resultados pueden indicar que el factor más determinante en la automedicación no es el tiempo disponible para ir al médico, sino el tipo de copago que el usuario paga por el medicamento. Es decir, si el usuario se automedica tiene que comprar sin receta el medicamento y por tanto asumir él todo el coste. En el caso de los jubilados, la diferencia entre acudir o no al médico para obtener la receta es del 100% del coste del medicamento, hecho que, unido a su mayor tiempo disponible y menores cargas familiares, hace que el porcentaje de automedicación en este grupo sea el más reducido de todos.

Gráfico 25
Porcentaje de población automedicada en función de su relación con la actividad en el grupo de edad de 25 a 44 años



Fuente: Elaboración propia a partir de la ENS 2006

En el estudio de 2003 se encontró que las personas con un título universitario se automedicaban más. Igualmente los fumadores y los que consumían alcohol también tenían unas tasas de automedicación superiores. Igualmente la ausencia de enfermedades crónicas, así como una buena percepción de la salud se asociaba igualmente con una alta prevalencia de la automedicación [66].

Otro aspecto importante es conocer en qué clase es mayor la automedicación. En primer lugar presentaremos los datos de población automedicada en porcentaje de la población total para cada grupo de medicamentos.

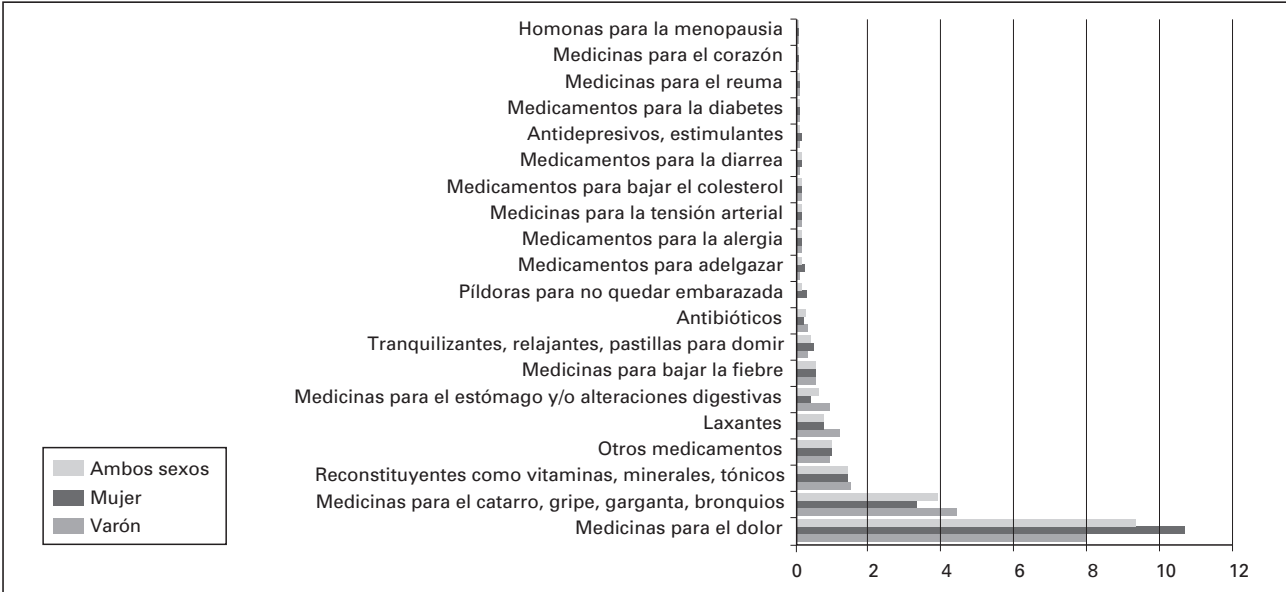
Como era de esperar, la mayor automedicación se da en el grupo de mayor consumo, como es el de las medicinas para el dolor, con una tasa de automedicación del 10,64% para las mujeres y del 7,91% para los hombres. El segundo grupo es el de medicinas para el catarro, la gripe, la garganta y los bronquios con un 3,28% de automedicación para las mujeres y un

4,41% en el caso de los varones. El tercer grupo, con mayor tasa de automedicación, es el de los reconstituyentes como vitaminas, minerales, tónicos con un porcentaje de automedicación para las mujeres del 1,41% y del 1,47% para los varones. El resto de grupos de medicamentos presentan porcentajes de automedicación inferiores al 1%, siendo especialmente reducidos en los medicamentos para las patologías más graves como los medicamentos para el corazón o los antidepresivos.

Un hecho destacable es el bajo porcentaje de población que consume antibióticos sin receta, ya que sólo es del 0,31% en los hombres y del 0,22% en las mujeres. En este sentido, podemos afirmar que las campañas de sensibilización llevadas a cabo por el Ministerio de Sanidad y Política Social han tenido un resultado positivo.

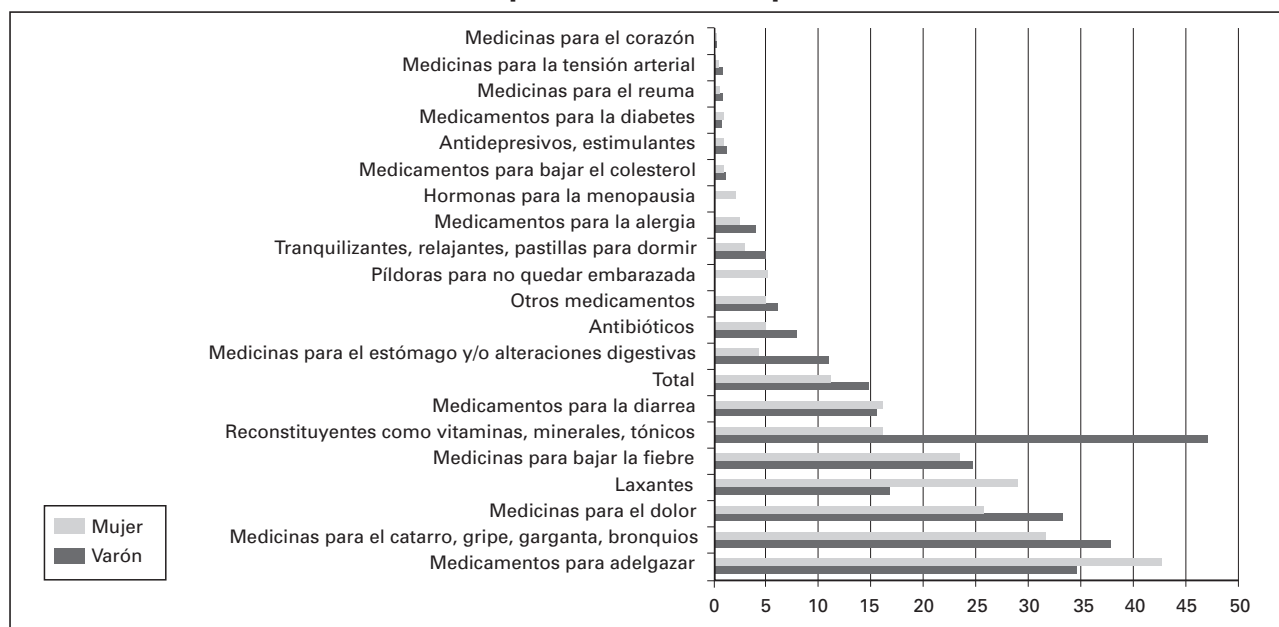
Un aspecto interesante que merece la pena destacar es el cálculo de esta diferencia en relación al total de la población que consume cada clase de medicamentos y

Gráfico 26
Porcentaje de población automedicada en porcentaje de la población total por sexo



Fuente: Elaboración propia a partir de la ENS 2006

Gráfico 27
Porcentaje de población automedicada en porcentaje de la población que consume
cada tipo de medicamento por sexo



Fuente: Elaboración propia a partir de la ENS 2006

no por el total de la población. Así podemos averiguar el porcentaje de automedicación de cada tipo, independientemente del efecto que tiene el valor absoluto de gente que lo consume.

En este caso ahora los resultados son mucho más contundentes y explican mejor el comportamiento de la población española. En primer lugar existen diferencias importantes por sexo, el 42,61% de las mujeres que consumen medicamentos para adelgazar lo hacen sin receta médica, mientras que en el caso de los hombres el grupo con mayor autoconsumo son los reconstituyentes, vitaminas y tónicos en los que el 46,94% de los varones que los consumen lo hacen sin receta. El segundo grupo para ambos sexos es el de la medicina para el catarro, gripe, garganta y bronquios que en ambos casos está por encima del 30% de automedicación. Igualmente en las medicinas para el dolor, los laxantes y medicinas para bajar la fiebre y medicamentos para la diarrea estos porcentajes están por encima

del 15%. En el otro extremo se sitúan las medicinas para el corazón, para la tensión arterial, el reuma, la diabetes o medicamentos para el colesterol con porcentajes de automedicación sobre el total de población que consume cada uno de estos tipos de medicación por debajo del 2%. Respecto a los antibióticos, los porcentajes sobre el total de personas que consumen este tipo de medicamentos siguen siendo bajos. Así el 7,95% de los hombres que toman antibióticos lo hacen sin receta, mientras que sólo el 4,85% de las mujeres lo hacen.

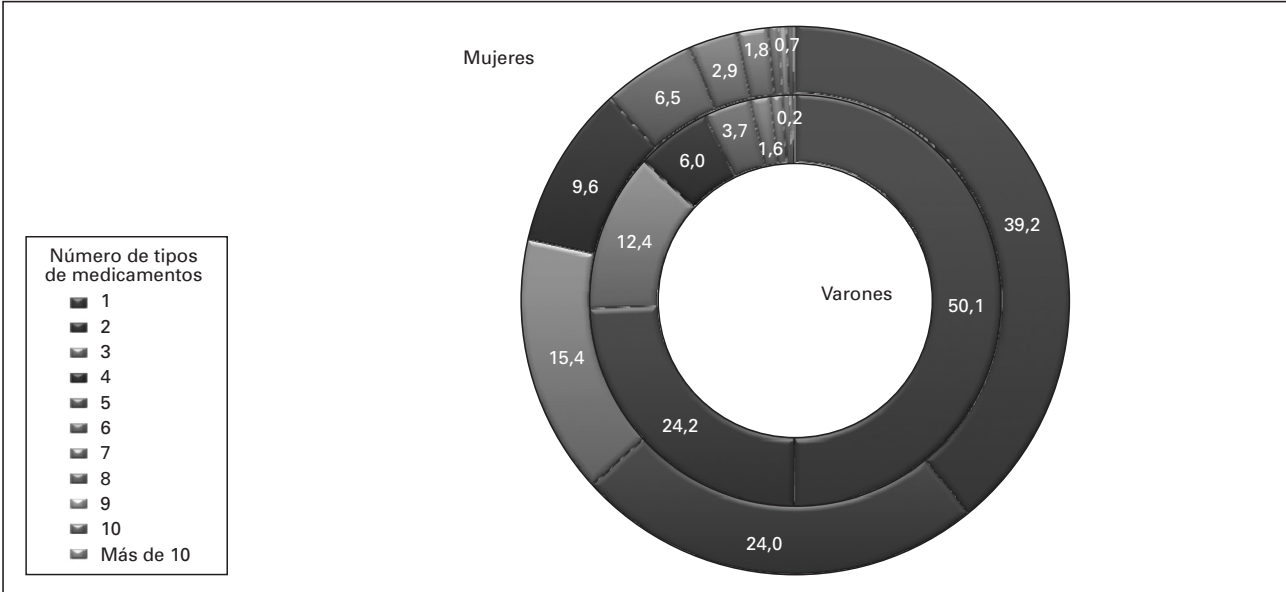
Otro aspecto relevante es observar los totales ya que en este caso se obtienen mediante la adición de todas las personas que consumen cada tipo de medicamentos. De esta forma, obtenemos varios datos interesantes. En primer lugar podemos cuantificar que porcentaje de población está polimedica o cuantas personas se automedican en más de un tipo de medicamentos. De esta forma, según los datos de la ENS

24.660.041 personas están consumiendo medicamentos y según nuestra estimación 5.823.635 se automedican. Como ya se ha mencionado, estos datos deben leerse de la siguiente manera: 24.660.041 personas en España que toman uno o más medicamentos y 5.823.635 personas que al menos se automedican en un caso. Sin embargo, es evidente que muchos pacientes toman más de un medicamento, con lo que un porcentaje de las 24.660.041 personas tomarán más de un medicamento y una parte de los 5.823.635 individuos que se automedican lo harán en más de un tipo de producto. De esta forma, si sumamos los datos de las 20 clases de medicamentos obtendríamos 55.784.095 personas consumiendo medicamentos, lo que significaría que 31.124.054 corresponden a polimedicados. De igual forma, los automedicados obtenidos de sumar lo obtenido en cada tipo de medicamentos serían 7.063.211, con lo que 1.239.576 corresponden a personas que se automedican en más de un caso.

Como apreciamos con las cifras el número de personas polimedicadas es considerable, circunstancia que hace que debamos analizar de forma algo más detallada su perfil. Para ello vamos a describir tanto el número de tipos de medicamentos que consumen los españoles, así como los distintos tipos de recetas para cada clase de medicamentos y el número de tipos de medicamentos para los que se automedican.

Así de los 10.591.233 de varones que consumen medicamentos el 50,14%, es decir 5.310.514, toman un único tipo. El 24,22% toma 2 tipos y un 12,45% toma 3 tipos de medicinas, llegando este porcentaje al 6% en el caso de ser 4 los tipos que toma. Las mujeres en cambio toman más clases de medicamentos que los hombres, así de los 14.068.808 de mujeres que toman medicinas, el 39,18%, 5.511.792, toma sólo un tipo. El 24,04% toma dos tipos y el 15,35% tres, siendo el porcentaje de las que toman 4 tipos del 9,58%. Por encima de los 9 tipos de medicamentos sólo existen 22.039 hombres y 63.280 mujeres.

Gráfico 28
Porcentaje de población en función del número de tipos de medicamentos que consume por sexo



Fuente: Elaboración propia a partir de la ENS 2006

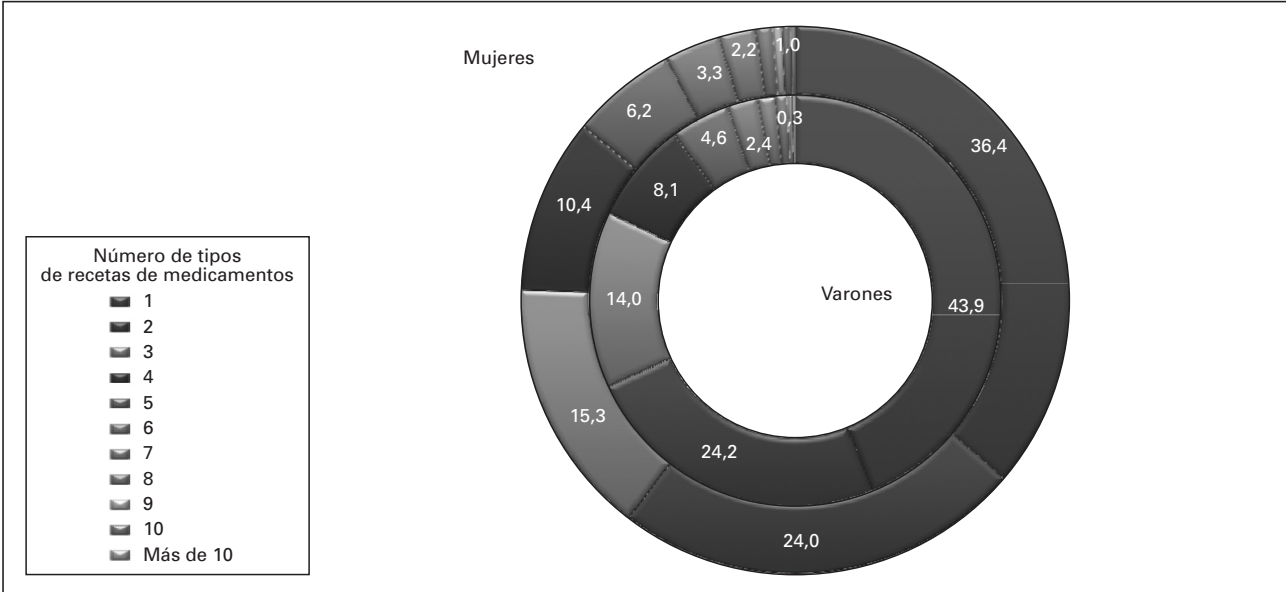
Como era de esperar el número medio de tipos de medicamentos que consume la población se incrementa de forma gradual con la edad. Si sólo tenemos en cuenta la población que consume medicamentos, observamos cómo entre los 16 a 19 años el número medio de tipos de medicamentos es de 1,32 para los varones y de 1,49 para las mujeres, siendo los valores mínimos de la serie. Mientras que en el grupo de 85 a 89 años estos valores alcanzan el 3,28 para los varones y del 3,49 para las mujeres.

En este sentido, hay que señalar que el envejecimiento de la población, junto con la posibilidad de disponer de fármacos eficaces en un creciente número de patologías, o la utilización de medicamentos en la prevención primaria o secundaria de diferentes enfermedades crónicas durante tiempo prolongado, son factores que contribuyen a encontrarnos con mucha frecuencia con pacientes a los que se les prescriben cuatro o cinco medicamentos de forma regular. Si además tuviésemos en cuenta los tratamientos para reagudiza-

ciones de problemas crónicos, la administración ocasional de medicamentos para procesos agudos, o la automedicación con productos, suplementos dietéticos o plantas medicinales que escapan al control o conocimiento del médico el número de medicamentos tomados por un paciente sería aún mayor.

Un aspecto especialmente importante en este tipo de pacientes es, que si bien la administración simultánea y de forma crónica a un paciente de diferentes medicamentos puede estar clínicamente justificada, no es menos cierto que cuanto mayor es el número de medicamentos que recibe un paciente, mayor es el riesgo de prescripciones inadecuadas con probables consecuencias negativas para su salud tales como procesos o problemas de salud insuficientemente tratados o prevenidos, falta de eficacia preventiva o terapéutica de medicamentos correctamente indicados, interacciones adversas entre medicamentos, reacciones adversas de medicamentos y la utilización ineficiente de los recursos sanitarios. Por

Gráfico 29
Porcentaje de población en función del número de recetas de tipos de medicamentos por sexo



Fuente: Elaboración propia a partir de la ENS 2006

otro lado, el uso inadecuado de los medicamentos se incrementa por la utilización de un mayor número de fármacos, cuanto mayor es el número de prescriptores, mayor es el número de diagnósticos o a medida que la edad del paciente es mayor. Por ello, es especialmente importante controlar a los pacientes polimedicados para evitar estos riesgos y un mal uso de los medicamentos.

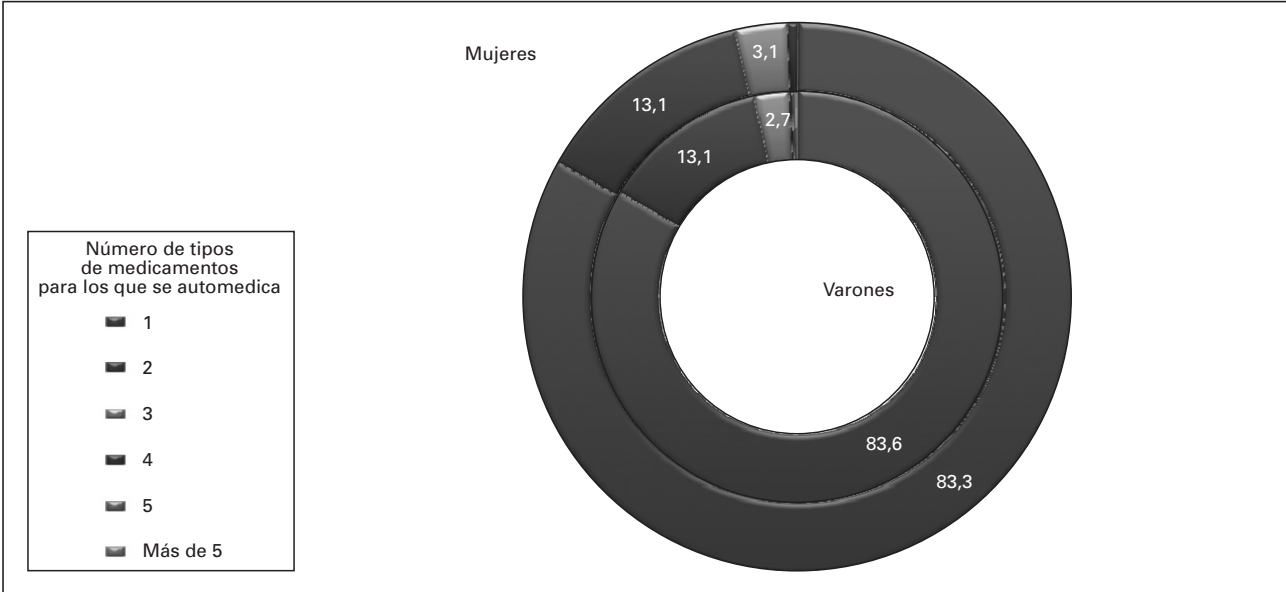
Por otra parte, hay que señalar que las mujeres tienen recetas para un mayor grupo de medicamentos que los hombres. Entre todas las mujeres que tienen alguna receta, el 36,4% de ellas sólo tienen recetas para un único tipo de medicamentos, mientras que el 55,83% tienen recetas para dos a cinco tipos de medicamentos. Estos mismos porcentajes son en los hombres 43,9% y del 50,81% respectivamente.

En cuanto al número medio de tipos de recetas de medicamentos, observamos que este se incrementa

con la edad, al igual que pasaba con el consumo de medicamentos: así para los varones de 16 a 19 años que tienen recetas de medicamentos el número de tipos de recetas medio de los que dispone es de 1,69 mientras que en el grupo de mujeres de esa misma de edad la cifra es de 1,73. Estos promedios llegan al 3,28 en el caso de los varones de 85 a 89 años y del 3,39 para las mujeres de ese mismo grupo de edad.

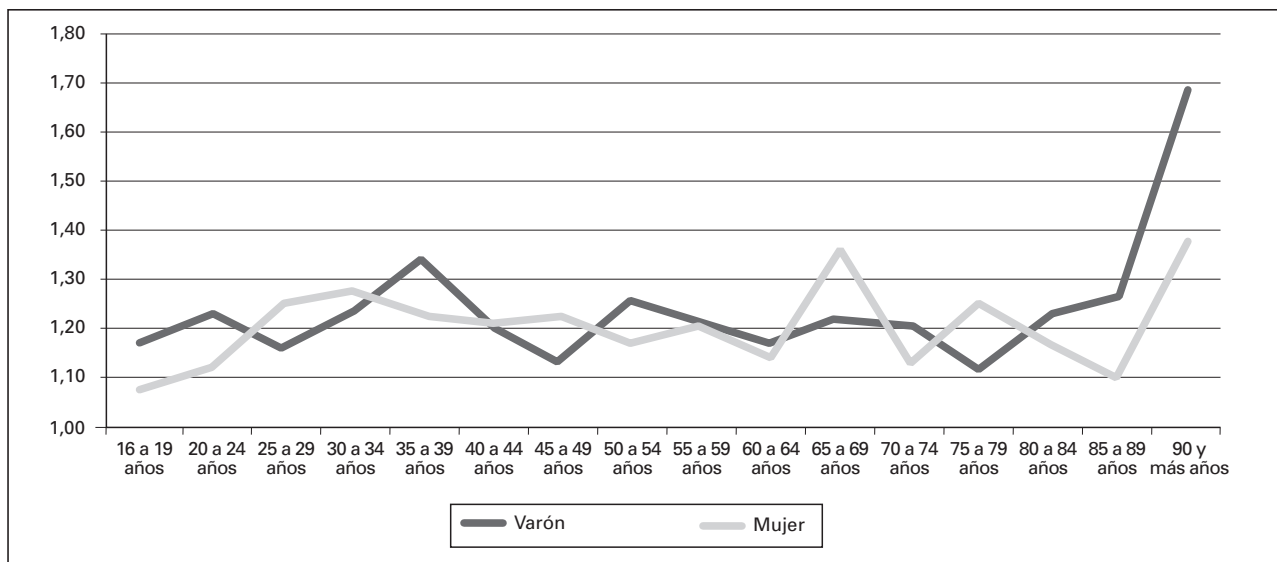
Para finalizar este apartado vamos a comentar el perfil de los individuos que se automedican para más de una clase de medicamentos. En este caso los perfiles de hombres y mujeres son muy similares, así de los 2.637.287 varones que se automedican, 2.204.591 sólo lo hacen en una clase de medicamento, lo que supone el 85,59%. De las 3.186.348 mujeres que se automedican, 2.652.737 sólo lo hacen para una clase de medicamentos, representando el 83,25%. Tanto en el caso de hombres y mujeres, el 13% de los que se automedican lo hacen en dos tipos diferentes de

Gráfico 30
Porcentaje de población en función del número de tipos de medicamentos para los que se automedica



Fuente: elaboración propia a partir de la ENS 2006

Gráfico 31
Porcentaje de población en función del número de tipos de medicamentos
para los que se automedica



Fuente: elaboración propia a partir de la ENS 2006

medicamentos. En el caso de las personas que se automedican para más de dos tipos de medicamentos los porcentajes no superan el 4% del total de automedicados.

Un aspecto diferenciado en el caso de la automedicación es si ésta se incrementa o no con la edad, al igual que sucedía con el número de tipos de medicamentos y recetas. A priori no debe existir una relación entre el número de medicamentos para los que una persona se automedica y su edad. En todo caso, esta debería ser inversa a la edad, si tenemos en cuenta que las personas que más se automedican son los activos tal como hemos visto anteriormente. Los datos de la ENS parecen corroborar esta hipótesis, ya que salvo un repunte en el caso de las personas de 90 y más años, en el resto de la serie no se aprecian diferencias en el número medio de tipos de medicamentos para los que las personas se automedican en función de la edad o del sexo.

1.4.2. El incumplimiento terapéutico a partir de los datos de la ENS de 2006

Como definimos anteriormente el incumplimiento terapéutico lo medimos a partir de los datos de la ENS 2006 como las personas que tienen una receta para un determinado tipo de medicamento pero que no está consumiendo dicho tipo. Es una aproximación muy simple al cumplimiento terapéutico pero tiene interés al poder identificar los factores personales y socioeconómicos que inciden en ir al médico a por una receta y posteriormente no consumir el medicamento.

De esta forma, los 21.357.957 individuos que tienen al menos una receta para algún tipo de medicamento 1.400.067 no consumen el medicamento. Al igual que sucedía en el caso de las personas automedicadas, pueden existir personas que tengan recetas para más

de un tipo de medicamentos, consumir alguno de ellos y en cambio no consumir alguno para los que dispone receta. Por este motivo, a pesar de ser mayor el número de personas que consumen medicamentos en comparación con el que tiene receta, por el efecto de la automedicación, existe un porcentaje que incumple la prescripción del médico. Este dato se ha calculado para cada tipo de medicamentos y luego se ha agregado para cada individuo.

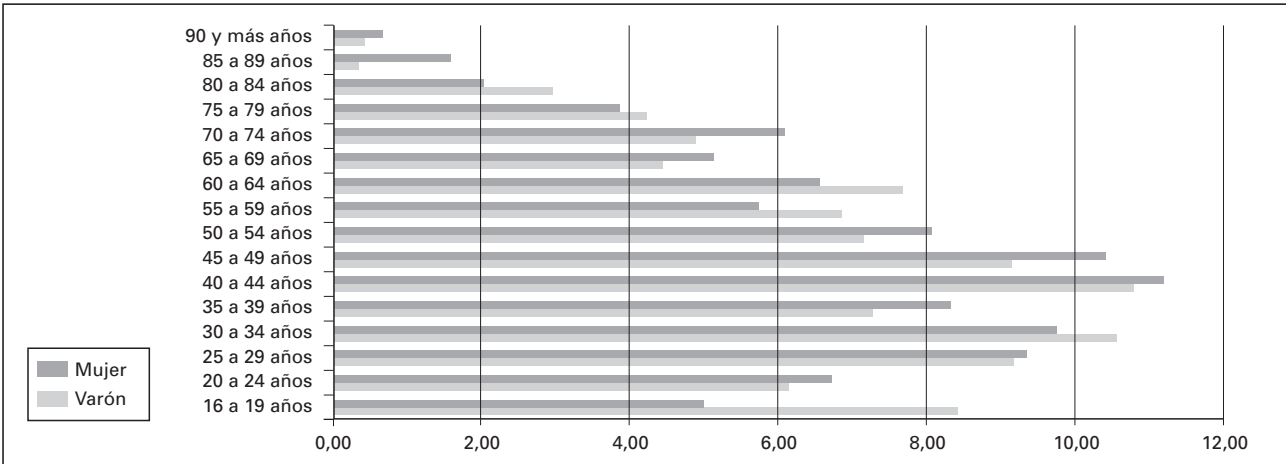
Empezaremos por describir el perfil de las personas que se automedican. Para ello en la siguiente tabla observamos que sólo el 3,74% de la población española incumple el tratamiento prescrito por el médico en cuanto al tener una receta y no consumir el medicamento, siendo este porcentaje superior en los hombres con el 3,81%, frente al 3,67% de las mujeres. En términos absolutos esto supone que 699.553 hombres y 700.514 mujeres tienen recetas para algún tipo de medicamentos y no están consumiendo el fármaco.

Si calculamos estos porcentajes sobre la población que tiene receta para algún medicamento en lugar de la población total, apreciamos que el 7,85% de los varo-

nes que tienen alguna receta incumplen algún tratamiento, mientras que en el caso de las mujeres este porcentaje es del 5,63%, lo que hace que para ambos sexos se sitúe en el 6,56%. Por tanto, la brecha entre hombres y mujeres se incrementa, ya que el número de hombres que tiene alguna receta es inferior al de las mujeres y por el contrario el número absoluto de éstos que incumple algún tratamiento es prácticamente igual al de las mujeres.

Si observamos la evolución por grupo de edad, comprobamos cómo son los grupos entre los 40 a los 49 años los que presentan unas mayores tasas de incumplimiento terapéutico, mientras que a medida que la población envejece la tasa de incumplimiento se va reduciendo progresivamente. En dichos grupos de edad son las mujeres las que más dejan de tomar un medicamento a pesar de tener receta para hacerlo. Así en el grupo de 40 a 44 años se encuentra el 10,77% de los varones y el 11,17% de todas las mujeres que llevan a cabo algún incumplimiento terapéutico. En el grupo de 45 a 49 años estos porcentajes son del 9,12% y del 10,39% respectivamente.

Gráfico 32
Distribución por grupo de edad y sexo de las personas que tienen receta pero no consumen el medicamento



Fuente: Elaboración propia a partir de la ENS 2006

1.5. MODELO ECONOMETRICO DE LOS ASPECTOS ESENCIALES SOBRE EL CONSUMO DE FÁRMACOS A PARTIR DE LA ENS

En este apartado vamos a resumir los resultados iniciales de diferentes modelos de estimación [67] que intentan determinar los factores que influyen en los aspectos estudiados a lo largo del epígrafe. En concreto, presentaremos tres modelos que intentan explicar los determinantes de:

- Consumir medicamentos.
- Automedicarse.
- El incumplimiento terapéutico.

En los tres casos, la variable dependiente es dicotómica y toma valor 1 si se produce el hecho que enunciarnos y valor cero en caso contrario. Así en el primer modelo tomará valor 1 si el individuo consume medicamentos y 0 si no lo hace. En el segundo, tomará valor 1 si la persona se automedica y 0 en caso contrario. En el último, tomará valor 1 si el individuo tiene receta de un medicamento y no consume el mismo y su valor será 0 en caso contrario. De esta forma, en los tres modelos nuestra variable dependiente toma valor 1 o valor 0, motivo por el que en todos los modelos que vamos a estimar suponemos que la función de distribución del modelo probabilístico asociado a ε_1 es la función de distribución logística:

$$P_i = [Y_i = 1] = F(x_i\beta) = \frac{e^{x_i\beta}}{1 + e^{x_i\beta}}$$

(1)

En consecuencia, la función de verosimilitud que hay que maximizar en todos los modelos es:

$$L = \prod_{Y_i=1} F(x_i\beta) \prod_{Y_i=0} [1 - F(x_i\beta)] = \frac{e^{\sum_{i=1}^n Y_i x_i \beta}}{\prod_{i=1}^n [1 + e^{x_i \beta}]}$$

(2)

Como ya hemos mencionado, en este modelo la variable dependiente toma valor uno [$Y_i = 1$] si el individuo está dentro del grupo de estudio de cada modelo, mientras que toma valor cero [$Y_i = 0$] en caso contrario. Por otro lado, en cada modelo incluimos un vector de características individuales relevantes para la inclusión o no en el grupo de estudio tales como el sexo, la edad, el padecer enfermedades crónicas, el número de visitas al médico, etc.

Las variables explicativas de los tres modelos se recogen en de la Tabla 55 a la Tabla 57, para ambos sexos, hombres y mujeres respectivamente. Como a lo largo de las páginas anteriores ya hemos realizado un estudio descriptivo de las citadas variables no vamos a repetirlo en este apartado.

1.5.1. Modelo de consumo de medicamentos

En este epígrafe vamos a estimar las variables que influyen en el consumo de medicamentos. La variable dependiente toma valor 1 si el individuo ha consumido medicamentos en las dos últimas semanas y valor 0 en caso contrario. Por otro lado, el vector de características individuales relevantes para la decisión de tomar medicamentos está formado por las siguientes variables:

- Variables personales:
 - edad4564: toma valor 1 si el individuo tiene entre 45 y 64 años de edad y 0 en caso contrario.
 - edad6574: toma valor 1 si el individuo tiene entre 65 y 74 años de edad y 0 en caso contrario.
 - edad75100: toma valor 1 si el individuo tiene 75 o más años de edad y 0 en caso contrario.

- mujeres: toma valor 1 si el individuo es mujer y 0 en caso contrario.
- Variables socioeconómicas:
 - universidad: toma valor 1 si la persona tiene estudios universitarios y 0 en caso contrario.
 - baja: toma valor 1 si la persona está de baja por 3 o más meses y 0 en caso contrario.
 - inactivos: toma valor 1 si la persona es inactiva desde el punto de vista económico: estudiante, labores de hogar y jubilados; y 0 en caso contrario.
 - mas3601: toma valor 1 si el hogar tiene rentas superiores a 3.600€ mensuales y 0 en caso contrario.
- Variables geográficas:
 - Baleares: toma valor 1 si la persona reside en las Islas Baleares y 0 en caso contrario.
 - Castilla y León: toma valor 1 si la persona reside en Castilla y León y 0 en caso contrario.
 - Cataluña: toma valor 1 si la persona reside en Cataluña y 0 en caso contrario.
 - Valencia: toma valor 1 si la persona reside en la Comunidad Valenciana y 0 en caso contrario.
 - Galicia: toma valor 1 si la persona reside en Galicia y 0 en caso contrario.
 - Murcia: toma valor 1 si la persona reside en la Región de Murcia y 0 en caso contrario.
 - País Vasco: toma valor 1 si la persona reside en el País Vasco y 0 en caso contrario.
 - Ceuta y Melilla: toma valor 1 si la persona reside en Ceuta y Melilla y 0 en caso contrario.
 - Cantabria: toma valor 1 si la persona reside en Cantabria y 0 en caso contrario.
 - muni7: toma valor 1 si la persona reside en un municipio de 1.000.000 de habitantes o más.
- Estilos de vida:
 - Duerme poco: toma valor 1 si el individuo duerme menos de 7 horas y 0 en caso contrario.
 - ejercicio: toma valor 1 si la persona realiza ejercicio en su tiempo libre y 0 en caso contrario.
 - imc30: toma valor 1 si el individuo tiene un IMC de 30 o más y valor 0 en caso contrario.
 - Fuma si: toma valor 1 si el individuo fuma y 0 en caso contrario.
 - Bebe si: toma valor si el individuo bebe y 0 en caso contrario.
- Estado de salud:
 - Muy bueno: toma valor 1 si el individuo declara un estado de salud muy bueno y valor 0 en caso contrario.
 - Bueno: toma valor 1 si el individuo declara un estado de salud bueno y valor 0 en caso contrario.
 - Médico si: toma valor 1 si el individuo ha ido al médico y valor 0 en caso contrario.
 - Crónica si: toma valor 1 si el individuo padece una enfermedad crónica y valor 0 en caso contrario.

Para interpretar los resultados hay que tener en cuenta que EXP(B) de cada una de estas variables explicativas, predice los cambios en el odd ratio cuando la variable se modifica en una unidad. Recordamos que el «odd ratio» (OR) en variables dicotómicas es la razón entre la frecuencia en que un hecho se produce y la que no se produce. Al logaritmo del OR se denomina logit:

$$odd\ ratio = \frac{P_i}{1 - P_i}$$

$$logit = \log\left(\frac{P_i}{1 - P_i}\right)$$

(3)

Por tanto, un valor de EXP(B) por debajo de la unidad implican un descenso en el OR y por tanto una menor probabilidad de que el individuo consuma medicamentos, mientras que si el valor es superior a 1 la variable incrementa el OR y la probabilidad de consumir medicamentos se incrementa.

Los resultados de la estimación se muestran en la siguiente tabla¹, en la que se han recogido los coeficientes, el estadístico de Wald que es significativo por debajo de 0,05. Tanto la chi-cuadrado como la prueba de Hosmer y Lemeshow indican que el modelo tiene una especificación conjunta adecuada, siendo el valor del

pseudo R² de 40,2%, superior a los obtenidos por otros estudios similares, motivo por el que podemos afirmar que la especificación elegida es adecuada.

Vamos a realizar la interpretación de los resultados por bloques de variables, empezando por el de las características personales.

RESULTADOS DEL MODELO DE CONSUMO DE MEDICAMENTOS						
	B	Wald	Significación	Exp(B)	I.C. 95,0% para EXP(B)	
edad4564	0,25	45,66	0,000	1,29	1,20	1,39
edad6574	1,00	178,72	0,000	2,72	2,35	3,15
edad75100	1,33	212,36	0,000	3,79	3,17	4,53
Mujeres	0,43	149,18	0,000	1,53	1,43	1,64
Universidad	0,15	11,16	0,001	1,16	1,06	1,26
Baja	0,28	3,08	0,080	1,33	0,97	1,83
Inactivos	0,25	33,43	0,000	1,28	1,18	1,39
mas3601	0,14	2,87	0,090	1,14	0,98	1,34
Duerme poco	0,13	16,27	0,000	1,14	1,07	1,22
Ejercicio	0,07	4,11	0,043	1,07	1,00	1,15
imc30	0,24	22,73	0,000	1,27	1,15	1,40
Fuma si	0,04	1,37	0,243	1,04	0,97	1,12
Bebe si	-0,04	1,59	0,207	0,96	0,89	1,02
Muy bueno	-1,21	455,87	0,000	0,30	0,27	0,33
Bueno	-0,91	420,30	0,000	0,40	0,37	0,44
Médico si	1,28	1089,48	0,000	3,60	3,34	3,88
Crónica si	1,34	1340,35	0,000	3,84	3,57	4,12
Baleares	0,16	4,97	0,026	1,17	1,02	1,35
Castilla León	-0,24	8,76	0,003	0,78	0,67	0,92
Cataluña	0,12	3,18	0,075	1,12	0,99	1,28
Valencia	0,24	12,10	0,001	1,28	1,11	1,47
Galicia	-0,15	7,29	0,007	0,86	0,77	0,96
Murcia	-0,15	4,82	0,028	0,86	0,75	0,98
País Vasco	-0,22	7,16	0,007	0,80	0,68	0,94
Ceuta Melilla	0,43	8,89	0,003	1,53	1,16	2,02
Cantabria	-0,32	20,62	0,000	0,73	0,63	0,83
muni7	0,18	5,58	0,018	1,20	1,03	1,39
Constante	-0,56	62,95	0,000	0,57		

Fuente: Elaboración propia.

¹ En este apartado insertamos los resultados de los modelos en el texto, a la vez que los reproducimos en el apéndice de tablas, para facilitar la lectura de los resultados.

Las variables personales tienen una influencia importante en el consumo de medicamentos, tanto la edad como el sexo son factores que incrementan la probabilidad de consumir medicamentos, independientemente del resto de variables explicativas. Si nos fijamos en la edad, la probabilidad de consumir medicamentos se incrementa al pasar de un grupo de edad a otro superior. Así las personas que están en el grupo de edad de 75 y más años tienen el OR mayor (OR=3,79; 95%IC: 3,17-4,53), lo que implica el segundo valor más alto de todos los OR, detrás de padecer enfermedades crónicas. Los individuos encuadrados en el grupo de edad anterior, entre los 65 y los 74 años, también presenta un valor elevado del OR (OR=2,72; 95CI: 2,35-3,15). Por otro lado el hecho de ser mujer también incrementa la probabilidad de consumir medicamentos de forma significativa y con un OR igualmente elevado (OR=1,53; 95IC: 1,43-1,64). Estos resultados son similares a los publicados en 2009 [15], mientras que en comparación a lo obtenido con los pacientes de Valencia [59] el sexo sigue siendo significativo a la hora de explicar la probabilidad de consumir medicamentos.

El segundo bloque de variables son las socioeconómicas, de las cuatro recogidas sólo dos resultan significativas: universidad e inactivos; mientras que estar de baja y tener unos ingresos en el hogar por encima de 3.600€ no lo son. En cuanto a los estudios, el resultado implica que las personas que tienen estudios universitarios de segundo y tercer grado tienen una mayor probabilidad de consumir medicamentos (OR=1,16; 95IC: 1,06-1,26). Por su parte, el ser inactivo, independientemente de la edad o el sexo del sujeto, aumenta la portabilidad de consumir medicamentos (OR=1,28; 95%IC: 1,18-1,39).

En cuanto a las variables que tienen que ver con los estilos de vida 3 resultan significativas y dos no. Las dos variables que no son significativas, tal como ya habíamos observado en el análisis descriptivo realizado con anterioridad son las que indican si el individuo fuma o bebe. Ni fumar, ni beber implican una mayor

probabilidad de consumir medicamentos. Por el contrario, realizar ejercicio en el tiempo libre incrementa ligeramente la probabilidad de consumir medicamentos (OR=1,07; 95%IC: 1,00-1,15). Un efecto algo mayor en la probabilidad de consumir medicamentos tiene dormir menos de 7 horas (OR: 1,14; 95%IC: 1,07-1,22). Sin embargo, el aspecto más importante dentro de este bloque es el tener un IMC superior de 30, ya que en este caso se incrementa de forma importante la probabilidad de consumir medicamentos (OR=1,27; 95IC: 1,15-1,40).

El siguiente bloque, el relacionado con el estado de salud del individuo, es el que produce efectos cuantitativamente más importantes sobre la probabilidad de consumir medicamentos. Así tanto las variables relacionadas con la autovaloración del estado de salud, como el visitar al médico o padecer una enfermedad crónica tienen una influencia importante en la probabilidad de consumir medicamentos. De esta forma declarar el estado de salud como bueno o muy bueno reduce la probabilidad de tomar un medicamento. En este sentido, la probabilidad se reduce más con un estado de salud muy bueno (OR=0,30; 95%IC: 0,27-0,33) que con un estado de salud bueno (OR=0,40; 95% IC: 0,37-0,44). La variable que más incrementa la probabilidad de consumir medicamentos es padecer una enfermedad crónica en los últimos 12 meses (OR=3,84; 95%IC: 3,57-4,12). En la misma línea, el consultar un médico en las últimas cuatro semanas incrementa de forma considerable la probabilidad de consumir medicamentos (OR=3,60; 95IC:3,34-3,88)

Respecto a las variables geográficas, residir en Cataluña no es significativo. Mientras vivir en Baleares (OR=1,17; 95IC: 1,02-1,35), la Comunidad Valenciana (OR=1,28; 95IC: 1,11-1,47) o en Ceuta y Melilla (OR=1,53; 95IC: 1,16-2,02) incrementa la probabilidad de consumir medicamentos. Por el contrario, residir en Castilla y León (OR= 0,78; 95IC:0,67-0,92), Galicia (OR=0,86; 95%IC: 0,77-0,96), Murcia (OR=0,86; 95%IC: 0,75-0,98), País Vasco (OR=0,80; 95IC:0,68-0,94) y Cantabria

(OR=0,73; 0,95%IC: 0,63-0,83) reduce de forma significativa la probabilidad de consumir medicamentos. Por último, señalar que vivir en municipios de más de un 1.000.000 de habitantes implica que la probabilidad consumir medicamentos aumente (OR=1,20; 95%IC: 1,03-1,39).

En resumen, las variables que más incrementan la probabilidad de consumir medicamentos son el padecer una enfermedad crónica, tener más de 75 años y haber ido al médico.

1.5.2. Modelo de automedicación

En este epígrafe vamos a estimar las variables que influyen en la automedicación por parte de los individuos. La variable dependiente toma valor 1 si el individuo ha consumido algún medicamento en las dos últimas semanas sin tener recetas del mismo y valor 0 en caso contrario. En este modelo sólo se tienen en cuenta los individuos que consumen medicamentos, ya que aquellos que no ingieren ningún medicamento no pueden automedicarse. El vector de características individuales relevantes para la decisión de tomar medicamentos sin receta está formado por las siguientes variables:

- Variables personales:

- edad1624: toma valor 1 si el individuo tiene entre 16 y 24 años de edad y 0 en caso contrario.
- edad2544: toma valor 1 si el individuo tiene entre 25 y 44 años de edad y 0 en caso contrario.
- edad4564: toma valor 1 si el individuo tiene entre 45 y 64 años de edad y 0 en caso contrario.
- mujeres: toma valor 1 si el individuo es mujer y 0 en caso contrario.

- Variables socioeconómicas:

- secundarios: toma valor 1 si la persona tiene estudios secundarios y 0 en caso contrario.

- universidad: toma valor 1 si la persona tiene estudios universitarios y 0 en caso contrario.
- baja: toma valor 1 si la persona está de baja por 3 o más meses y 0 en caso contrario.
- inactivos: toma valor 1 si la persona es inactiva desde el punto de vista económico: estudiante, labores de hogar y jubilados; y 0 en caso contrario.
- mas3601: toma valor 1 si el hogar tiene rentas superiores a 3.600€ mensuales y 0 en caso contrario.

- Variables geográficas:

- Andalucía: toma valor 1 si la persona reside en Andalucía y 0 en caso contrario.
- Aragón: toma valor 1 si la persona reside en Aragón y 0 en caso contrario.
- Principado: toma valor 1 si la persona reside en el Principado de Asturias y 0 en caso contrario.
- Canarias: toma valor 1 si la persona reside en las Islas Canarias y 0 en caso contrario.
- Cantabria: toma valor 1 si la persona reside en Cantabria y 0 en caso contrario.
- Extremadura: toma valor 1 si la persona reside en Extremadura y 0 en caso contrario.
- Galicia: toma valor 1 si la persona reside en Galicia y 0 en caso contrario.
- Murcia: toma valor 1 si la persona reside en la Región de Murcia y 0 en caso contrario.
- País Vasco: toma valor 1 si la persona reside en el País Vasco y 0 en caso contrario.
- La Rioja: toma valor 1 si la persona reside en La Rioja y 0 en caso contrario.
- muni7: toma valor 1 si la persona reside en un municipio de 1.000.000 de habitantes o más.
- muni5: toma valor de 1 si la persona reside en un municipio de 500.000 habitantes o más.
- muni3: toma valor de 1 si la persona reside en un municipio de 100.000 habitantes o más.

- Estilos de vida:
 - Duerme poco: toma valor 1 si el individuo duerme menos de 7 horas y 0 en caso contrario.
 - Ejercicio: toma valor 1 si la persona realiza ejercicio en su tiempo libre y 0 en caso contrario.
 - imc30: toma valor 1 si el individuo tiene un IMC de 30 o más y valor 0 en caso contrario.
 - Fuma si: toma valor 1 si el individuo fuma y 0 en caso contrario.
 - Bebe si: toma valor si el individuo bebe y 0 en caso contrario.
- Estado de salud:
 - Muy bueno: toma valor 1 si el individuo declara un estado de salud muy bueno y valor 0 en caso contrario.
 - Bueno: toma valor 1 si el individuo declara un estado de salud bueno y valor 0 en caso contrario.
 - Médico si: toma valor 1 si el individuo ha ido al médico y valor 0 en caso contrario.

- Crónica si: toma valor 1 si el individuo padece una enfermedad crónica y valor 0 en caso contrario.

Tanto la edad como el sexo son factores que incrementan la probabilidad de automedicarse. Si nos fijamos en la edad, la probabilidad de automedicación se incrementa en los grupos de edad que corresponden con el tramo activo de la vida. Así las personas que están en el grupo de edad de entre 16 y 24 años tienen el OR mayor (OR=3,31; 95%IC: 2,74-3,99), lo que implica el valor más alto de todos los OR. Los individuos encuadrados en el grupo de edad posterior, entre los 25 y los 44 años, también presentan un valor elevado del OR (OR=2,51; 95CI: 2,16-2,92), siendo el OR más reducido el del grupo previo a la edad de jubilación, entre los 45 y los 64 años (OR=1,53; 95CI: 1,33-1,76). Por otro lado el hecho de ser mujer también incrementa la probabilidad de automedicación de forma significativa (OR=1,19; 95IC: 1,09-1,30). Estos resultados son similares a los publicados con los datos de 2003 [66], aunque en nuestro caso la graduación en la influencia de la edad es diferente y el OR de las mujeres es menor.

RESULTADOS DEL MODELO DE CONSUMO DE MEDICAMENTOS						
	B	Wald	Significación	Exp(B)	I.C. 95,0% para EXP(B)	
edad1624	1,20	157,65	0,00	3,31	2,74	3,99
edad2544	0,92	143,85	0,00	2,51	2,16	2,92
edad4564	0,42	36,17	0,00	1,53	1,33	1,76
Mujeres	0,18	15,88	0,00	1,19	1,09	1,30
Secundarios	0,31	37,15	0,00	1,37	1,24	1,52
Universidad	0,29	24,53	0,00	1,33	1,19	1,49
Baja	-0,54	9,33	0,00	0,59	0,41	0,83
Inactivos	-0,31	33,02	0,00	0,73	0,66	0,82
mas3601	0,14	2,28	0,13	1,16	0,96	1,39
Duerme poco	0,13	9,44	0,00	1,13	1,05	1,23
Ejercicio	0,06	1,86	0,17	1,06	0,97	1,15

RESULTADOS DEL MODELO DE CONSUMO DE MEDICAMENTOS (Cont.)						
	B	Wald	Significación	Exp(B)	I.C. 95,0% para EXP(B)	
imc30	-0,13	4,52	0,03	0,88	0,79	0,99
Fuma si	0,15	11,87	0,00	1,17	1,07	1,27
Bebe si	0,31	51,17	0,00	1,36	1,25	1,48
Muy bueno	0,28	16,44	0,00	1,32	1,16	1,52
Bueno	0,13	7,50	0,01	1,14	1,04	1,25
Médico si	-0,88	433,06	0,00	0,41	0,38	0,45
Crónica si	-0,53	88,26	0,00	0,59	0,53	0,66
Andalucía	-0,37	23,45	0,00	0,69	0,59	0,80
Aragón	-0,43	30,29	0,00	0,65	0,56	0,76
Principado	-0,66	28,68	0,00	0,52	0,41	0,66
Canarias	-0,76	45,94	0,00	0,47	0,38	0,58
Cantabria	-0,76	51,00	0,00	0,47	0,38	0,57
Extremadura	-0,75	26,19	0,00	0,47	0,35	0,63
Galicia	-0,33	21,85	0,00	0,72	0,63	0,83
Murcia	-0,37	17,25	0,00	0,69	0,58	0,82
País Vasco	-0,34	10,36	0,00	0,71	0,58	0,88
La Rioja	-0,45	9,93	0,00	0,64	0,48	0,84
muni7	0,16	3,25	0,07	1,17	0,99	1,38
muni5	0,20	14,04	0,00	1,22	1,10	1,36
muni3	0,18	14,07	0,00	1,20	1,09	1,32
Constante	-1,40	154,10	0,00	0,25		

En cuanto a las variables socioeconómicas, la educación disminuye la probabilidad de automedicación. De esta forma, las que tienen estudios secundarios presentan un OR (OR=1,37; 95%IC: 1,24-1,52) ligeramente superior al de los universitarios de segundo y tercer grado (OR=1,33; 95%IC: 1,19-1,49). Por su parte, el ser inactivo, independientemente de la edad o el sexo del sujeto, disminuye la portabilidad de consumir medicamentos sin receta (OR=0,73; 95%IC: 0,66-0,82), aspecto que también ocurre si el individuo lleva de baja 3 o más meses (OR=0,59; 95%IC: 0,41%-0,83). Por último, señalar que si los ingresos mensuales del hogar superan los 3.600€ la probabili-

dad de automedicación se incrementa (OR=1,16; 95%IC: 0,96-1,39).

Al contrario de lo que sucedía en el caso del modelo de consumo de medicamentos, en este caso tanto fumar como beber si influyen en la probabilidad de automedicación. Así, el consumir alcohol aumenta la probabilidad de automedicación (OR=1,36; 95%IC: 1,25-1,48) de forma superior a fumar (OR=1,17; 95%IC: 1,07-1,27). Estos resultados son similares a los encontrados en el 2003, ya que el OR de consumir alcohol era de 1,37, mientras que el de los fumadores de 1,20 [66]. Igualmente incrementan la probabilidad de automedicación la realización de ejercicio

en el tiempo libre (OR=1,06; 95%IC: 0,97-1,15) y el dormir menos de 7 horas con un efecto algo mayor (OR: 1,13; 95%IC: 1,05-1,23). Por el contrario, tener un IMC por encima de 30 reduce la probabilidad de automedicarse (OR=0,88; 95%IC: 0,79-0,99).

El siguiente bloque, el relacionado con el estado de salud del individuo, tiene una importancia relativa menor en comparación al modelo de consumo de medicamentos. Declarar el estado de salud como bueno o muy bueno aumenta la probabilidad de tomar un medicamento sin receta, teniendo más probabilidad las personas que declaran su estado de salud como muy bueno (OR=1,32; 95%IC: 1,16-1,52) frente a las que lo declaran simplemente bueno (OR=1,14; 95%IC: 1,04-1,25). Un aspecto que reduce de forma considerable la probabilidad de automedicación es padecer una enfermedad crónica en los últimos 12 meses (OR=0,59; 95%IC: 0,53-0,66). La variable que más reduce la probabilidad de automedicación es haber consultado al médico en las últimas cuatro semanas (OR=0,41; 95%IC: 0,38-0,45).

Respecto a las variables geográficas, residir en Andalucía, Aragón, Asturias, Canarias, Cantabria, Extremadura, Galicia, Murcia, País Vasco y La Rioja disminuye la probabilidad de automedicación, siendo esa reducción mayor en el caso de Cantabria (OR=0,47; 95%IC: 0,38-0,57). Por último, señalar que vivir en municipios de más de 10.000 habitantes implica que la probabilidad de automedicación es mayor.

En resumen, el modelo de automedicación muestra como el coste de oportunidad del tiempo, así como los aspectos relacionados con el nivel cultural y social tienen importancia a la hora de explicar que personas se automedican en España. Igualmente, los aspectos relacionados con el coste de los medicamentos para los individuos también parecen influir de forma significativa en la probabilidad de automedicación. En general, los activos y las personas con niveles educativos y de ingresos altos tienen una mayor probabilidad de automedicarse, al igual que las personas que viven

en municipios poblados. Por su parte, los inactivos, jubilados y personas que están de baja tienen menor probabilidad de automedicación. En cuanto a las variables de salud, el ir al médico reduce de forma considerable la probabilidad de automedicación, ya que el individuo normalmente tendrá las recetas de todos los medicamentos que consume, al igual que padecer una enfermedad crónica reduce significativamente la automedicación. Declarar un estado de salud bueno o muy bueno incrementa considerablemente la probabilidad de automedicación, ya que las personas que se sienten sanas van menos al médico y ante un eventual problema de salud leve o moderado pueden optar por automedicarse.

1.5.3. Modelo de incumplimiento terapéutico

En este epígrafe vamos a estimar las variables que influyen en el incumplimiento terapéutico definido como tener una receta para algún medicamento y no estar consumiéndolo. En este caso, la variable dependiente toma valor 1 si el individuo no ha consumido medicamentos en las dos últimas semanas, pero tiene receta de los mismos y valor 0 en caso contrario. Por otro lado, el vector de características individuales relevantes para la decisión de tomar medicamentos está formado por las siguientes variables:

- Variables personales:
 - Gedad6574: toma valor 1 si el individuo tiene entre 65 y 74 años de edad y 0 en caso contrario.
 - gedad75100: toma valor 1 si el individuo tiene 75 o más años de edad y 0 en caso contrario.
- Variables socioeconómicas:
 - Parado: tiene valor 1 si la persona está en paro y 0 en caso contrario.
 - de1801a3600: tiene valor 1 si los ingresos del hogar están comprendidos entre 1.801€ y 3.600€.

- Variables geográficas:
 - Andalucía: toma valor 1 si la persona reside en Andalucía y 0 en caso contrario.
 - Aragón: toma valor 1 si la persona reside en Aragón y 0 en caso contrario.
 - Cantabria: toma valor 1 si la persona reside en Cantabria y 0 en caso contrario.
 - Galicia: toma valor 1 si la persona reside en Galicia y 0 en caso contrario.
- Estilos de vida:
 - ejercicio: toma valor 1 si la persona realiza ejercicio en su tiempo libre y 0 en caso contrario.
 - Bebe si: toma valor si el individuo bebe y 0 en caso contrario.
- Estado de salud:
 - Muy bueno: toma valor 1 si el individuo declara un estado de salud muy bueno y valor 0 en caso contrario.

- Crónica si: toma valor 1 si el individuo padece una enfermedad crónica y valor 0 en caso contrario.

En este caso el número de variables significativas se reduce de forma considerable, motivo por el que este es el modelo más débil de los tres que hemos presentado. Hay que tener en cuenta igualmente, que en este modelo sólo están incluidos los individuos que consumen medicamentos, ya que los que no consumen ningún tipo de medicamentos no pueden incumplir el tratamiento.

De las variables recogidas son el estado de salud, el padecer enfermedades crónicas y la edad las que podemos interpretar de forma más clara. Así en las personas que declaran un estado de salud muy bueno la probabilidad de incumplimiento terapéutico se reduce de forma considerable (OR=0,41; 95%IC: 0,28-0,59), mientras que la probabilidad de incumplimiento terapéutico es mayor en los individuos que padecen

RESULTADOS DEL MODELO DE INCUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO						
	B	Wald	Significación	Exp(B)	I.C. 95,0% para EXP(B)	
gedad6574	-0,27	6,09	0,01	0,77	0,62	0,95
gedad75100	-0,43	14,37	0,00	0,65	0,52	0,81
Parado	0,31	4,76	0,03	1,36	1,03	1,79
de1801a3600	-0,29	6,81	0,01	0,75	0,61	0,93
Ejercicio	0,18	5,45	0,02	1,20	1,03	1,40
Bebe si	-0,27	12,37	0,00	0,76	0,66	0,89
Muy bueno	-0,89	22,65	0,00	0,41	0,28	0,59
Crónica si	0,37	6,77	0,01	1,45	1,10	1,91
Andalucía	-1,00	30,62	0,00	0,37	0,26	0,52
Aragón	-1,33	40,15	0,00	0,26	0,18	0,40
Cantabria	-1,13	22,08	0,00	0,32	0,20	0,52
Galicia	-1,01	42,89	0,00	0,36	0,27	0,49
Constante	-3,11	415,15	0,00	0,04		

Fuente: Elaboración propia.

una enfermedad crónica (OR=1,45; 95%IC: 1,10-1,91). La edad reduce la probabilidad de incumplimiento terapéutico, así las personas que tienen entre 65 y 74 años tienen un OR ligeramente superior (OR=0,77; 95%IC: 0,62-0,95) a las que tienen 75 y más años (OR=0,65; 95%IC: 0,52-0,81).

Respecto a las variables socioeconómicas sólo estar parado y tener unos ingresos entre 1.801€ y 3.600€ resultaron significativas. Estar parado incrementa la probabilidad de incumplimiento terapéutico (OR=1,36; 95%IC: 1,03-1,79), mientras que tener

ingresos entre 1.801 y 3.600€ la reduce (OR=0,75; 95%IC: 0,61-0,93). En cuanto a los estilos de vida, los individuos que realizan ejercicio en su tiempo libre tienen una mayor probabilidad de incumplimiento terapéutico, mientras que las personas que consumen alcohol resultan tener una probabilidad menor de incumplimiento terapéutico. Por último, las personas que residen en Andalucía, Aragón, Cantabria o Galicia tienen una menor probabilidad de tener una receta de un medicamento y no consumirlo.

2.

EL GASTO EN MEDICAMENTOS POR PARTE DE LOS HOGARES ESPAÑOLES

En este apartado vamos a analizar el gasto monetario que realizan los hogares españoles en medicamentos. Para ello emplearemos la nueva Encuesta de Presupuestos Familiares (EPF) de 2006 y 2007. La EPF tiene como objetivo prioritario la obtención de estimaciones del agregado gasto de consumo anual de los hogares para el conjunto nacional y para las comunidades autónomas, así como su clasificación según diversas variables del hogar.

Hay que señalar, que el nivel de desagregación funcional utilizado por el INE en la publicación de resultados varía según el grado de desagregación geográfica para el que se desee obtener estimaciones. En la nueva EPF 2006, el diseño muestral se ha efectuado de forma que se puedan obtener estimaciones con los siguientes desgloses:

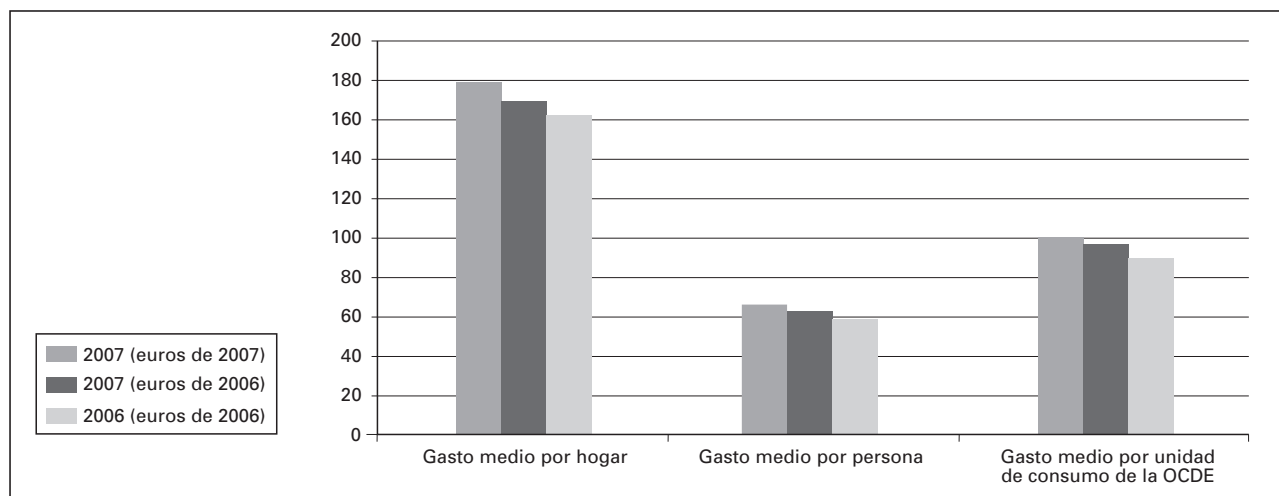
- Para el conjunto nacional se alcanza una desagregación funcional máxima de cinco dígitos de la COI-COP (Classification Of Individual COnsumption by Purpose).
- Para las comunidades autónomas, el máximo nivel de desagregación funcional es de cuatro dígitos.

El caso de medicamentos sería necesario un desglose a 4 dígitos, sin embargo, en el subgrupo 06.1 la desagregación a 4 dígitos coincide con la de 3, motivo por el que no se pueden obtener datos diferenciados a nivel de comunidad autónoma y sólo podemos introducir los datos a nivel de todo el territorio nacional.

Tal como se puede apreciar en el gráfico, el gasto en productos farmacéuticos de los hogares españoles es muy modesto, alcanzando en 2006 los 163,30 euros y en 2007 los 180,02 euros. Estas cantidades suponen únicamente el 0,53% del gasto total de los hogares en 2006 y el 0,58% en 2007.

Tal como hemos señalado anteriormente, para realizar un estudio más detallado tenemos que utilizar el gasto agregado a tres dígitos, ya que a cuatro dígitos carecemos de significación a nivel autonómico (para mayor información se puede consultar el anexo al final del informe). Por ello, en los siguientes gráficos describiremos el gasto del subgrupo en su conjunto. El primer aspecto que vamos a estudiar es la influencia del tamaño del municipio

Gráfico 33
Evolución del gasto medio en medicamentos por persona, hogar y por unidad de consumo de la OCDE



Fuente: EPF 2007 y 2006.

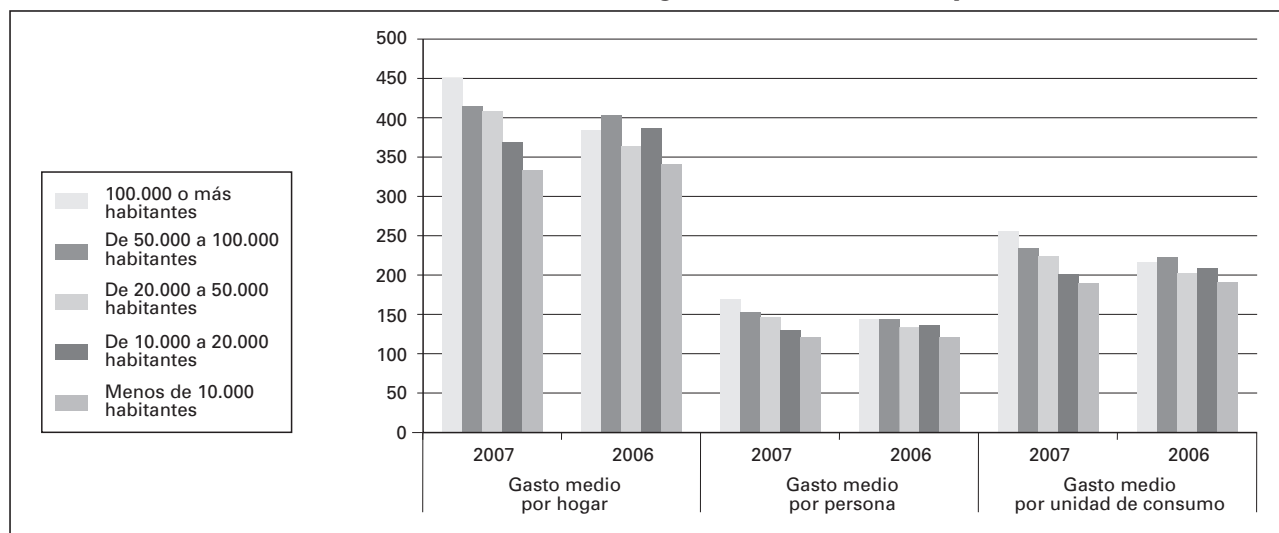
y la densidad de población, así como otros aspectos relacionados con la ubicación geográfica. Los resultados muestran que los hogares que se encuentran en municipios de 100.000 habitantes o más y en las zonas con una densidad de población alta son los que más gastan en medicamentos y otros productos farmacéuticos. Así, el gasto medio por hogar de los municipios de 100.000 habitantes o más es de 446,07€ frente a los 331,61€ de los municipios con menos de 10.000 habitantes. Del mismo modo, cuando calculamos los datos medios por persona las diferencias son igualmente importantes, de 167,3€ a 119,83€. Empleado las escalas de consumo de la OCDE, donde el tamaño del hogar se pondera en función de la edad de los miembros y su situación en el mismo, los datos muestran igualmente un consumo medio superior en los hogares que pertenecen a municipios de 100.000 habitantes o más con 252,89€ de gasto. Como es lógico este patrón de consumo se repite cuando analizamos la densidad de la población. En este caso los hogares de zonas densamente pobladas tienen un

consumo medio de 403,81€ frente a los 344,96€ de los hogares de zonas diseminadas. El gasto por persona de los hogares que habitan en una zona densamente poblada es de 163,2€, frente a los 124,26 de aquellos que lo hacen en una zona diseminada.

Respecto a la composición del hogar, son los hogares unipersonales los que tienen un gasto medio por hogar superior. En concreto, 225,13€ en comparación a los 88,48€ de los hogares con 6 o más miembros. Por otro lado, el tipo de hogar que más gasto medio por persona realiza es el que está formado por una persona sola de 65 o más años con 237,55€, mientras que los que menos gasto medio presentan son los hogares formados por una pareja y 3 hijos con 97,82€.

Para finalizar el estudio de las características del hogar y el gasto en medicamentos vamos a ver las diferencias existentes entre CC.AA. La comunidad que presenta un mayor gasto medio por hogar dentro del subgrupo de medicamentos es Baleares con 495,63€, seguida de Ceuta y Melilla con 488,32 y

Gráfico 34
Evolución del gasto medio del subgrupo de medicamentos por persona, hogar y por unidad de consumo de la OCDE según tamaño del municipio



Fuente: EPF 2007 y 2006.

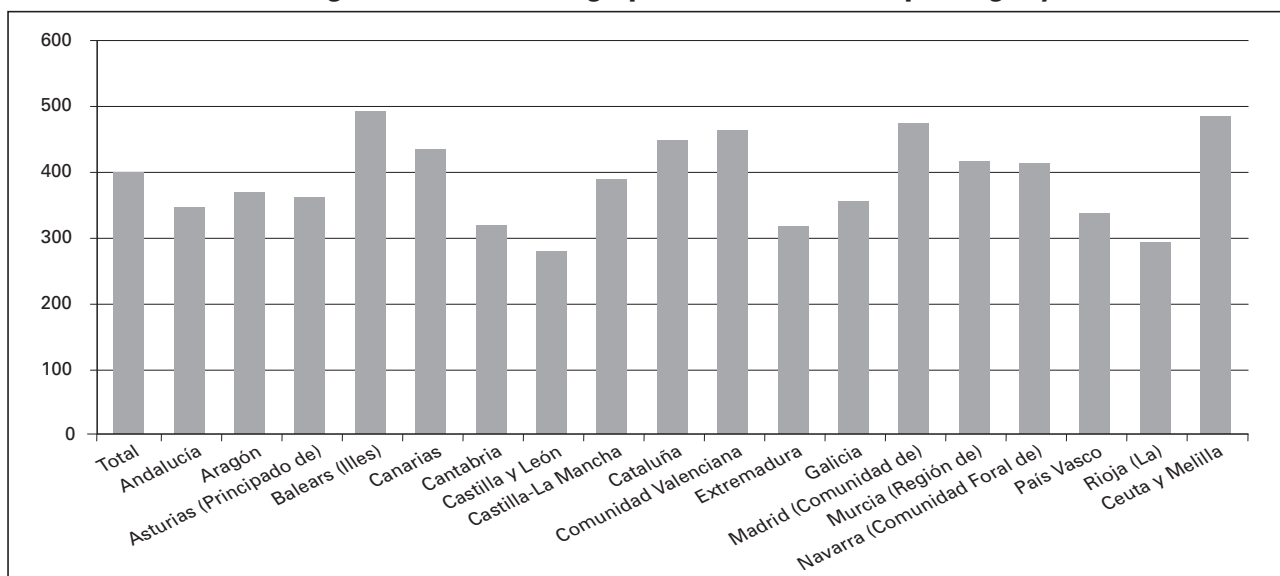
Madrid con 474,72€ En el otro extremo se sitúan Castilla y León con 284,24€ y La Rioja con 297,46€ Estos datos suponen una diferencia de 211,39€ entre Baleares y Castilla y León. Si observamos ahora el gasto medio por persona comprobamos cómo las dos comunidades que estaban en ambos extremos se mantienen, ya que el mayor gasto medio por persona se registra en Baleares con 186,94€ y el menor en Castilla y León con 110,17€. Por detrás de Baleares se sitúan la Comunidad Valenciana con 175,51€ y la Comunidad de Madrid con 170,55€, mientras que ligeramente por encima de Castilla y León encontramos a La Rioja con 113,38€ y a Extremadura con 114,6€

A continuación se expondrá la relación existente entre las características del sustentador principal del hogar y el gasto en medicamentos. Los dos primeros aspectos a abordar son el sexo y la edad. Los hogares cuyo sustentador principal es un hombre tienen un gasto medio por hogar superior a aque-

llos que son sustentados por una mujer, ya que en el primer caso el gasto se sitúa en 412,64€ y en el segundo en 379,22€. Tanto para hombres como para mujeres el grupo de edad que presenta un gasto medio por hogar en el subgrupo de medicamentos más alto es el comprendido entre los 45 y los 64 años con un gasto de 499,84€ en los varones y de 523,2€ para las mujeres. Por el contrario, son en los hogares con sustentadores principales jóvenes, con edades entre los 16 y los 29 años, los que menor gasto realizan en medicamentos con 229,39€ para los hombres y de 247,86€ para las mujeres.

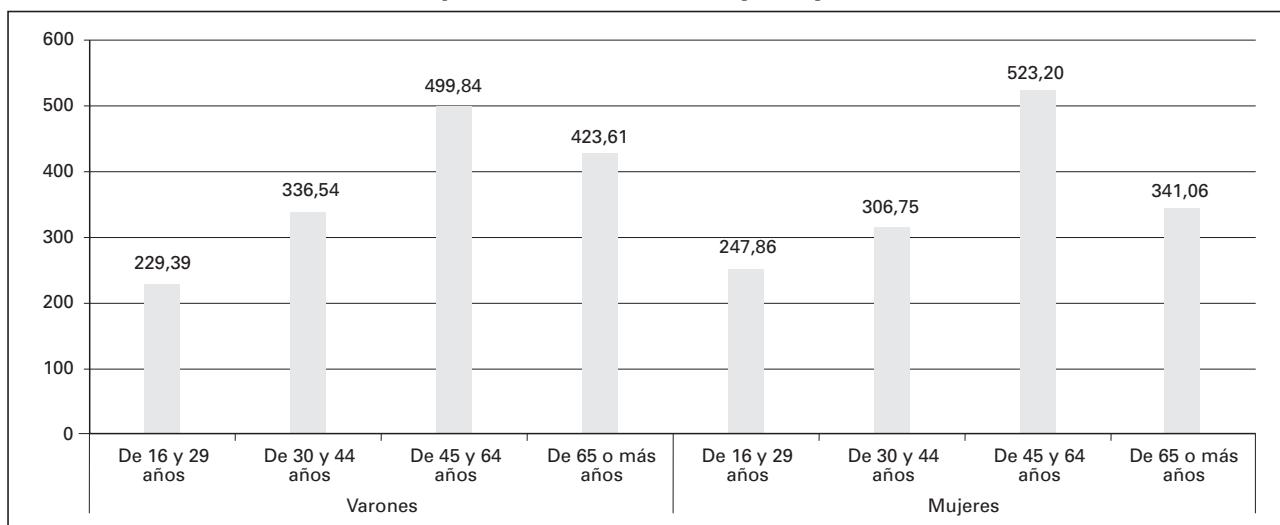
La educación del sustentador principal influye de forma gradual y creciente en el gasto medio por hogar en el subgrupo de medicamentos. Así, se pasa de un gasto de 342,23€ de los hogares cuyo sustentador principal no tiene estudios o sólo terminó los estudios primarios a los 520,16€ de los hogares sustentados por personas con estudios universitarios de segundo y tercer ciclo. La relación con la actividad también

Gráfico 35
Evolución del gasto medio del subgrupo de medicamentos por hogar y CC.AA.



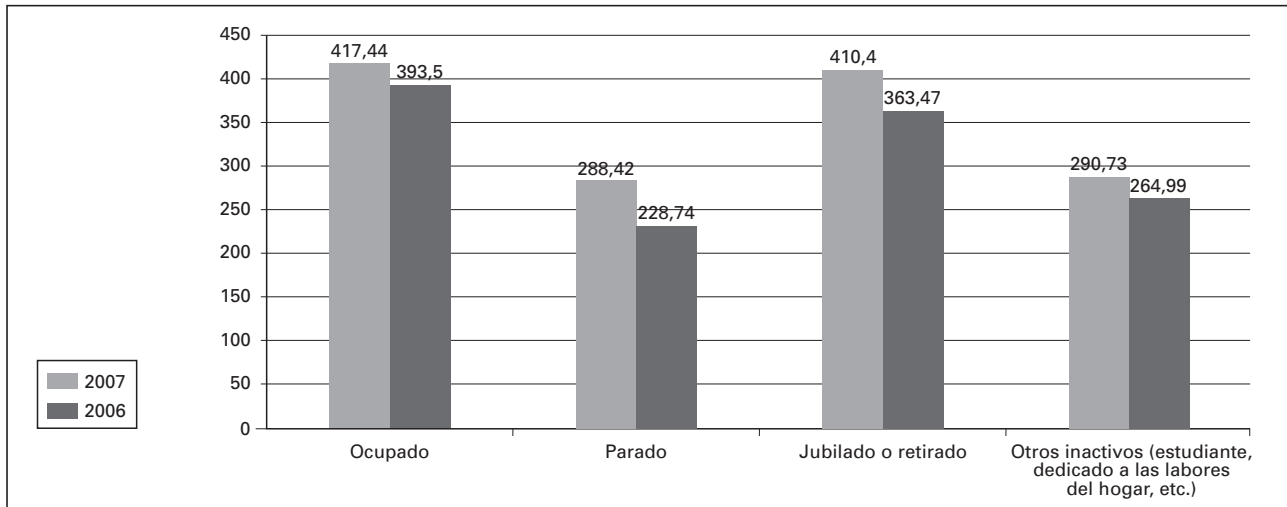
Fuente: EPF 2007 y 2006.

Gráfico 36
Evolución del gasto medio del subgrupo de medicamentos por hogar y sexo y edad del sustentador principal.



Fuente: EPF 2007 y 2006.

Gráfico 37
Evolución del gasto medio del subgrupo de medicamentos por hogar
y situación frente a la actividad del sustentador principal.



Fuente: EPF 2007 y 2006.

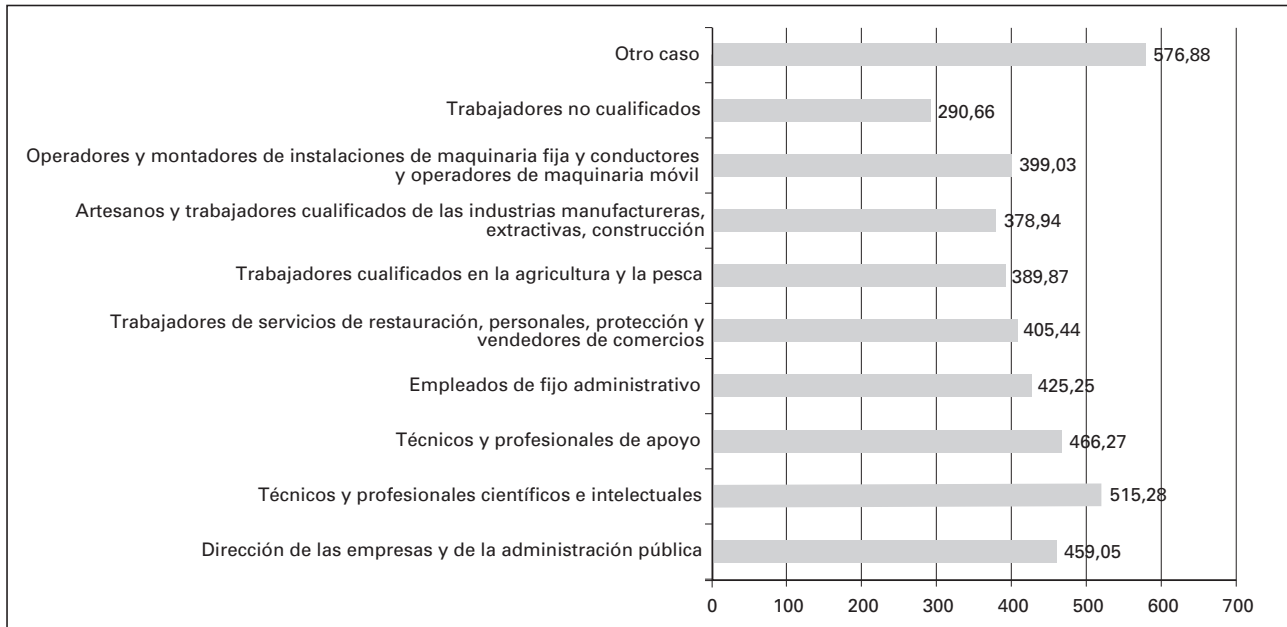
muestra claramente un patrón en lo referente al gasto medio por hogar y persona en medicamentos. De esta forma, los hogares cuyo sustentador principal está en paro son los que presentan menor gasto medio, 288,42€, seguidos de aquellos cuyo sustentador es un inactivo 290,73€. Por el contrario, cuando el sustentador está ocupado el gasto medio alcanza los 417,44€, siendo el caso de los hogares con un sustentador empresario los que más gasto medio en medicamentos realizan 490,41€. Ahora bien, hay que señalar que en términos de gasto medio no existen diferencias muy importantes entre los gastos realizados por hogares sustentados por ocupados o jubilados, ya que en el caso de estos últimos el gasto medio se sitúa en 410,4€. Sin embargo, en términos de gasto por persona o por unidad de consumo de la OCDE, son precisamente los hogares sustentados por jubilados los que mayores gastos medios tienen, 182,23€ frente a los 136,43€ de los hogares de los ocupados.

Si recogemos ahora de forma más detallada la ocupación del sustentador personal observamos cómo son los hogares cuyo sustentador principal es un

técnico o profesional científico e intelectual los que tienen un gasto medio por hogar y persona mayor: 515,28€ y 182,81€ respectivamente. En general, se aprecia que una ocupación más elevada se corresponde con unos gastos medios en el subgrupo de medicamentos más altos. Esta relación es más directa en los grupos de ocupaciones bajas que en los superiores. De hecho los hogares con menores gastos medios son aquellos en los que el sustentador principal es un trabajador no cualificado, con un gasto medio por hogar en medicamentos de 290,86€ y un gasto medio por persona de 96,83€.

Por último, señalar que en cuanto a la fuente de ingresos del hogar, el gasto medio en medicamentos es superior en aquellos hogares donde no se detalla la fuente principal de ingresos. Si no tenemos en cuenta esta categoría, son los hogares cuya fuente principal de ingresos son las rentas de la propiedad y el capital los que presentan unos gastos medios en medicamentos superiores, tanto en términos de gasto medio por hogar como en gasto medio por persona.

Gráfico 38
Evolución del gasto medio del subgrupo de medicamentos por hogar
y ocupación del sustentador principal.



Fuente: EPF 2007 y 2006.

3.

PATRONES DE PRESCRIPCIÓN EN UNA COMUNIDAD AUTÓNOMA: EL CASO DE CASTILLA-LA MANCHA

3.1. INTRODUCCIÓN

En este apartado estudiaremos los factores que determinan el grado de adhesión de los prescriptores de Castilla-La Mancha a la guía farmacoterapéutica del SESCAM. Así queremos averiguar la influencia que tienen los aspectos personales, del centro de trabajo y el tipo de pacientes en el mayor grado de adhesión, sabiendo que éste es uno de los factores clave para la obtención del complemento de incentivación para los profesionales de atención primaria de Castilla-La Mancha.

Para su realización hemos contado con la colaboración del Área de Atención Primaria del SESCAM, especialmente de su jefe de área, Manuel Tordera, de Gonzalo Sánchez, jefe de servicio de programas asistenciales de atención primaria, y de Jesús Hernández. Sin su ayuda, indicaciones y observaciones este capítulo no hubiese sido posible, motivo por el que expresamos nuestra gratitud.

La idea central del trabajo consiste en identificar si existen elementos diferenciadores tanto personales como

del centro o de los pacientes que influyan en el grado de adhesión a la guía farmacoterapéutica y por tanto en la consecución del incentivo económico para los facultativos de un Equipo de Atención Primaria (EAP). Así queremos averiguar si la edad, el sexo, los estudios, el tipo de puesto de trabajo o el haber realizado o no el MIR tienen alguna influencia significativa. Para ello nos hemos centrado en los datos del año 2007, ya que son los que teníamos disponibles a la hora de llevar a cabo el trabajo.

Para facilitar al lector la comprensión de este capítulo hemos adjuntado en los anexos IV y V los aspectos más relevantes de la guía farmacoterapéutica del SESCAM y los mecanismos para cuantificar el incentivo en farmacia utilizado en el SESCAM durante el año 2007 respectivamente.

Antes de comenzar con la descripción de los datos y el modelo realizado creemos conveniente comentar los

trabajos encontrados en la literatura sobre el papel de los incentivos en la prescripción de los médicos en atención primaria. El primer hecho destacable, es que no existen muchos trabajos que aborden el problema desde esta óptica y que además tengan datos sobre médicos y grado de adecuación a un objetivo marcado por los responsables de atención primaria de un servicio regional de salud. A pesar de ser nuestro objetivo la búsqueda de artículos en España, también hemos comprobado que internacionalmente tampoco abundan este tipo de abordajes.

Si nos concentramos en las investigaciones que abordan de forma más o menos directa los incentivos y la prescripción podemos distinguir varias líneas comunes. La más antigua y quizás la primera que concentró el interés de los investigadores sobre incentivos y prescripción es la relativa a la prescripción inducida. Así destacan los trabajos pioneros sobre demanda inducida que se realizaron en la década de los noventa en los que se analiza desde aspectos generales sobre la demanda inducida de medicamentos, hasta trabajos sobre estudios de casos concretos, tanto en diferentes áreas de atención primaria como en grupos de medicamentos [68-73].

El segundo bloque de artículos son los que se centran en proponer una serie de indicadores para evaluar la calidad de la prescripción en atención primaria. Aunque estrictamente no son trabajos sobre prescriptores e incentivos, si que se centran en la definición y cuantificación de los indicadores de calidad de la prescripción, que luego serán incorporados en mayor o menor medida en los modelos de incentivación y prescripción. Igualmente son trabajos que estudian la calidad de la prescripción realizada por los médicos. Estos trabajos abordan desde la relación entre la calidad y el coste de la prescripción [74-78], la definición de indicadores de prescripción [79-81], trabajos sobre la calidad de la prescripción y la prescripción inadecuada [77, 82-85] y una serie de trabajos sobre variabilidad de la prescripción [86, 87].

Centrándonos ya más concretamente en trabajos sobre incentivos y prescriptores encontramos una serie de tra-

bajos pioneros que abordan diferentes aspectos tanto teóricos como prácticos de los incentivos en atención primaria y en la asistencia sanitaria en general [88-96]. A partir del año 2000 existen una serie de trabajos más aplicados que estudian diferentes estrategias para comparar centros de atención primaria o equipos de atención primaria [97, 98], o bien estudiar cómo influyen ciertos aspectos como el desgaste profesional en el gasto farmacéutico [99] o el impacto de las acciones formativas sobre el gasto farmacéutico [100].

Sin embargo, los trabajos que inciden más en los aspectos de incentivos profesionales y gasto farmacéutico en atención primaria son una investigación sobre la selección de indicadores para evaluar el grado de adhesión a un guía farmacoterapéutica [101], un artículo donde se revisan las relaciones existentes entre incentivos y prescriptores [102]; y un análisis sobre los determinantes de la prescripción en atención primaria [103]. Hay que señalar la existencia de dos trabajos interesantes sobre los incentivos y los profesionales sanitarios, en el primero se critica la forma de implantación de algunos de estos incentivos que convierten al prescriptor en un mero “cliqueador” de casillas [104]; mientras que en el segundo se analiza la influencia positiva que tienen los incentivos sobre la calidad de vida de los prescriptores [104]. Por último cabría señalar un trabajo de revisión del papel de los incentivos en atención primaria y su papel en la contención del gasto público [105].

A nivel internacional como hemos dicho no existen muchos trabajos que analizan el papel de los incentivos y las pautas de prescripción. Destacaríamos un trabajo sobre las características de los médicos y la utilización temprana de nuevos medicamentos [106]; un par de trabajos sobre la prescripción y el gasto farmacéutico [107, 108]; diversos trabajos sobre incentivos financieros y prescripción [109, 110] y una revisión de la literatura sobre los efectos de los incentivos financieros en la práctica clínica [111].

En resumen, y a pesar de la importancia del tema no existen numerosos estudios aplicados sobre las caracte-

rísticas de los profesionales sanitarios y los perfiles de prescripción. Por este motivo, esta primera aproximación supone un enfoque novedoso y permite explotar una fuente de información altamente útil para conocer mejor el comportamiento de un colectivo que, con sus decisiones asignan una cantidad de recursos considera-

bles tal y como comentamos en la introducción de este informe.

El capítulo se estructura en dos partes. En la primera describimos brevemente los datos utilizados, para luego analizar los aspectos determinantes en el grado de adhesión a la guía farmacoterapéutica del SESCAM.

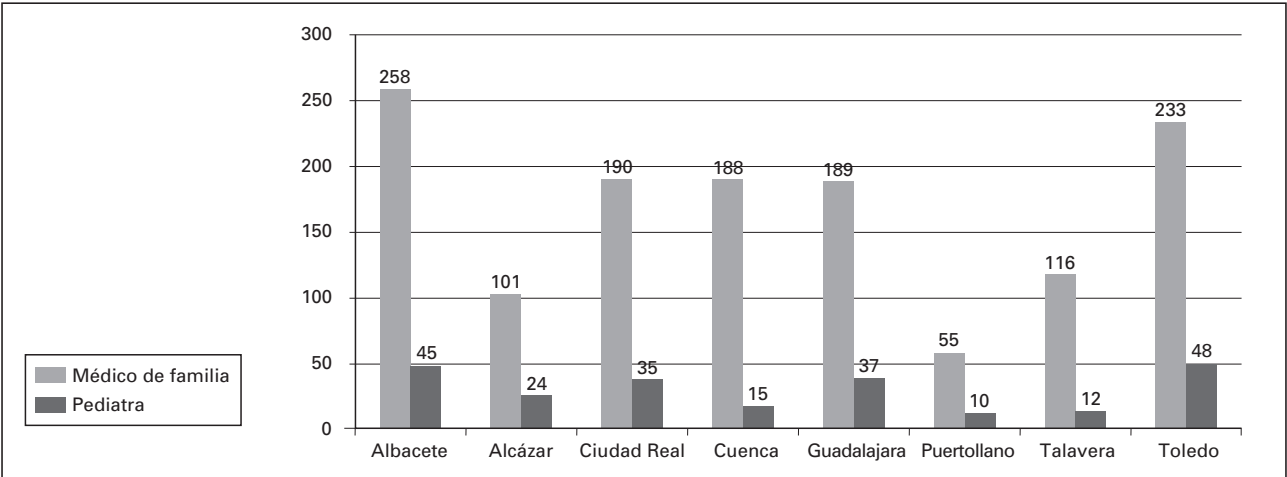
3.2. DESCRIPCIÓN DE LOS DATOS UTILIZADOS

En primer lugar vamos a describir los datos que hemos utilizado en el análisis. La base de datos está compuesta por 1.330 médicos de familia y 226 pediatras. Por gerencias las más importantes son Albacete con el 19,40% del total de médicos y el 19,91% de pediatras, y la gerencia de Toledo con el 17,52% de médicos generales y el 21,24% de pediatras. Estas dos gerencias están seguidas por otras tres que agrupan cada una alrededor del 14% de médicos de atención primaria: Ciudad Real, Cuenca y Guadalajara.

La población media que tiene que atender un médico de familia del SESCAM es de 1.312, mientras que en el caso de los pediatras el cupo medio es de

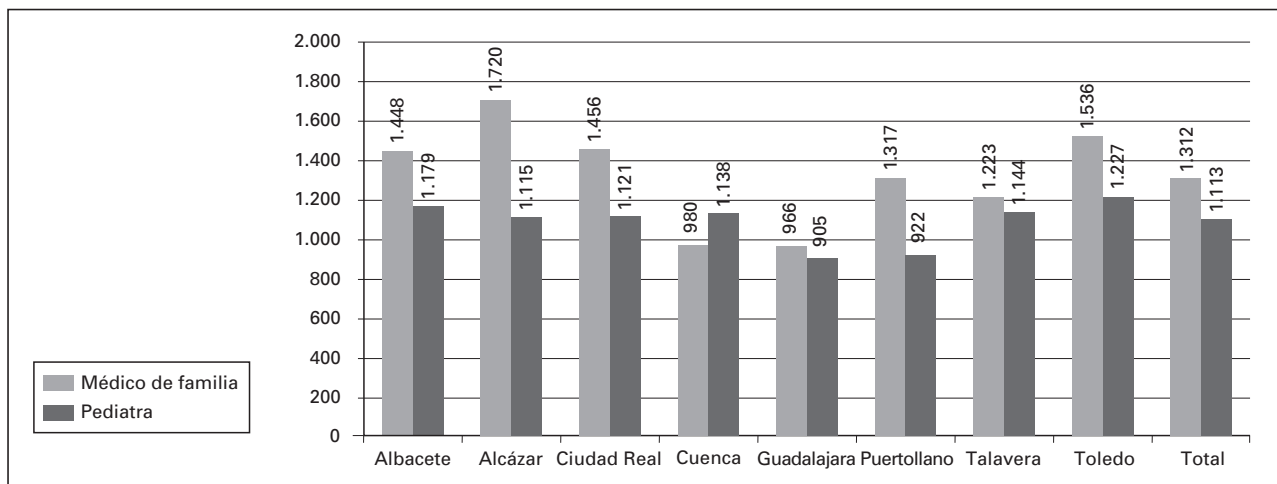
1.113. En el caso de los médicos de familia, las gerencias con un mayor cupo medio son la de Alcázar con 1.720 pacientes, seguida de Toledo con 1.536 y Ciudad Real con 1.456. Guadalajara con 966 y Cuenca con 980 son las gerencias con menor número de pacientes. En cuanto a los pediatras, es Toledo con 1.227 pacientes y Albacete con 1.179 las que tienen un cupo medio mayor, mientras que Guadalajara, con 905 pacientes, la que tiene el menor número medio. El cupo medio de pacientes de 65 y más años es de 286, siendo la gerencia de Alcázar la que presenta un cupo medio de pacientes mayores con 377, mientras que Guadalajara es la que tiene la media menor con 190 pacientes.

Gráfico 39
Médicos de atención primaria y pediatras por gerencias de atención primaria del SESCAM en 2007



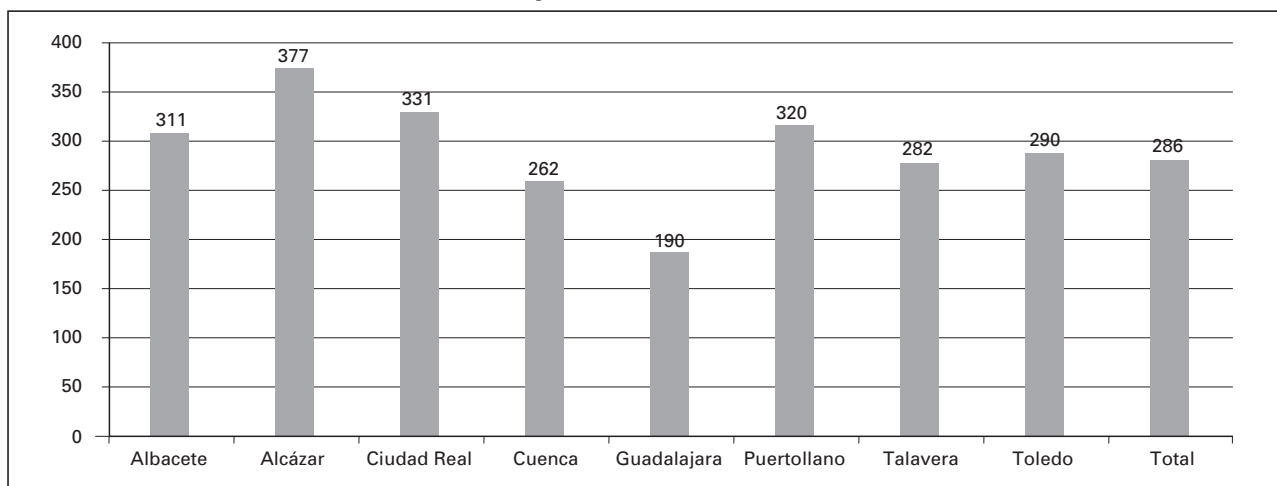
Fuente: Área de atención primaria del SECAM

Gráfico 40
Cupo medio de pacientes por médico de familia y pediatra por gerencias de atención primaria del SESCAM en 2007



Fuente: Área de atención primaria del SESCAM

Gráfico 41
Cupo medio de pacientes de 65 y más años por médico de familia por gerencias de atención primaria del SESCAM en 2007



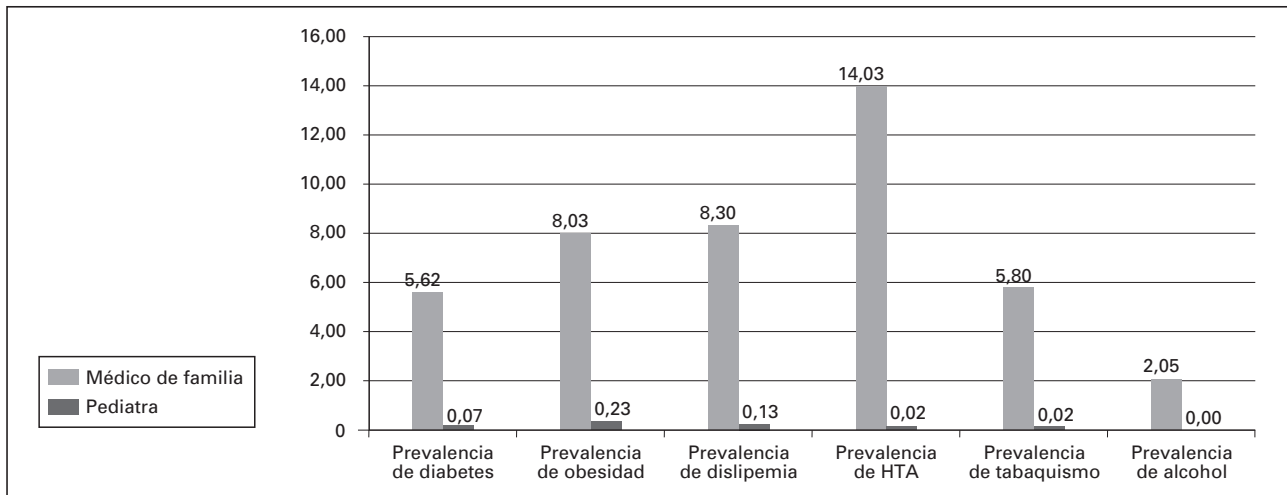
Fuente: Área de atención primaria del SESCAM

Al igual que en el caso de la población en la base de datos se dispone para cada médico el porcentaje de población que en su cupo presenta diabetes, obesidad, dislipemia, hipertensión, tabaquismo y alcoholismo. De esta forma podemos controlar en el modelo el grado de

adhesión a la guía farmacoterapéutica del SESCAM en función del tipo de paciente que tiene cada médico.

Para la realización del modelo de los aspectos determinantes en el grado de adhesión a la guía farmaco-

Gráfico 42
Porcentaje de población con factores de riesgo en 2007

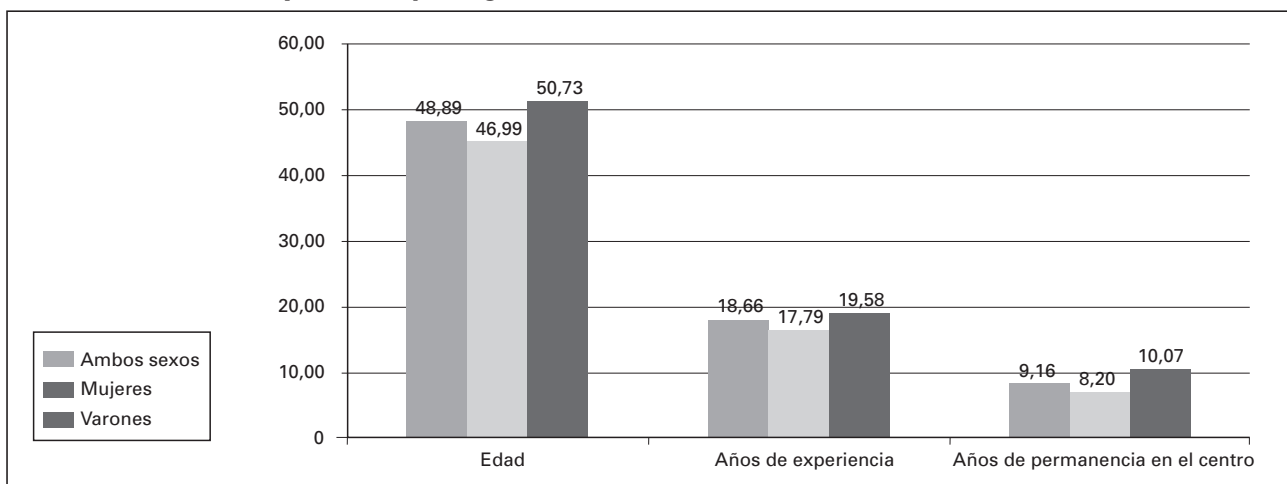


Fuente: Área de atención primaria del SECAM

terapéutica hemos realizado una muestra aleatoria de médicos del SESCAM. Las características de los médicos de la muestra son las siguientes. El 49,16% son varones y la edad media es 48,89 años. En general son profesionales con una amplia experiencia, 18,66 años, y una estabilidad en el centro de trabajo

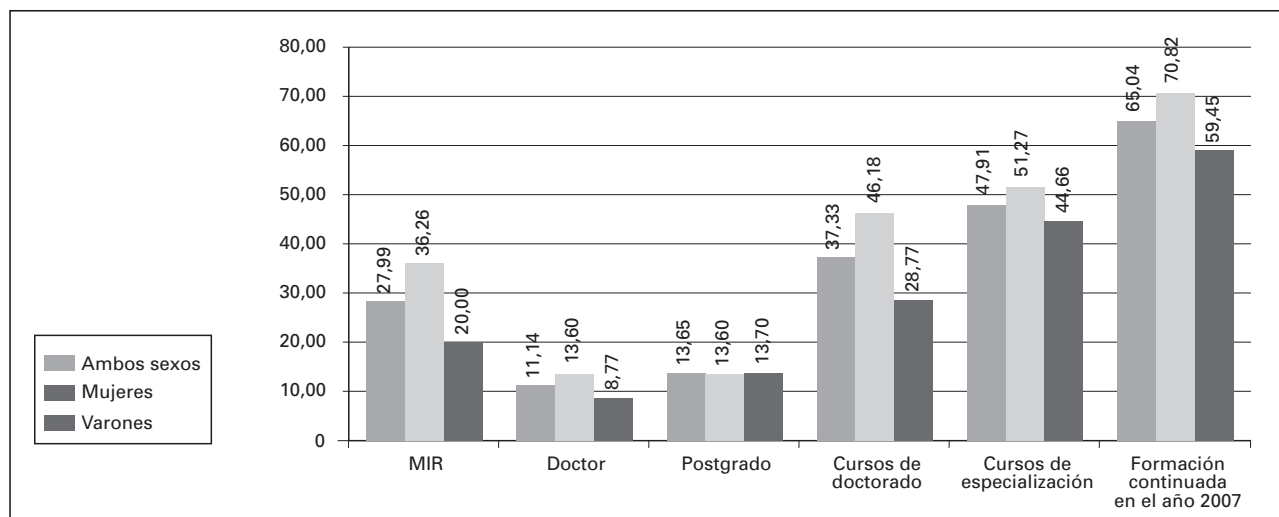
importante, 9,16 años de antigüedad en el centro. Por sexos, tanto la edad, como la experiencia y la antigüedad en el centro son ligeramente superiores en el caso de los hombres. Por sexos, tanto la edad, como la experiencia y la antigüedad son ligeramente superiores en los hombres.

Gráfico 43
Edad, experiencia y antigüedad en el centro de los médicos de la muestra



Fuente: Área de atención primaria del SECAM

Gráfico 44
Formación por sexo de los médicos de la muestra

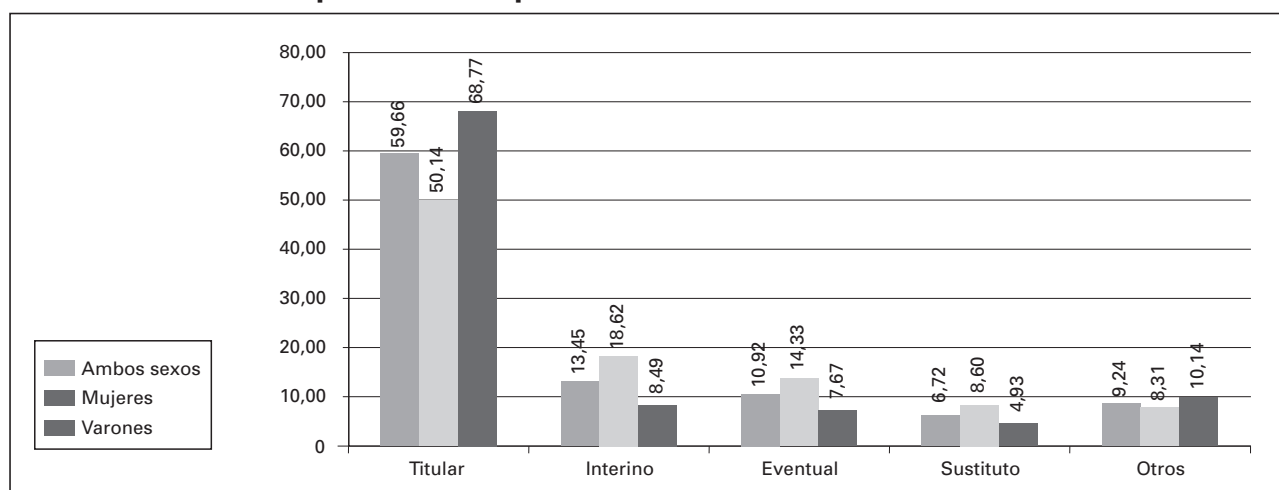


Fuente: Área de atención primaria del SECAM

Respecto a su formación, el 27,99% son MIR, el 11,14% doctores, el 13,65% ha realizado un postgrado diferente al doctorado, mientras que el 37,33% ha realizado los cursos de doctorado. Un 47,91% ha realizado algún curso de especialización y el 65,04% ha realizado formación continua a lo largo del año 2007.

Por sexos, el porcentaje de mujeres con el MIR es sensiblemente superior al de los hombres, un 36,26% frente al 20%. Del mismo modo, la formación es superior en todos los aspectos en las mujeres que en los hombres, salvo en los cursos de postgrado que es prácticamente igual en ambos sexos.

Gráfico 45
Tipo de contrato por sexo de los médicos de la muestra

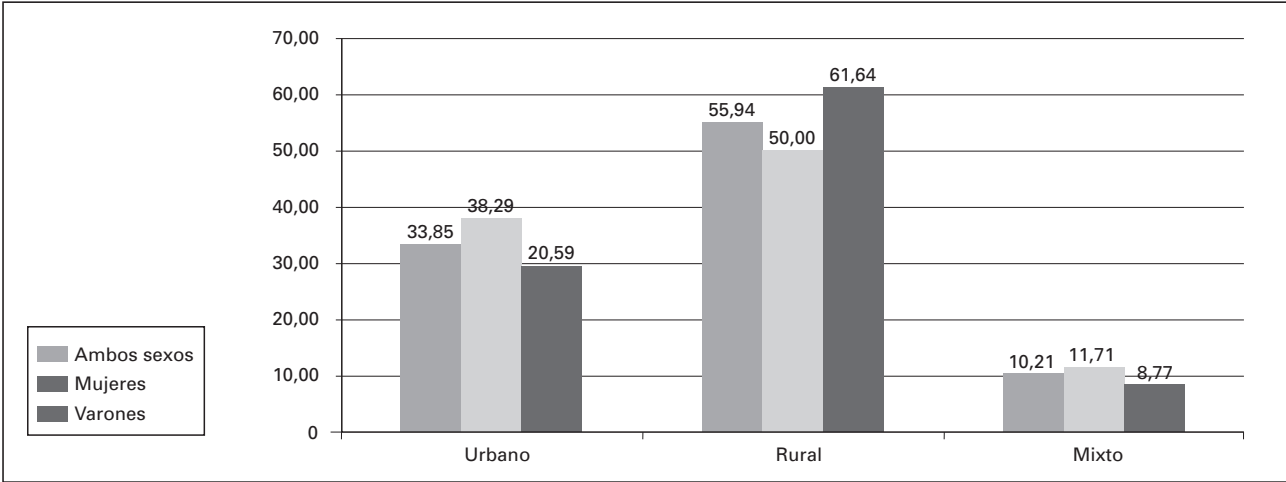


Fuente: Área de atención primaria del SESCOAM

En lo relativo a las condiciones de trabajo el 41,64% ha recibido la visita del farmacéutico de atención primaria y el 81,06% dispone de Turriano en la consulta. El número medio de pacientes que ven son de 37,62 y el número medio de tarjetas sanitarias asignadas es de 1.213. En cuanto al tipo de contrato, los resultados de la Tabla 77 indican que el 59,66% son titulares de su plaza, 13,45% son interinos, un 10,92% son eventuales, 6,72 son sustitutos y un

9,24% está en otra situación. Respecto al tipo de centro, un 33,85% trabaja en un centro urbano, un 55,94% en uno rural y un 10,21% en un centro mixto. En cuanto a las diferencias por sexo, la estabilidad laboral de los varones es superior a la de las mujeres con un 68,77% de titulares varones frente al 50,14% de las mujeres. Sin embargo, el porcentaje de hombres que trabaja en centros rurales es superior al de las mujeres, un 61,64% frente al 50%.

Gráfico 46
Tipo de centro por sexo de los médicos de la muestra



Fuente: Área de atención primaria del SESCAM

3.3. ASPECTOS DETERMINANTES EN EL GRADO DE ADHESIÓN A LA GUÍA FARMACOTERAPÉUTICA DEL SESCAM POR PARTE DE LOS PRESCRIPTORES

En este apartado nos centraremos en identificar si existen aspectos determinantes en el grado de adhesión de los profesionales del SESCAM a la política de incentivación en relación a farmacia del servicio regional de salud. Para comprender adecuadamente dicha política de incentivación se ha recogido su diseño en el anexo IV del presente trabajo.

Sin embargo, nos parece conveniente resaltar aquí sus puntos clave para poder realizar una adecuada lectura de este epígrafe. El modelo de incentivación se plantea los siguientes objetivos:

- Conseguir que más del 60% de Médicos de Familia y más del 75% de Pediatras de Atención Primaria

del SESCAM prescriban a lo largo del año 2007 al menos un 75% de medicamentos incluidos en la “Guía Farmacoterapéutica del SESCAM de Principios Activos para Prescripción en Receta”.

- Conseguir que más del 60% de Médicos de Familia y más del 75% de Pediatras de Atención Primaria del SESCAM prescriban a lo largo del año 2007 al menos un 30% de medicamentos incluidos en el “Listado de Medicamentos más eficientes” del SESCAM.
- Obtener al final del ejercicio 2007 un gasto en prescripción por receta que no supere en un 6% el obtenido en el ejercicio del año anterior.
- Alcanzar al final del ejercicio 2007 un crecimiento en número de recetas con respecto al ejercicio 2006 limitado al crecimiento poblacional que se produzca a lo largo del año 2007.

A la hora de establecer las cuantías de incentivación que recompensen la adecuación de los facultativos a las líneas institucionales, el modelo contempla como punto de partida una cantidad de incentivación máxima alcanzable por facultativo de EAP que para el año 2007 se establece en 3.000€. La cantidad efectiva individual de incentivación (I_i) que percibirá al finalizar el ejercicio 2007 un determinado facultativo resultará de la aplicación de la siguiente fórmula:

$$I_i = 1200 \cdot A + 900 \cdot E + 900 \cdot P$$

donde,

I_i : Es la incentivación individual alcanzada.

A: Es el porcentaje (en tanto por uno) de medicamentos prescritos a lo largo de 2007 que se encuentran incluidos “Guía Farmacoterapéutica del SESCAM de Principios Activos para Prescripción en Receta”.

E: Es el porcentaje (en tanto por uno) de medicamentos prescritos a lo largo de 2007 que se encuentran incluidos en el “Listado de Medicamentos más Eficientes”.

P: Representa la obtención de un Importe por Persona Protegida Ajustado inferior al objetivo establecido en 2007 para el conjunto de la Comunidad Autónoma para Medicina General o para Pediatría (según corresponda).

Hay que señalar que la incentivación máxima de 3.000 euros puede ser ampliada en el año 2007 con otros 1.800 euros más a través de un sistema de bonificación. De este modo el máximo nivel de incentivación puede alcanzar la cifra de 4.800 euros. Este sistema de bonificación va ligado a dos aspectos:

1. Bonificación por mantenimiento y/o mejora en aspectos cualitativos de la prescripción: factor A en comparación con el año precedente. Valora si se mantiene el estándar de la línea institucional consistente en prescribir al menos un 75% de medicamentos incluidos en la “Guía Farmacoterapéutica del SESCAM de Principios Activos para Prescripción en Receta”.

2. La bonificación por mejora de indicador IPPA. Valora si se mejora la línea institucional consistente en no superar un determinado IPPA objetivo para el año 2007, tanto para Medicina General como para Pediatría.

Una vez detallada las principales líneas de la política de incentivación, dividimos este epígrafe en dos partes. En la primera realizaremos un análisis general de estos aspectos y en el segundo realizaremos un modelo econométrico que intente identificar si alguna de estas características es relevante a la hora de explicar el grado de adhesión a la política de incentivos de farmacia del SESCAM.

3.3.1. El incentivo de farmacia del SESCAM. Aspectos generales

En este epígrafe vamos a describir los distintos aspectos del incentivo de farmacia del SESCAM. En primer lugar, lo haremos utilizando la muestra completa,

para luego describir los resultados para la muestra de médicos seleccionada.

En primer lugar vamos a ver si los objetivos iniciales del SESCAM se han cumplido y cuál ha sido la distribución de los profesionales en cada uno de los componentes de la incentivación.

Tal como apreciamos el 50% de los médicos de familia han prescrito por encima del 72,98% de medicamentos incluidos en la guía farmacoterapéutica del SESCAM, mientras que el 50% de pediatras han prescrito por encima del 80,26% de medicamentos incluidos. Respecto a los objetivos del SESCAM el 32,9% de los médicos de familia han prescrito por encima del 75% de los medicamentos incluidos en la guía farmacoterapéutica del SESCAM, lejos del 60% del objetivo inicial, mientras que el 72% de los pediatras han prescrito por encima de ese 75%, porcentaje prácticamente coincidente con el objetivo del 75% por ciento de pediatras.

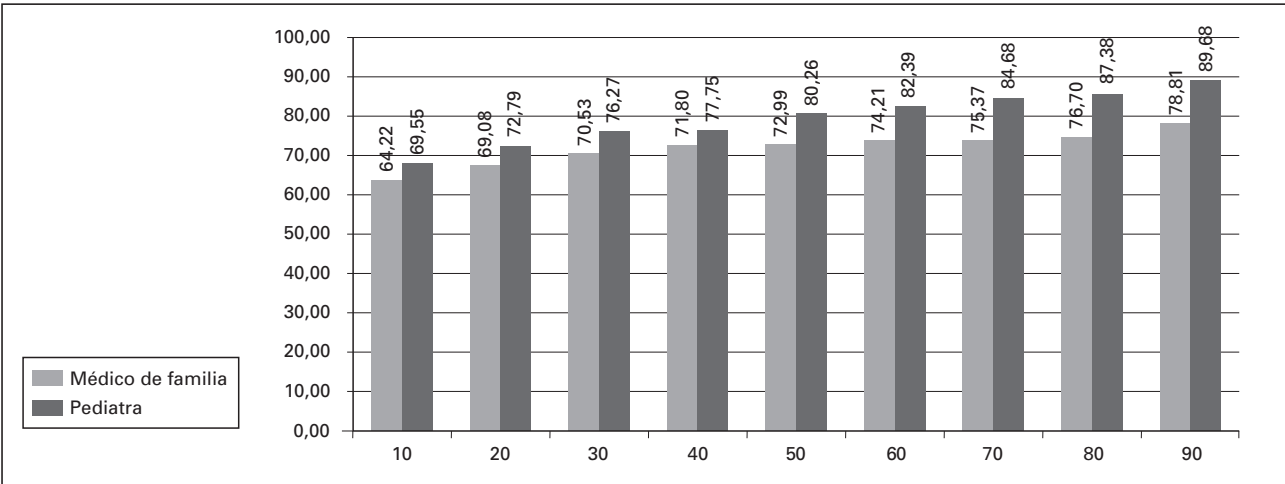
En lo relativo al porcentaje de medicamentos eficientes prescritos, observamos cómo el 50% de los médi-

cos de familia prescriben por encima del 39,63% de medicamentos eficientes mientras que el 50% de los pediatras prescriben por encima del 39,93% de este tipo de medicamentos. Respecto al objetivo del SESCAM en este componente, el 74,9% de los médicos de familia y el 78,2% de los pediatras prescriban por encima del 30% de medicamentos eficientes, porcentajes que cumplen los objetivos propuestos para el año 2007.

Respecto al importe por persona protegida el 50% de los médicos de familia presentan un importe por persona protegida inferior a los 20,30€, mientras que esta cantidad es de 2,62€ para los pediatras. Los objetivos para el 2007 del importe por persona protegida ajustado para el conjunto de Castilla-La Mancha eran de 22,45€ para los médicos de familia y de 3,33€ para los pediatras. Esto supone que el 72,8% de los médicos de familia y el 70,6% de los pediatras, lo cumplieren.

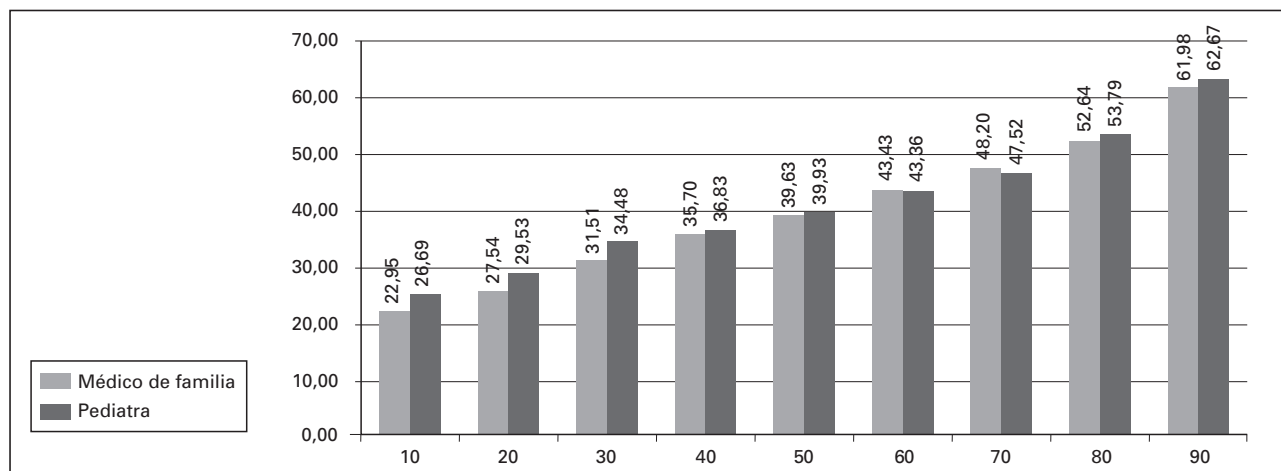
Por último, y teniendo en cuenta los tres factores anteriores y las correcciones explicadas en el anexo 4, el incentivo medio recibido por los médicos de

Gráfico 47
Distribución en percentiles del porcentaje de medicamentos prescritos a lo largo de 2007 que se encuentran incluidos “Guía Farmacoterapéutica” del SESCAM (Factor A)



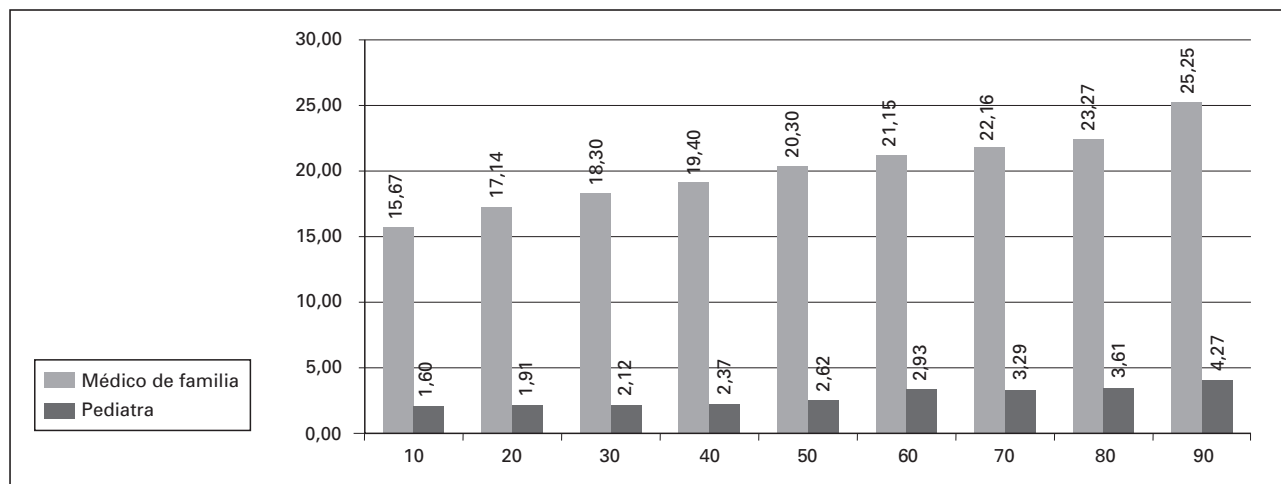
Fuente: Elaboración propia a partir de datos del área de atención primaria del SECAM

Gráfico 48
Distribución en percentiles del porcentaje de medicamentos prescritos a lo largo de 2007 que se encuentran incluidos en el listado de “medicamentos eficientes” del SESCO (Factor E)



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del área de atención primaria del SESCO

Gráfico 49
Distribución en percentiles del Importe por Persona Protegida Ajustado (Factor IPPA)



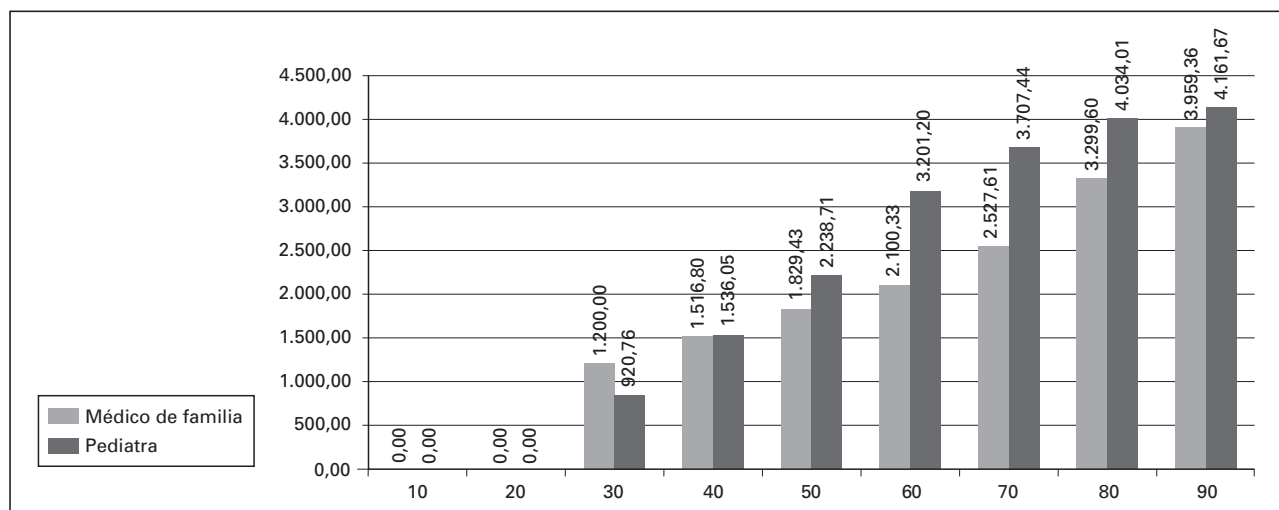
Fuente: Elaboración propia a partir de datos del área de atención primaria del SESCO

familia es de 1.868,13€ y de 2.191,19€ para los pediatras. Hay que señalar que el 21,6% de los médicos de familia y el 27% de los pediatras no recibieron ningún tipo de incentivo. Por otra parte, el 23,8% de los médicos de familia y el 41,6% de

los pediatras han recibido un incentivo por encima de los 3.000€

Una vez descrito los aspectos generales sobre el incentivo de farmacia en 2007, vamos a pasar a estimar el modelo.

Gráfico 50
Distribución en percentiles del importe recibido por incentivo de farmacia en 2007



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del área de atención primaria del SESCAM

3.3.2. Un modelo de identificación de los aspectos determinantes en la adhesión a la guía farmacoterapéutica del SESCAM

En este apartado nos vamos a centrar exclusivamente en el factor A del incentivo de farmacia comentado anteriormente. Nuestro objetivo es conocer que variables p pueden ser determinantes a la hora de obtener una mayor adhesión a la guía farmacoterapéutica del SESCAM. Por tanto la variable dependiente es el grado de adhesión (factor A), mientras que las variables independientes son las siguientes:

- Sexo: toma valor 1 si el individuo es mujer y 0 si es hombre.
- Edad. Edad en años del profesional.
- Años de experiencia totales.
- Años de trabajo en el centro.
- Formación MIR: toma valor 1 si tiene el MIR y 0 en caso contrario.
- Doctor en medicina: toma valor 1 si es doctor en medicina y 0 en caso contrario.
- Cursos de Postgrado: toma valor 1 si ha realizado cursos de postgrado y 0 en caso contrario.
- Formación continuada ultimo año: toma valor 1 si ha realizado formación continua en 2007 y 0 en caso contrario.
- Visita del farmacéutico de Atención Primaria: toma valor 1 si ha recibido la visita del farmacéutico de atención primaria y 0 en caso contrario.
- Dispone del Turriano: toma valor 1 si el profesional dispone de Turriano y 0 en caso contrario.
- N° de pacientes atendidos por día.
- N° de Tarjetas Sanitarias Individuales.
- Titular: toma valor 1 si el profesional es titular de su plaza y 0 en caso contrario.
- Rural: toma valor 1 si el profesional trabaja en un centro rural y 0 en caso contrario.

Como las características de los pediatras y de los médicos de familia son diferentes, se han realizado dos tipos de modelos distintos. Los resultados de los modelos muestran claramente que el modelo de los médicos de familia se ajusta claramente peor que el modelo de los pediatras. Si observamos el R^2 apreciamos cómo en el caso de los médicos de familia el R^2 es de 16,8%, mientras que en el modelo de los pediatras es de 72,9%. Esto supone que a pesar de tener una muestra más amplia de médicos de familia en comparación a la de pediatras, las variables explicativas ajustan y predicen mejor el comportamiento de estos últimos. En este sentido, hemos introducido igualmente las variables relativas a los pacientes, tales como la edad media de estos o los porcentajes para cada médico de la prevalencia de determinadas enfermedades y factores de riesgo y resultaron igualmente no significativas.

En los dos cuadros se presentan cinco columnas: la de los coeficientes de estimación, la de los coeficientes de estimación estandarizados, el estadístico t de Student, la del nivel de significación y los intervalos de confianza de los estimadores. Los primeros indican el valor de los b de cada una de las variables.

La interpretación de los b_j es el aumento que experimentarán el grado de adhesión a la guía farmacoterapéutica del SESCAM cuando la variable X_j se modifica en una unidad. Es decir, la derivada parcial del factor A respecto de cualquier variable explicativa representa la variación que experimenta la variable dependiente cuando la variable explicativa se incrementa en una unidad. Por su parte, el coeficiente b será significativo al 95% si el estadístico t de Student es superior a 1,96. El coeficiente Beta representa los coeficientes estandarizados, es decir una vez eliminadas las diferencias de escala entre las variables explicativas y nos indica qué variable explicativa genera una mayor variación sobre la variable dependiente.

En el modelo de médicos de familia, las dos variables que son significativas para explicar el grado de adhesión del profesional a la guía farmacoterapéutica del

SESCAM, son el hecho de ser titular de la plaza, que influye de forma positiva, y el número de pacientes día que tiene una influencia negativa y muy significativa.

En el caso de los pediatras, el modelo se ajusta mucho más, motivo por el que existen muchas más variables significativas. Así el sexo, la edad, los años de experiencia totales el tener formación MIR, el haber recibido formación continua en el último año, el número de pacientes por día, el número de tarjetas sanitarias asignadas y el trabajar en un centro rural resultan ser variables significativas para explicar el grado de adhesión de los pediatras a la guía farmacoterapéutica del SESCAM.

En cuanto a las variables que afectan positivamente al grado de adhesión apreciamos cómo son los años de experiencia los que tienen un mayor coeficiente beta positivo (0,66), seguidos del número de tarjetas sanitarias (0,47), de tener formación MIR (0,46), y del sexo (0,38). Teniendo esto en cuenta y observando los valores del coeficiente b apreciamos que por cada año de experiencia el grado de adhesión se incrementa un 1 punto, mientras que el hecho de ser mujer conlleva un aumento de 7 puntos en el grado de adhesión. En cuanto a la formación, el tener el MIR incrementa en 8 puntos el grado de adhesión a la guía y el haber recibido formación continua en el año 2007 lo hace en 5 puntos.

Respecto a las variables que disminuyen el grado de adhesión se aprecia como la edad, el número de pacientes día y el trabajar en un centro rural disminuyen el grado de adhesión a la guía del SESCAM. Así por cada año de edad el grado de adhesión se reduce 0,49 puntos, mientras que por cada nuevo paciente atendido al día el grado de adhesión del pediatra se reduce en 0,45 puntos, y que trabajar en un centro rural reduce en 11,47 puntos el grado de adhesión.

Como conclusión podemos afirmar que si bien el modelo no se ajusta de forma adecuada a los médicos de familia, los resultados de los pediatras son altamen-

RESULTADOS DEL MODELO DE ESTIMACIÓN. MÉDICOS DE FAMILIA

	B	Beta	t	Sig,	Intervalo de confianza para B al 95%	
(Constante)	0,7684		24,71	0,00	0,71	0,83
Sexo	0,0021	0,02	0,38	0,70	-0,01	0,01
Edad	0,0002	0,03	0,28	0,78	0,00	0,00
Años de experiencia totales	-0,0008	-0,14	-1,37	0,17	0,00	0,00
Años de trabajo en el centro	-0,0004	-0,07	-0,87	0,38	0,00	0,00
Formación MIR	0,0051	0,05	0,78	0,44	-0,01	0,02
Doctor en medicina	-0,0001	0,00	-0,01	0,99	-0,02	0,02
Cursos de Postgrado	0,0005	0,00	0,07	0,95	-0,01	0,01
Formación continuada ultimo año	-0,0027	-0,02	-0,40	0,69	-0,02	0,01
Visita del farmacéutico de Atención Primaria	0,0175	0,11	1,97	0,05	0,00	0,04
Dispone del Turriano	0,0122	0,08	1,30	0,19	-0,01	0,03
Nº de pacientes atendidos por día	-0,0012	-0,45	-5,47	0,00	0,00	0,00
Nº de Tarjetas Sanitarias Individuales	0,0000	0,02	0,18	0,86	0,00	0,00
Titular	0,0168	0,19	2,50	0,01	0,00	0,03
Rural	-0,0022	-0,02	-0,32	0,75	-0,02	0,01

RESULTADOS DEL MODELO DE ESTIMACIÓN. PEDIATRAS

	B	Beta	t	Sig,	Intervalo de confianza para B al 95%	
(Constante)	0,8059		8,11	0,00	0,60	1,01
Sexo	0,0735	0,38	3,50	0,00	0,03	0,12
Edad	-0,0049	-0,45	-2,07	0,05	-0,01	0,00
Años de experiencia totales	0,0068	0,66	2,87	0,01	0,00	0,01
Años de trabajo en el centro	-0,0011	-0,07	-0,51	0,62	-0,01	0,00
Formación MIR	0,0788	0,46	3,43	0,00	0,03	0,13
Doctor en medicina	0,0372	0,12	1,01	0,32	-0,04	0,11
Cursos de Postgrado	0,0021	0,01	0,09	0,93	-0,04	0,05
Formación continuada ultimo año	0,0530	0,25	2,35	0,03	0,01	0,10
Visita del farmacéutico de Atención Primaria	0,0217	0,13	1,21	0,24	-0,02	0,06
Nº de pacientes atendidos por día	-0,0045	-0,51	-4,18	0,00	-0,01	0,00
Nº de Tarjetas Sanitarias Individuales	0,0001	0,47	3,97	0,00	0,00	0,00
Titular	-0,0407	-0,24	-1,67	0,11	-0,09	0,01
Rural	-0,1147	-0,48	-4,37	0,00	-0,17	-0,06

te robustos y muestran hallazgos muy significativos. En primer lugar, los profesionales jóvenes y mujeres tienen un mayor grado de adhesión. La formación también influye de forma significativa en el grado de adhesión del pediatra a los objetivos de la guía. Así el tener el MIR o el realizar cursos de formación continua implica un mayor grado de adhesión a la guía. El centro de trabajo y las condiciones del mismo también afectan de forma significativa al grado de adhesión. De hecho, son las únicas variables significativas en el caso de los médicos de familia. Así, cuantos más pacientes día tiene un profesional, ya sea médico de familia o pediatra, menor será la adhesión a la guía farmacoterapéutica. La titularidad de la plaza sólo afecta significativamente a los médicos de familia, mientras que trabajar en un centro rural sólo reduce la

adhesión a la guía de forma significativa en el caso de los pediatras.

Hay que señalar que este mejor comportamiento del modelo en el caso de los pediatras puede explicarse como consecuencia de las diferencias existentes en el número de medicamentos incluidos en guía. En este sentido, hay que señalar que el número de fármacos que el pediatra suele utilizar y que se recoge en guía es muy limitado en cuanto numero comparado con el que maneja el médico general. De los más de 500 medicamentos que recoge la guía, sólo algo más del 20% es de uso pediátrico. Por otra parte, también el precio suele ser más reducido y, generalmente, la prescripción de pediatría esta mucho menos influida por la inducción hospitalaria, hecho que si se da en la medicina general.

4.

CONCLUSIONES

La salud de los individuos está influida por aspectos genéticos, ambientales, estilos de vida y por la asistencia sanitaria a la que pueden acceder los individuos. Entre los diferentes factores de producción de los que disponen los sistemas sanitarios actuales para mantener e incrementar el stock de salud de sus sociedades se encuentran, en un lugar prominente, los medicamentos.

Su importancia tanto desde el punto de vista cualitativo como cuantitativo es muy relevante. Por ello gran parte de la literatura científica en el campo de la salud está centrada en los medicamentos: su seguridad, eficacia, efectividad o eficiencia son aspectos que aglutinan numerosos trabajos de investigación, artículos y jornadas.

Desde el punto de vista de la economía de la salud, tanto la evaluación económica de medicamentos como los estudios sobre el gasto sanitario y sobre la competitividad y la regulación de la industria farmacéutica, han acaparado la agenda de los investigadores. Sin embargo, los análisis relacionados con la demanda de fármacos no han tenido un desarrollo equiparable. De hecho, no existen apenas trabajos que aborden el consumo de medicamentos a través de los

datos de las encuestas de salud, ni disponemos de demasiados artículos o libros que aborden los determinantes del gasto en medicamentos de los hogares españoles y tampoco abundan los estudios sobre la influencia que tienen las características de los médicos en sus hábitos de prescripción. Por ello, a lo largo de las páginas precedentes hemos querido conocer estas realidades de forma más detallada.

La primera conclusión relevante es el elevado número de personas que consumen medicamentos, ya que según los datos de la ENS 2006 el número de españoles que declaran estar consumiendo algún tipo de medicamento en las últimas dos semanas es de 24.660.041, lo que supone el 65,89% de la población de 16 y más años. El porcentaje de mujeres que consume algún tipo de medicamento es mayor que el de los varones, ya que 14.068.808 mujeres reconocen consumir medicamentos, el 73,78% del total, frente a los 10.591.233 hombres, el 57,69%. Respecto a las personas a las que un médico les ha recetado un medicamento en las últimas dos semanas, su número es de 21.357.957, el 57,06% del total. Al igual que en el caso anterior, el porcentaje de mujeres que tienen una receta es superior al de los hombres. Estos totales

suponen que más de 3.300.000 españoles están tomando un medicamento que no ha sido recetado por el médico.

Para explicar los determinantes del consumo de medicamentos, los resultados nos indican que tanto la edad como el sexo son factores que incrementan la probabilidad de consumir medicamentos, independientemente del resto de variables explicativas. Si nos fijamos en la edad, la probabilidad de consumir medicamentos se incrementa al pasar de un grupo de edad a otro superior. Así, las personas que están en el grupo de edad de 75 y más años tienen el OR mayor (OR=3,79; 95%IC: 3,17-4,53), lo que implica el segundo valor más alto de todos los OR, detrás de padecer enfermedades crónicas. Los individuos encuadrados en el grupo de edad anterior, entre los 65 y los 74 años, también presenta un valor elevado del OR (OR=2,72; 95CI: 2,35-3,15). Por otro lado el hecho de ser mujer también incrementa la probabilidad de consumir medicamentos de forma significativa y con un OR igualmente elevado (OR=1,53; 95IC: 1,43-1,64).

Por tanto, las mujeres, una vez tenida en cuenta la influencia de la edad, consumen en mayor medida medicamentos que los hombres. Además, consumen un número mayor y, lógicamente, disponen de un número medio de recetas mayor.

De las variables socioeconómicas, los resultados indican que las personas que tienen estudios universitarios de segundo y tercer grado tienen una mayor probabilidad de consumir medicamentos (OR=1,16; 95IC: 1,06-1,26). Por su parte, el ser inactivo, independientemente de la edad o el sexo del sujeto, aumenta la probabilidad de consumir medicamentos (OR=1,28; 95%IC: 1,18-1,39).

Con respecto a los hábitos de vida, ni fumar, ni beber implican una mayor probabilidad de consumir medicamentos. Por el contrario, realizar ejercicio en el tiempo libre incrementa ligeramente la probabilidad de consumir medicamentos (OR=1,07; 95%IC:

1,00-1,15). Un efecto algo mayor en la probabilidad de consumir medicamentos tiene dormir menos de 7 horas (OR: 1,14; 95%IC: 1,07-1,22). Sin embargo, el aspecto más importante dentro de los estilos de vida es el tener un IMC superior de 30, ya que en este caso se incrementa de forma importante la probabilidad consumir medicamentos (OR=1,27; 95IC: 1,15-1,40). Vivir en municipios de más de un 1.000.0000 de habitantes implica que la probabilidad consumir medicamentos aumente (OR= 1,20; 95%IC: 1,03-1,39).

Ahora bien son las variables relacionadas con el estado de salud del individuo, las que tienen efectos cuantitativamente más importantes sobre la probabilidad de consumir medicamentos. Así, tanto las variables relacionadas con la autovaloración del estado de salud, como el visitar al médico o padecer una enfermedad crónica tienen una influencia importante en la probabilidad de consumir medicamentos. De esta forma declarar el estado de salud como bueno o muy bueno reduce la probabilidad de tomar un medicamento. En este sentido, la probabilidad se reduce más con un estado de salud muy bueno (OR=0,30; 95%IC: 0,27-0,33) que con un estado de salud bueno (OR=0,40; 95% IC: 0,37-0,44). La variable que más incrementa la probabilidad de consumir medicamentos es padecer una enfermedad crónica en los últimos 12 meses (OR=3,84; 95%IC: 3,57-4,12). En la misma línea, el consultar un médico en las últimas cuatro semanas incrementa de forma considerable la probabilidad de consumir medicamentos (OR=3,60; 95IC: 3,34-3,88). En este sentido, el mayor porcentaje de mujeres que padecen una enfermedad crónica, junto a que las mujeres autovaloran peor su salud que los hombres puede explicar parte del mayor consumo de medicamentos que realizan las mujeres en comparación a los hombres.

De los diferentes aspectos que se abordan en el informe, el de la automedicación es de especial interés al corroborar las tendencias apuntadas en otro trabajo realizado con la ENS de 2003. Según nuestras estima-

ciones, el total de la población automedicada es de 5.823.635, lo que supone el 15,66% de la población española, siendo ese porcentaje superior en las mujeres con el 16,71%, frente al 14,37% de los varones. En términos absolutos, esto supone que 3.186.348 mujeres y 2.637.287 hombres están tomando algún tipo de medicamento que no ha sido recetado por un médico. Estos datos suponen una mejoría en comparación al año 2003 en el que el porcentaje de población automedicada se estimaba en el 18,1%.

Tanto la edad como el sexo son factores que incrementan la probabilidad de automedicarse. Si nos fijamos en la edad, la probabilidad de automedicación se incrementa en los grupos de edad que corresponden con el tramo activo de la vida. Así las personas que están en el grupo de edad de entre 16 y 24 años tienen el OR mayor (OR=3,31; 95%IC: 2,74-3,99), lo que implica el valor más alto de todos los OR. Los individuos encuadrados en el grupo de edad posterior, entre los 25 y los 44 años, también presentan un valor elevado del OR (OR=2,51; 95CI: 2,16-2,92), siendo el OR más reducido el del grupo previo a la edad de jubilación, entre los 45 y los 64 años (OR=1,53; 95CI: 1,33-1,76). Por otro lado el hecho de ser mujer también incrementa la probabilidad de automedicación de forma significativa (OR=1,19; 95IC: 1,09-1,30).

La educación disminuye la probabilidad de automedicación. De esta forma, las que tienen estudios secundarios presentan un OR (OR=1,37; 95%IC: 1,24-1,52) ligeramente superior al de los universitarios de segundo y tercer grado (OR=1,33; 95%IC: 1,19-1,49). Por su parte, el ser inactivo, independientemente de la edad o el sexo del sujeto, disminuye la probabilidad de consumir medicamentos sin receta (OR=0,73; 95%IC: 0,66-0,82), aspecto que también ocurre si el individuo lleva de baja 3 o más meses (OR=0,59; 95%IC: 0,41-0,83). Por último, señalar que si los ingresos mensuales del hogar superan los 3.600€ la probabilidad de automedicación se incrementa (OR=1,16; 95%IC: 0,96-1,39).

Al contrario de lo que sucedía en el caso del modelo de consumo de medicamentos, en este caso tanto fumar como beber si influyen en la probabilidad de automedicación. Así, el consumir alcohol aumenta la probabilidad de automedicación (OR=1,36; 95%IC: 1,25-1,48) de forma superior a fumar (OR=1,17; 95%IC: 1,07-1,27). Igualmente incrementan la probabilidad de automedicación la realización de ejercicio en el tiempo libre (OR=1,06; 95%IC: 0,97-1,15) y el dormir menos de 7 horas con un efecto algo mayor (OR: 1,13; 95%IC: 1,05-1,23). Por el contrario, tener un IMC por encima de 30 reduce la probabilidad de automedicarse (OR=88; 95%IC: 0,79-0,99).

El bloque relacionado con el estado de salud del individuo, tiene una importancia relativa menor en comparación al modelo de consumo de medicamentos. Declarar el estado de salud como bueno o muy bueno aumenta la probabilidad de tomar un medicamento sin receta, teniendo más probabilidad las personas que declaran su estado de salud como muy bueno (OR=1,32; 95%IC: 1,16-1,52) frente a las que lo declaran simplemente bueno (OR=1,14; 95%IC: 1,04-1,25). Un aspecto que reduce de forma considerable la probabilidad de automedicación es padecer una enfermedad crónica en los últimos 12 meses (OR=0,59; 95%IC: 0,53-0,66). La variable que más reduce la probabilidad de automedicación es haber consultado al médico en las últimas cuatro semanas (OR=0,41; 95%IC: 0,38-0,45).

Respecto a las variables geográficas, residir en Andalucía, Aragón, Asturias, Canarias, Cantabria, Extremadura, Galicia, Murcia, País Vasco y La Rioja disminuye la probabilidad de automedicación, siendo esa reducción mayor en el caso de Cantabria (OR=0,47; 95%IC: 0,38-0,57). Por último, señalar que vivir en municipios de más de 10.000 habitantes implica que la probabilidad de automedicación es mayor.

En resumen, el modelo de automedicación muestra como el coste de oportunidad del tiempo, así como los aspectos relacionados con el nivel cultural y social

tienen importancia. Igualmente, los aspectos relacionados con el coste de los medicamentos para los individuos también parecen influir de forma significativa en la probabilidad de automedicación. En general, los activos y las personas con niveles educativos y de ingresos altos tienen una mayor probabilidad de automedicarse, al igual que las personas que viven en municipios poblados. Por su parte, los inactivos, jubilados y personas que están de baja tienen menor probabilidad de automedicación. En cuanto a las variables de salud, el ir al médico reduce de forma considerable la probabilidad de automedicación, ya que el individuo normalmente tendrá las recetas de todos los medicamentos que consume, mientras que padecer una enfermedad crónica reduce significativamente la automedicación. Declarar un estado de salud bueno o muy bueno incrementa considerablemente la probabilidad de automedicación, ya que las personas que se sienten sanas van menos al médico y ante un eventual problema de salud leve o moderado pueden optar por automedicarse.

Otro aspecto interesante del trabajo es la identificación de variables que afecten al incumplimiento terapéutico. Si definimos incumplimiento terapéutico, a partir de los datos de la ENS 2006, como las personas que tienen una receta para un determinado medicamento que no están consumiendo, apreciamos que de los 21.357.957 individuos que tienen al menos una receta y no consumen son 1.400.067.

En este caso el número de variables significativas se reduce de forma considerable, motivo por el que este es el modelo más débil de los tres que hemos presentado. Hay que tener en cuenta igualmente que, en este modelo sólo están incluidos los individuos que consumen medicamentos, ya que los que no consumen ningún tipo de medicamentos no pueden incumplir el tratamiento.

De las variables recogidas son el estado de salud, el padecer enfermedades crónicas y la edad, las que podemos interpretar de forma más clara. Así, en las personas que declaran un estado de salud muy bueno la pro-

babilidad de incumplimiento terapéutico se reduce de forma considerable ($OR=0,41$; 95%IC: 0,28-0,59), mientras que la probabilidad de incumplimiento terapéutico es mayor en los individuos que padecen una enfermedad crónica ($OR=1,45$; 95%IC: 1,10-1,91). La edad reduce la probabilidad de incumplimiento terapéutico, de tal manera que las personas que tienen entre 65 y 74 años tienen un OR ligeramente superior ($OR=0,77$; 95%IC: 0,62-0,95) a las que tienen 75 y más años ($OR=0,65$; 95%IC: 0,52-0,81).

Respecto a las variables socioeconómicas sólo estar parado y tener unos ingresos entre 1.801€ y 3.600€ resultaron significativas. Estar parado incrementa la probabilidad de incumplimiento terapéutico ($OR=1,36$; 95%IC: 1,03-1,79), mientras que tener ingresos entre 1.801 y 3.600€ la reduce ($OR=0,75$; 95%IC: 0,61-0,93). En cuanto a los estilos de vida, los individuos que realizan ejercicio en su tiempo libre tienen una mayor probabilidad de incumplimiento terapéutico, mientras que las personas que consumen alcohol resultan tener una probabilidad menor de incumplimiento terapéutico (sorprendente resultado). Por último, las personas que residen en Andalucía, Aragón, Cantabria o Galicia tienen una menor probabilidad de tener una receta de un medicamento y no consumirlo.

En cuanto al gasto en productos farmacéuticos de los hogares españoles los resultados indican que es muy modesto. Así este gastó alcanzó en 2006 los 163,30 euros y en 2007 los 180,02 euros/mes. Estas cantidades suponen únicamente el 0,53% del gasto total de los hogares en 2006 y el 0,58% en 2007. Los resultados muestran que los hogares que se encuentran en municipios de 100.000 habitantes o más y en las zonas con una densidad de población alta, son los que más gastan en medicamentos y otros productos farmacéuticos. Respecto a la composición del hogar, son los hogares unipersonales los que tienen un gasto medio por hogar superior.

Igualmente, se han observado diferencias importantes entre CC.AA. La comunidad que presenta un mayor gasto medio por hogar dentro del subgrupo de medi-

camentos es Baleares con 495,63€ seguida de Ceuta y Melilla con 488,32 y Madrid con 474,72€. En el otro extremo se sitúan Castilla y León con 284,24€ y La Rioja con 297,46€. Estos datos suponen una diferencia de 211,39€ entre Baleares y Castilla y León. Si observamos ahora el gasto medio por persona comprobamos cómo las dos comunidades que estaban en ambos extremos se mantienen, ya que el mayor gasto medio por persona se registra en Baleares con 186,94€ y el menor en Castilla y León con 110,17€. Por detrás de Baleares se sitúan la Comunidad Valenciana con 175,51€ y la Comunidad de Madrid con 170,55€, mientras que ligeramente por encima de Castilla y León encontramos a La Rioja con 113,38€ y a Extremadura con 114,6€.

Los hogares cuyo sustentador principal es un hombre tienen un gasto medio por hogar superior a aquellos que son sustentados por una mujer, ya que en el primer caso el gasto se sitúa en 412,64€ y en el segundo en 379,22€. Tanto para hombres como para mujeres el grupo de edad que presenta un gasto medio por hogar en el subgrupo de medicamentos más alto es el comprendido entre los 45 y los 64 años con un gasto de 499,84€ en los varones y de 523,2€ para las mujeres. Por el contrario, son en los hogares con sustentadores principales jóvenes, con edades entre los 16 y los 29 años, los que menor gasto realizan en medicamentos, con 229,39€ para los hombres y de 247,86€ para las mujeres.

La educación del sustentador principal influye de forma gradual y creciente en el gasto medio por hogar en el subgrupo de medicamentos. Así, se pasa de un gasto de 342,23€ de los hogares cuyo sustentador principal no tiene estudios o sólo terminó los estudios primarios, a los 520,16€ de los hogares sustentados por personas con estudios universitarios de segundo y tercer ciclo. La relación con la actividad también muestra claramente un patrón en lo referente al gasto medio por hogar y persona en medicamentos. De esta forma, los hogares cuyo sustentador principal está en paro son los que presentan menor gasto medio,

288,42€, seguidos de aquellos cuyo sustentador es un inactivo 290,73€. Por el contrario, cuando el sustentador está ocupado el gasto medio alcanza los 417,44€, siendo el caso de los hogares con un sustentador empresario los que más gasto medio en medicamentos realizan 490,41€. Ahora bien, hay que señalar que en términos de gasto medio no existen diferencias muy importantes entre los gastos realizados por hogares sustentados por ocupados o jubilados, ya que en el caso de estos últimos el gasto medio se sitúa en 410,4€. Sin embargo, en términos de gasto por persona o por unidad de consumo de la OCDE, son precisamente los hogares sustentados por jubilados los que mayores gastos medios tienen, 182,23€ frente a los 136,43€ de los hogares de los ocupados.

Por último, señalar que en cuanto a la fuente de ingresos del hogar, el gasto medio en medicamentos es superior en aquellos hogares donde no se detalla la fuente principal de ingresos. Si no tenemos en cuenta esta categoría, son los hogares cuya fuente principal de ingresos son las rentas de la propiedad y el capital los que presentan unos gastos medios en medicamentos superiores, tanto en términos de gasto medio por hogar como en gasto medio por persona.

Para finalizar el trabajo se realizó un estudio de los factores que determinan el grado de adhesión de los prescriptores de Castilla-La Mancha a la guía farmacoterapéutica del SESCAM. En este estudio nos centramos en uno de los componentes que determinan el complemento de farmacia del médico de atención primaria del SESCAM.

El punto de partida ha sido comprobar la adecuación de los objetivos a los resultados obtenidos en la implantación del incentivo. Así el 32,9% de los médicos de familia han prescrito por encima del 75% de los medicamentos incluidos en la guía farmacoterapéutica del SESCAM, lejos del 60% del objetivo inicial, mientras que el 72% de los pediatras han prescrito por encima de ese 75%, porcentaje prácticamente coincidente con el objetivo del 75% de pediatras. Con este resultado, el objetivo principal era comprobar que

variables pueden explicar un mayor grado de adhesión a la guía e identificar factores explicativos para estos patrones de comportamiento.

A la hora de realizar las estimaciones consideramos oportuno separar pediatras y médicos de familia. Las diferencias existentes entre la oferta disponible de fármacos entre unos y otros (el vademécum no es el mismo), las distintas necesidades asistenciales de cada tipo de población y las diferencias en la presión asistencial hicieron conveniente estimar dos modelos por separado. Los resultados demostraron que el modelo de los médicos de familia se ajusta claramente peor que el modelo de los pediatras. El R^2 en el caso de los médicos de familia es de 16,8%, mientras que en el modelo de los pediatras es de 72,9%. Esto supone que a pesar de tener una muestra más amplia de médicos de familia en comparación a la de pediatras, las variables explicativas ajustan y predicen mejor el comportamiento de estos últimos. ¿Por qué?

Otra diferencia importante entre ambos modelos fueron los resultados relativos a la significación de las variables. Así, en el modelo de médicos de familia las dos variables que resultaron significativas para explicar el grado de adhesión del profesional a la guía farmacoterapéutica del SESCAM fueron el hecho de ser titular de la plaza, que influye de forma positiva y el número de pacientes/día que tiene una influencia negativa y muy significativa.

En el caso de los pediatras, el modelo se ajusta mucho más, motivo por el que existen muchas más variables significativas. Así el sexo, la edad, los años de experiencia totales, el tener formación MIR, el haber recibido formación continua en el último año, el número de pacientes por día, el número de tarjetas sanitarias asignadas y el trabajar en un centro rural resultaron ser variables significativas para explicar el grado de adhesión de los pediatras a la guía farmacoterapéutica del SESCAM.

En términos cuantitativos las variables con mayor influencia positiva al grado de adhesión fueron los

años de experiencia, el número de tarjetas sanitarias, el poseer formación MIR y del sexo. Así por cada año de experiencia, el grado de adhesión se incrementa un 1 punto, mientras que el hecho de ser mujer conlleva un aumento de 7 puntos en el grado de adhesión. En cuanto a la formación, el tener el MIR incrementa en 8 puntos el grado de adhesión a la guía y el haber recibido formación continua en el año 2007 lo hace en 5 puntos.

En el otro extremo se sitúan las variables que disminuyen el grado de adhesión a la guía: la edad, el número de pacientes día y el trabajar en un centro rural. Así por cada año de edad el grado de adhesión se reduce 0,49 puntos, mientras que por cada nuevo paciente atendido al día el grado de adhesión del pediatra se reduce en 0,45 puntos, y que trabajar en un centro rural reduce en 11,47 puntos el grado de adhesión.

Como conclusión podemos afirmar que si bien el modelo no se ajusta de forma adecuada a los médicos de familia, los resultados de los pediatras son altamente robustos y muestran hallazgos muy significativos. En primer lugar, los profesionales jóvenes y mujeres tienen un mayor grado de adhesión. La formación también influye de forma significativa en el grado de adhesión del pediatra a los objetivos de la guía. Así el tener el MIR o el realizar cursos de formación continua implica un mayor grado de adhesión a la guía. El centro de trabajo y las condiciones del mismo también afectan de forma significativa al grado de adhesión. De hecho, son las únicas variables significativas en el caso de los médicos de familia. Así cuantos más pacientes/día tiene un profesional, ya sea médico de familia o pediatra, menor será la adhesión a la guía farmacoterapéutica. La titularidad de la plaza sólo afecta significativamente a los médicos de familia, mientras que trabajar en un centro rural sólo reduce la adhesión a la guía de forma significativa en el caso de los pediatras.

Hay que indicar que este mejor comportamiento del modelo en el caso de los pediatras puede explicarse

como consecuencia de las diferencias existentes en el número de medicamentos incluidos en guía. En este sentido, hay que señalar que el número de fármacos que el pediatra suele utilizar y que se recoge en guía es muy limitado en cuanto número comparado con el que maneja el médico general. De los más de 500 medicamentos que recoge la guía, sólo algo más del 20%, son de uso pediátrico. Por otra parte, también el precio suele ser más reducido y, generalmente, la prescripción de pediatría esta mucho menos influida por la inducción hospitalaria, hecho que sí se da en la medicina general.

Creemos que a partir de este trabajo se abren nuevas líneas de investigación, como es la aplicación de los resultados obtenidos de uno de los componentes del incentivo de farmacia del SESCAM, a los otros tres componentes de la fórmula. Igualmente se debe analizar la influencia que tiene para la prescripción de atención primaria, la prescripción inducida por la atención especializada. En este sentido, el hospital de referencia puede tener un efecto importante en las pautas de prescripción que se siguen en atención primaria. También en otro futuro trabajo se pueden incorporar las características de los centros de salud y de los municipios para realizar un modelo multinivel que explique las diferencias existentes entre las pautas de prescripción de los diferentes médicos.

Estos dos últimos aspectos pueden resultar de interés, ya que en muchos casos la prescripción en atención primaria viene pautada por la que ha realizado el especialista, motivo por el que el perfil que tenga el hospital de referencia en cuanto a sus pautas de prescripción va a determinar en gran medida la prescripción del profesional de atención primaria, sin que ésta obedezca a una primera elección por su parte. Por otro lado, las características socioeconómicas de los pacientes pueden influir en la morbilidad presentada y en el grado de adherencia a los tratamientos por parte de los pacientes, aspectos que pueden condicionar la prescripción del médico de atención primaria.

En resumen, podríamos concluir afirmando que los medicamentos constituyen la tecnología sanitaria más empleada para restaurar y mantener la salud y calidad de vida. Su consumo viene determinado básicamente por la morbilidad, aunque existen otros tipos de variables que demuestran tener una influencia significativa.

En este sentido, parece que las mujeres y las personas mayores presentan una mayor medicalización, no atribuible a diferencias de morbilidad. Por ello, sería conveniente que se desarrollasen políticas de uso racional de medicamento focalizadas en este tipo de pacientes. Igualmente, aspectos relacionados con la accesibilidad al prescriptor y la situación respecto a la actividad también parecen influir en el consumo de medicamentos.

Los datos del informe también señalan que en cuanto a automedicación el porcentaje de población automedicada se ha reducido en el 2006 en tres puntos porcentuales al pasar del 18% al 15%. Parece pues que las campañas de sensibilización y las políticas de uso racional de medicamento han tenido un efecto positivo. Ahora bien, sigue existiendo margen de mejora, porque todavía más de 5.000.000 de españoles se automedican. El coste de oportunidad del tiempo y la sensibilidad al precio parecen ser factores claves para explicar el tipo de población que se automedica. En este sentido, una mejora en la gestión administrativa de la prescripción, aspecto que se producirá con la generalización de la receta electrónica, puede reducir los costes de oportunidad y tener un efecto positivo sobre la automedicación al reducir su número.

En lo relativo al gasto en medicamentos por parte de los hogares, los datos muestran que su importe es bajo, debido básicamente al reducido copago que existe en España en comparación a los países de la zona Euro. En general, los datos muestran que el gasto está correlacionado más con variables socioeconómicas como son la renta y la ocupación que con aspectos derivados de la composición de edad o género del hogar.

Para finalizar, destacar que en el modelo de grado de adhesión a la guía, los resultados muestran que las variables fundamentales para explicar las diferencias entre médicos están relacionadas básicamente con las condiciones del puesto de trabajo, más que con las características del médico. Por ello, una mejora en la presión asistencial y en el tiempo que los médicos emplean en ver a sus pacientes, junto con una mayor estabilidad en el puesto de trabajo pueden traducirse en una mayor adhesión a la guía farmacoterapéu-

tica. Este resultado indica que la calidad de la asistencia sanitaria en lo relacionado a las consultas de atención primaria y pediatría está íntimamente relacionada. Más tiempo por paciente en la consulta se correlaciona con una prescripción más eficiente y de mayor calidad, motivo por el que las líneas de mejora dependen tanto del comportamiento de los profesionales como de las actuaciones del propio SES-CAM dirigidas a reducir la presión asistencial de sus profesionales.

5.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Sanidad y Consumo: **Sistema nacional de salud. España.** Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.
2. Puig-Junoy J: **Gasto farmacéutico en España. Efectos de la participación del usuario en el coste.** *Investigación económica* 1988, **12**:45-68.
3. Lobo F: **Medicamentos: política y economía.** Barcelona: Masson; 1992.
4. Badía X, Rovira J: **Evaluación económica de medicamentos. Un instrumento para la toma de decisiones en la práctica clínica y la política sanitaria.** Madrid: Luzan 5; 1994.
5. López Bastida J, Mossialos E: **Políticas de contención de gastos farmacéuticos en los Estados Miembros de la Unión Europea.** In: *Política y gestión sanitaria: la agenda explícita.* Edited by Meneu R, Ortún Rubio V. Barcelona: SG editores y Asociación de Economía de la Salud; 1996: 321-346.
6. Lobo F, Velásquez G: **Los medicamentos ante las nuevas realidades económicas.** Madrid: Civitas; 1997.
7. Pinto JL, López-Casasnovas G, Ortún V: **Economic evaluation. From theory to practice.** Barcelona: Springer-Verlag; 2001.
8. López Casasnovas G, Jönsson B: **Reference pricing and pharmaceutical policy: Perspectives on Economic and Innovation.** Barcelona: Springer-Verlag; 2001.
9. Puig-Junoy J: **Análisis económico de la financiación pública de medicamentos.** Barcelona: Masson; 2002.
10. Meneu R, Peiro S: **Elementos para la gestión de la prescripción y la prestación farmacéutica.** Barcelona: Masson; 2004.
11. Del Llano J, Pinto JL, Abellán JM: **Eficiencia y Medicamentos: Revisión de las Guías de Evaluación Económica. La Cuarta Garantía.** Barcelona: Forum Sanofi Aventis; 2008.
12. Lobo F, Cabañas Saez M, González Pérez R: **Revisión de los estudios sobre economía de la industria farmacéutica y los medicamentos publicados en los últimos veinte años por economistas españoles.** In: *Análisis económico de la financiación pública de medicamentos.* Edited by Puig-Junoy J. Barcelona: Masson; 2002.
13. García-Altés A: **Twenty years of health care economic analysis in Spain: are we doing well?** *Health Econ* 2001, **10**(8):715-729.
14. Oliva J, Del Llano J, Sacristán JA: **[Analysis of economic evaluations of health technologies perfor-**

med in Spain between 1990 and 2000.]. *Gac Sanit* 2002, **16 Suppl 2**:2-11.

15. Carrasco-Garrido P, Jimenez-Garcia R, Hernandez Barrera V, Lopez de Andres A, Gil de Miguel A: **Patterns of medication use in the immigrant population resident in Spain: associated factors.** *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2009.
16. Ribera B, Casal B, Cantarero D, Pascual M: **[Adapting health services to the specific needs and utilization patterns of the new Spaniards. 2008 SES-PAS Report].** *Gaceta Sanitaria / S E S P A S* 2008, **22 Suppl 1**:86-95.
17. Carrasco-Garrido P, De Miguel AG, Barrera VH, Jimenez-Garcia R: **Health profiles, lifestyles and use of health resources by the immigrant population resident in Spain.** *European Journal Of Public Health* 2007, **17(5)**:503-507.
18. Carrasco-Garrido P, Jimenez-Garcia R, Barrera VH, Gil de Miguel A: **Predictive factors of self-medicated drug use among the Spanish adult population.** *Pharmacoepidemiology And Drug Safety* 2008, **17(2)**:193-199.
19. Carrasco P, Astasio P, Ortega P, Jimenez R, Gil A: **[Factors related to psychotropic drugs consumption among the Spanish adult population. Data from the Spanish National Health Surveys for 1993, 1995 and 1997].** *Med Clin (Barc)* 2001, **116(9)**:324-329.
20. del Rio MC, Prada C, Alvarez FJ: **[Consumption of drugs for the digestive system and for the metabolism by the Spanish population: study from the Health National Survey in 1987 and 1993].** *Gastroenterol Hepatol* 1996, **19(7)**:347-350.
21. Del Rio MC, Prada C, Alvarez FJ: **The use of medication and alcohol among the Spanish population.** *Br J Clin Pharmacol* 1996, **41(3)**:253-255.
22. Jimenez R, Larrauri A, Carrasco P, Esteban J, Gomez-Lopez LI, Gil A: **Influenza coverages in Spain and vaccination-related factors in the subgroup aged 50-64 years.** *Vaccine* 2003, **21(25-26)**:3550-3555.
23. Lopez-de-Andres A, Carrasco-Garrido P, Hernandez-Barrera V, de Miguel AG, Jimenez-Garcia R: **Coverages and factors associated with influenza vaccination among subjects with chronic respiratory diseases in Spain.** *European Journal Of Public Health* 2008, **18(2)**:173-177.
24. Jimenez-Garcia R, Jimenez I, Garrido PC, Hernandez-Barrera V, de Andres AL, del Barrio JL, de Miguel AG: **Coverage and predictors of influenza vaccination among adults with diabetes in Spain.** *Diabetes Research And Clinical Practice* 2008, **79(3)**:510-517.
25. Jimenez-Garcia R, Hernandez-Barrera V, Carrasco-Garrido P, Lopez de Andres A, Perez N, de Miguel AG: **Influenza vaccination coverages among children, adults, health care workers and immigrants in Spain: related factors and trends, 2003-2006.** *J Infect* 2008, **57(6)**:472-480.
26. Vazquez-Fernandez del Pozo S, Hernandez-Barrera V, Carrasco-Garrido P, Alvarez-Martin E, Lopez-de Andres A, Gil de Miguel A, Jimenez-Garcia R: **Influenza vaccination coverage and related factors among Spanish children.** *J Infect* 2007, **54(5)**:483-489.
27. Jimenez-Garcia R, Hernandez-Barrera V, Carrasco-Garrido P, Sierra-Moros MJ, Martinez-Hernandez D, de Miguel AG: **Influenza vaccination coverages among Spanish children, adults and health care workers.** *Infection* 2006, **34(3)**:135-141.
28. Mayo Montero E, Hernandez Barrera V, Sierra Moros MJ, Pachon del Amo I, Carrasco Garrido P, Gil de Miguel A, Jimenez Garcia R: **[Evolution of the degrees of influenza vaccine (flu shot) coverage in Spain throughout the 1993-2001 period. Analysis by Autonomous Communities].** *Revista Espanola De Salud Publica* 2004, **78(4)**:481-492.
29. Sarria-Santamera A, Timoner J: **Influenza vaccination in old adults in Spain.** *European Journal Of Public Health* 2003, **13(2)**:133-137.
30. Sarria A, Timoner J: **[Determination of influenza vaccination in persons 65 years of age and older].** *Revista Espanola De Salud Publica* 2002, **76(1)**:17-26.
31. Lopez Nicolas A: **How important are tobacco prices in the propensity to start and quit smoking? An analysis of smoking histories from the Spanish**

- National Health Survey.** *Health Econ* 2002, **11**(6):521-535.
32. Tamarit Conejeros JM, Carrasco Llatas M, Estelles Ferriol E, Fernandez Martinez S, Baviera Granell N, Dalmau Galofre J: **[Supraglottic and glottic carcinomas. Study of the incidence in the last 31 years].** *Acta Otorrinolaringol Esp* 2007, **58**(10):449-453.
 33. Fernandez Garcia D, Martin Sanchez V, Vazquez Casares AM, Liebana Presa C, Fernandez Martinez ME, De Luis Gonzalez JM: **Tobacco use amongst nursing and physiotherapy students: a cross sectional questionnaire survey.** *Int J Nurs Stud* 2007, **44**(5):780-785.
 34. Antonanzas F, Portillo F: **[Economic evaluation of pharmacotherapies for smoking cessation].** *Gaceta Sanitaria / S E S P A S* 2003, **17**(5):393-403.
 35. Guallar-Castillon P, Rodriguez Artalejo F, Diez Ganan L, Ramon Banegas Banegas J, Lafuente Urdinguio P, del Rey Calero J: **[Smoking and subjective health in Spain].** *Medicina Clínica* 2001, **116**(12):451-453.
 36. Rodriguez Artalejo F, de Andres Manzano B, Guallar-Castillon P, Puente Mendizabal MT, Gonzalez Enriquez J, del Rey Calero J: **The association of tobacco and alcohol consumption with the use of health care services in Spain.** *Prev Med* 2000, **31**(5):554-561.
 37. Morales Suarez-Varela MM, Llopis Gonzalez A, Moreno Guillem E, Martinez Selva MI, Vitoria Minana I, Gisbert V: **[Toxic habits in relation to cancer of the larynx].** *Acta Otorrinolaringol Esp* 1997, **48**(1):45-50.
 38. Garcia A, Hernandez I, Alvarez-Dardet C: **[Quitting the tobacco habit in Spain].** *Medicina Clínica* 1991, **97**(5):161-165.
 39. Ruiz Cantero MT, Papi Galvez N, Carbrera Ruiz V, Ruiz Martinez A, Alvarez-Dardet Diaz C: **[Gender systems and/in the Spanish National Health Interview Survey].** *Gac Sanit* 2006, **20**(6):427-434.
 40. Regidor E, Martinez D, Astasio P, Ortega P, Calle ME, Dominguez V: **[Association of income with use of and access to health services in Spain at the beginning of the XXI century].** *Gaceta Sanitaria / S E S P A S* 2006, **20**(5):352-359.
 41. Rodriguez M, Stoyanova A: **The effect of private insurance access on the choice of GP/specialist and public/private provider in Spain.** *Health Economics* 2004, **13**(7):689-703.
 42. Costa-i-Font J: **Inequalities in self-reported health within Spanish Regional Health Services: devolution re-examined?** *Int J Health Plann Manage* 2005, **20**(1):41-52.
 43. Artazcoz L, Moya C, Vanaclocha H, Pont P: **[Adult health].** *Gaceta Sanitaria / S E S P A S* 2004, **18** Suppl 1:56-68.
 44. Alvarez-Dardet C, Montahud C, Ruiz MT: **The widening social class gap of preventive health behaviours in Spain.** *European Journal Of Public Health* 2001, **11**(2):225-226.
 45. Regidor E, de Mateo S, Gutierrez-Fisac JL, Fernandez de la Hoz K, Rodriguez C: **[Socioeconomic differences in the use and accessibility of health care services in Spain].** *Medicina Clínica* 1996, **107**(8):285-288.
 46. Fernandez de la Hoz K, Leon DA: **Self-perceived health status and inequalities in use of health services in Spain.** *International Journal Of Epidemiology* 1996, **25**(3):593-603.
 47. Espinas JA, Riba MD, Borrás JM, Sanchez V: **[Health status, use of health services and reported morbidity: application of correspondence analysis].** *Rev Esp Salud Publica* 1995, **69**(2):195-206.
 48. Garcia-Altes A, Pinilla J, Peiro S: **[An approach to «quality-adjusted life years» quality of life weights from self-assessed health status].** *Gaceta Sanitaria / S E S P A S* 2006, **20**(6):457-464.
 49. Gonzalo E, Pasarin MI: **[Health among the elderly].** *Gaceta Sanitaria / S E S P A S* 2004, **18** Suppl 1:69-80.
 50. Fernandez-Mayoralas G, Rodriguez V, Rojo F: **Health services accessibility among Spanish elderly.** *Soc Sci Med* 2000, **50**(1):17-26.
 51. Prada C, Prada R, del Rio MC, Alvarez FJ: **[Traffic accidents in the Spanish population].** *Medicina Clínica* 1995, **105**(16):601-604.

52. Gutierrez-Fisac JL, Regidor E, Ronda E: **Occupational accidents and alcohol consumption in Spain.** *International Journal Of Epidemiology* 1992, **21**(6):1114-1120.
53. Vioque J, Vicente MC: [The prevalence of obesity in Orihuela, Alicante, Spain. A comparison with the data from the National Health Care Survey in Spain]. *Med Clin (Barc)* 1994, **103**(16):636-637.
54. Valderrama E, Rodríguez F, Palacios A: **Consumo de medicamentos en los ancianos: resultados de un estudio poblacional.** *Rev Esp Salud Pública* 1998, **72**:202-209.
55. Sans S, Paluzie G, Puig T, Balana L, Balaguer-Vintro II: [Prevalence of drug utilization in the adult population of Catalonia, Spain]. *Gac Sanit* 2002, **16**(2):121-130.
56. Morales-Olivas FJ: **Investigación en envejecimiento. Aspectos relacionados con el uso de medicamentos.** *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2001, **36**(S3):31-32.
57. Redondo-Sendino A, Guallar-Castillon P, Banegas JR, Rodriguez-Artalejo F: **Gender differences in the utilization of health-care services among the older adult population of Spain.** *BMC Public Health* 2006, **6**:155.
58. Fernandez-Liz E, Modamio P, Catalan A, Lastra CF, Rodriguez T, Marino EL: **Identifying how age and gender influence prescription drug use in a primary health care environment in Catalonia, Spain.** *Br J Clin Pharmacol* 2008, **65**(3):407-417.
59. Sanfelix J, Palop V, Pereiro I, Rubio E, Gosalbes V, Martinez-Mir I: **Gender influence in the quantity of drugs used in primary care.** *Gac Sanit* 2008, **22**(1):11-19.
60. **Simulador de gasto sanitario de las CC.AA** [<http://www.gastosanitario.info>]
61. Conferencia de Presidentes para el análisis del gasto sanitario presidido por la IGAE: **Informe para el análisis del gasto sanitario.** Madrid: Instituto de Estudios Fiscales; 2007.
62. Conferencia de Presidentes para el análisis del gasto sanitario presidido por la IGAE: **Informe para el análisis del gasto sanitario.** In. Madrid: Instituto de Estudios Fiscales; 2006: n.
63. del Llano J: **Sanidades autonómicas: ¿solución o problema?** Madrid: Circulo de Sanidad; 2009.
64. Pellise L: **Reimbursing insurance carriers: the case of 'MUFACE' in the Spanish health care system.** *Health Econ* 1994, **3**(4):243-253.
65. Benitez J, Puerto AM, Diaz JA: **Differences in anti-diabetic drug utilisation between three different health systems in the same national region.** *Eur J Clin Pharmacol* 1992, **42**(2):151-154.
66. Carrasco-Garrido P, Jimenez-Garcia R, Barrera VH, Gil de Miguel A: **Predictive factors of self-medicated drug use among the Spanish adult population.** *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2008, **17**(2):193-199.
67. Hidalgo A, Pérez Camarero S, del Llano J: **Decisiones individuales y consumos de medicamentos a partir de los datos de la ENS 2006.** In: *Working papers 1-09*. Toledo: Seminario de Investigación en economía y salud de la UCLM (Mimeo); 2009.
68. Danti G, Castellani L: **La prescripción inducida en medicina general. Investigación orientada hacia la reflexión sobre los estudios de utilización de fármacos.** *Farm Clin* 1991, **8**:236-252.
69. Perez Fuentes M, Moratalla G, Lubian M: **Estudio de la prescripción inducida en un centro de salud.** *Aten Primaria* 1994, **14**:769-774.
70. Fidalgo Garcia F, Pujol Bengoechea P, Capataz Gallego M, Lopez Rodriguez C, Gonzalez Martinez Y, Lopez Bilbao C: **Análisis por la prescripción inducida por atención especializada en el médico de atención primaria.** *Medifam* 1997, **7**:94-102.
71. Franzi Siso A, Placencia Zarzoso M, Rodriguez Latre L: **Estudios de la prescripción inducida en las áreas básicas de salud en la dirección de atención primaria de Sabedell.** *Aten Primaria* 1997, **20**:408-414.
72. Garcia Vicente A, Cardon Granados F: **Prescripción inducida; ¿Excusa o realidad?** *Aten Primaria* 1998, **22**:619-621.

73. Barceló Colomer R, Grau Bartomeau J, Serre Delcor N, Salgado Pineda M, Martí Dillet M, Hidalgo Ortiz M: **Prescripción inducida, grado de conformidad y... ¿posibilidad de cambio en atención primaria?** *Aten Primaria* 2000, **26**:231-238.
74. Ovalle F, Rodríguez García F, Castro A, Rua C, Pequeño A, Vaquez M: **Calidad y coste de la prescripción farmacológica en un centro de atención primaria.** *Rev Calidad Asistencial* 1997, **12**:63-67.
75. Gomez Juanes V, Candas Villar MA, Fidalgo Gonzalez S: **Análisis de consumo de medicamentos utilizando indicadores de calidad en la prescripción.** *Aten Primaria* 2000, **25**:618-624.
76. Gomez Juanes V, Candas Villar MA, Fidalgo Gonzalez S: **Análisis del consumo de medicamentos mediante indicadores de calidad de la prescripción.** *Aten Primaria* 2000, **25**:618-624.
77. Mateo C, Gil A, Sevillano M: **Calidad en la prescripción de fármacos antihipertensivos en un área de salud.** *Aten Primaria* 2000, **25**:44-53.
78. Gomez Castro M, Arcos P, Rubiera G: **Calidad de prescripción farmacéutica en atención primaria desde la perspectiva del médico prescriptor.** *Rev Adm Sanit* 2003, **1**:289-306.
79. Gomez Castro M, Arcos P, Rubiera G, Rigueira Garcia AI: **Comparación de dos modelos de indicadores de calidad de la prescripción farmacéutica en atención primaria.** *Gac Sanit* 2003, **17**:375-383.
80. Torrecilla-Rojas MA, Pedregal-González M, Caraballo-Camacho MO, Rodríguez-Papalardo V, Fernández-Fernández I: **Definición y validación de indicadores de calidad de la prescripción en atención primaria.** *Atención Primaria* 2006, **37**(5):273-277.
81. Rodríguez D, Vallano A, Diogene E, Arnau J-M: **Estándares de calidad de la prescripción farmacológica en hospitales y en atención primaria.** *Medicina Clínica* 2007, **129**(2):77-78.
82. González López-Valcarcel B, Cabeña Mora A, López Cabañas A, Díaz Berenguer J, Álama Santana F, Ortún V: **Evolución de los estudios de utilización de medicamentos: del consumo a la calidad de la prescripción.** *Cuadernos Económicos del ICE* 2004.
83. Meneu R, Gil Cervera J: **Panorámica de la prescripción inadecuada en España. Una aproximación desde la literatura.** In: *Elementos para la gestión de la prescripción y prestación farmacéutica.* Edited by Meneu R, Peiro S. Barcelona: Masson; 2004: 35-49.
84. Soto J: **Evaluación de la calidad de la prescripción farmacéutica: ¿no nos estamos olvidando de medir los resultados en salud obtenidos en los pacientes?** *Atención Primaria* 2006, **37**(6):347-349.
85. Lahoz C, Vicente I, Criado A, Laguna F, Torrecilla E, María Mostaza J: **Prescripción inadecuada de estatinas y factores clínicos asociados.** *Medicina Clínica* 2007, **129**(3):86-90.
86. Meneu R, Peiro S: **Variabilidad en la prescripción y consumo de los medicamentos. Utilidad de su análisis para la definición de políticas.** In: *Elementos para la gestión de la prescripción y prestación farmacéutica.* Edited by Meneu R, Peiro S. Barcelona: Masson; 2004: 21-34.
87. Turabián-Fernández JL, Pérez-Franco B: **La variabilidad es un indicador de buena gestión clínica en medicina de familia.** *Atención Primaria* 2006, **37**(3):160-163.
88. Gervas J, Ortun V: **[Proposal of incentives for a fee-for-service medical practice].** *Gac Sanit* 1996, **10**(52):34-39; discussion 40-33.
89. Ortun V, Gervas J: **[Professional associations in general medicine].** *Aten Primaria* 1996, **17**(4):300-302.
90. Ortun V, Gervas J: **[Basis and efficiency of primary medical care].** *Med Clin (Barc)* 1996, **106**(3):97-102.
91. Aussió J: **Prescripción farmacéutica y médicos de familia.** *Aten Primaria* 1998, **22**:545-546.
92. Curnillera R: **La incentivación económica de los profesionales en atención primaria.** *Cuadernos de Gestión* 1998, **4**:157-165.
93. Jolín Garizo M, Martín Bun M, Prados Torres S: **Factores que influyen en la prescripción farmacológica**

ca del médico de atención primaria. *Aten Primaria* 1998, **22**:391-398.

94. Martero Baro M, Moreno Brea M, Ignacio Garcia J, Lorenzo J, Gil M, Galiana Martinez J: **Los hábitos de prescripción en un distrito de atención primaria de salud. Aproximación a un estudio de indicación-prescripción.** *Aten Primaria* 1998, **21**:353-362.
95. Ibern P: **Incentivos y contratos en los servicios de salud.** Barcelona: Springer-Verlag; 1999.
96. Macho I: **Incentivos en los servicios sanitarios.** In: *Incentivos y contratos en los servicios de salud.* Edited by Ibern P. Barcelona: Springer-Verlag; 1999: 19-46.
97. Billalvi J, Manzanera R: **Comparar centros y proveedores de atención primaria.** *Cuadernos de Gestión* 2000, **6**:128-138.
98. Peiro S: **Evaluación de equipos de atención primaria: marco conceptual y papel de los perfiles de los proveedores.** *Medifam* 2003, **13**:4-10.
99. Cebri J, Sobrequés J, Rodríguez C, Segura J, e-libro Corp: **Influencia del desgaste profesional en el gasto farmacéutico de los médicos de atención primaria**[In: *E-Libro*. Barcelona: Gaceta Sanitaria, Ediciones Doyma; 2003: 483-489 p.
100. Mengibar F: **Gasto farmacéutico en atención primaria reformada: implicación de las actividades formativas en el ahorro en farmacia.** *Gaceta sanitaria* 2000, **14**:277-286.
101. Rigueira Garcia AI, Gomez Juanes V: **[Set of indicators for the assessment of the degree to which drug therapy guide is followed in primary care].** *Rev Esp Salud Publica* 2000, **74**(1):65-80.
102. Cabiedes Miragaya L, Ortún Rubio V: **Incentivos a prescriptores.** In: *Análisis económico de la financiación pública de medicamentos.* Edited by Puig-Junoy J. Barcelona: Masson; 2002: 143-157.
103. González López-Varcárcel B: **Nuevos instrumentos de análisis de los determinantes de la prescripción. Métodos con ilustraciones.** In: *Elementos para la gestión de la prescripción y prestación farmacéutica.* Edited by Meneu R, Peiro S. Barcelona: Masson; 2004: 147-172.
104. Gené Badia J: **Basta de «clicar» casillas.** *Atención Primaria* 2007, **39**(4):169-170.
105. Gervas J, Ortun V, Palomo L, Ripoll MA: **[Incentives in primary care from cost containment to public health].** *Rev Esp Salud Publica* 2007, **81**(6):589-596.
106. Tamblyn R: **Physician and Practice Characteristics Associated with the Early Utilization of New Prescriptions Drug.** *Medical care* 2003, **41**:895-908.
107. Stuart B: **Issues in prescriptions drugs coverage, pricing, utilization and spending: What we know and need to know.** Washington: Report prepared for US Department of Health and Human services; 2000.
108. Noyce P: **The cost of prescription medicines to patients.** *Health Policy* 2000, **52**:129-145.
109. Iversen T, Luras H: **Economic motives and professional norms: the case of general medical practice.** *Economic Behavior and Organization* 2000:447-470.
110. Hillman A, Pauly M, Escarce J, Rippley K, Glaynor M, Clouse J, Ross R: **Financial incentives and drugs spending in managed care.** *Health Affairs* 1999, **18**:189-200.
111. Chaix-Couturier C, Durand-Zaleski I, Jolly D, Durieux P: **Effect of financial incentives on medical practice: results from a systematic review of the literature and methodological issues.** *International Journal for Quality in Health Care* 2000, **12**:133-142.

Anexo 1

TABLAS

TABLA 1
DATOS DE FACTURACIÓN DE RECETAS MÉDICAS
DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD DE 2008 Y 2007

	Número de recetas			Gasto farmacéutico			Gasto medio por receta		
	2008	2007	%08/07	2008	2007	%08/07	2008	2007	%08/07
Andalucía	163.231.111	153.227.121	6,53	1.955.952.059	1.830.584.492	6,85	11,98	11,95	0,3
Aragón	27.197.124	26.034.203	4,47	391.319.328	362.159.537	8,05	14,39	13,91	3,43
Asturias	23.785.167	22.735.442	4,62	338.516.086	316.519.164	6,95	14,23	13,92	2,23
Baleares	15.299.360	14.583.386	4,91	211.408.067	197.628.590	6,97	13,82	13,55	1,97
Cantabria	11.196.284	10.620.638	5,42	153.839.717	142.631.594	7,86	13,74	13,43	2,31
Castilla-La Mancha	42.049.940	39.781.981	5,7	583.970.067	537.169.100	8,71	13,89	13,5	2,85
Castilla León	49.406.054	47.045.171	5,02	704.476.289	657.548.329	7,14	14,26	13,98	2,02
Cataluña	143.056.512	135.981.245	5,2	1.841.167.656	1.736.964.921	6	12,87	12,77	0,76
Canarias	38.243.802	35.429.522	7,94	531.575.766	486.421.051	9,28	13,9	13,73	1,24
Extremadura	23.694.465	22.797.102	3,94	329.427.467	310.421.707	6,12	13,9	13,62	2,1
Galicia	60.117.987	57.152.972	5,19	869.440.884	813.587.647	6,87	14,46	14,24	1,59
Madrid	97.473.559	93.399.687	4,36	1.247.071.253	1.185.384.064	5,2	12,79	12,69	0,81
Murcia	28.248.424	26.720.864	5,72	416.091.920	385.366.113	7,97	14,73	14,42	2,13
Navarra	11.341.909	10.800.901	5,01	160.142.388	151.101.588	5,98	14,12	13,99	0,93
C. Valenciana	106.974.310	101.086.114	5,82	1.552.886.844	1.445.850.601	7,4	14,52	14,3	1,49
País Vasco	40.353.655	38.501.460	4,81	563.037.292	531.161.383	6	13,95	13,8	1,14
La Rioja	5.825.493	5.538.380	5,18	84.228.110	77.183.843	9,13	14,46	13,94	3,75
Ceuta	1.103.811	1.051.612	4,96	14.347.844	13.233.376	8,42	13	12,58	3,29
Melilla	934.808	879.903	6,24	11.589.069	10.211.213	13,49	12,4	11,6	6,83
Nacional	889.533.775	843.367.704	5,47	11.960.488.108	11.191.128.315	6,87	13,45	13,27	1,33

Fuente: Ministerio de Sanidad y Política Social.

TABLA 2
LA POBLACIÓN ESPAÑOLA Y LOS MEDICAMENTOS A PARTIR DE LA ENS DE 2006

		Sexo del sujeto de entrevista					
		Varón		Mujer		Total	
Población que está tomando medicamentos (a partir de las preguntas sobre enfermedades)	No	9.092.121	49,52%	6.308.177	33,08%	15.400.299	41,15%
	Sí	9.266.854	50,48%	12.761.657	66,92%	22.028.510	58,85%
Población que está consumiendo medicamentos (a partir de los datos sobre tipo de medicamentos)	No	7.767.742	42,31%	5.001.026	26,22%	12.768.768	34,11%
	Sí	10.591.233	57,69%	14.068.808	73,78%	24.660.041	65,89%
Población que tiene receta de medicamentos	No	9.449.251	51,47%	6.621.601	34,72%	16.070.852	42,94%
	Sí	8.909.724	48,53%	12.448.233	65,28%	21.357.957	57,06%

Fuente: ENS 2006.

TABLA 3
CONSUMO DE MEDICAMENTOS POR TIPO Y SEXO

	Varón	Mujer	Ambos sexos
Medicinas para el dolor	4.332.145	7.826.142	12.158.288
Otros medicamentos	2.739.789	3.774.256	6.514.045
Medicinas para la tensión arterial	2.577.503	3.429.455	6.006.958
Medicinas para el catarro, gripe, garganta, bronquios	2.123.308	1.955.923	4.079.231
Tranquilizantes, relajantes, pastillas para dormir	1.184.456	2.680.523	3.864.978
Medicinas para el estómago y/o alteraciones digestivas	1.437.817	1.881.369	3.319.186
Medicamentos para bajar el colesterol	1.393.697	1.672.109	3.065.805
Reconstituyentes como vitaminas, minerales, tónicos	568.144	1.654.101	2.222.245
Medicinas para el corazón	1.109.693	1.054.081	2.163.774
Antidepresivos, estimulantes	574.131	1.515.972	2.090.103
Medicinas para el reuma	511.222	1.532.288	2.043.510
Medicamentos para la diabetes	899.973	884.074	1.784.047
Productos naturistas	409.578	1.178.040	1.587.617
Antibióticos	719.288	839.200	1.558.488
Medicamentos para la alergia	570.180	838.124	1.408.304
Laxantes	256.367	786.204	1.042.571
Píldoras para no quedar embarazada		1.021.125	1.021.125
Medicinas para bajar la fiebre	398.721	450.445	849.167
Productos homeopáticos	117.100	348.942	466.042
Hormonas para la menopausia		274.288	274.288
Medicamentos para la diarrea	86.854	103.509	190.363
Medicamentos para adelgazar	22.717	104.901	127.619

Fuente: ENS 2006.

TABLA 4
CONSUMO DE MEDICAMENTOS POR TIPO Y SEXO EN PORCENTAJE SOBRE EL TOTAL

	Varones	Mujeres	Ambos sexos
Medicinas para el dolor	23,6	41,04	32,48
Otros medicamentos	14,92	19,79	17,4
Medicinas para la tensión arterial	14,04	17,98	16,05
Medicinas para el catarro, gripe, garganta, bronquios	11,57	10,26	10,9
Tranquilizantes, relajantes, pastillas para dormir	6,45	14,06	10,33
Medicinas para el estómago y/o alteraciones digestivas	7,83	9,87	8,87
Medicamentos para bajar el colesterol	7,59	8,77	8,19
Reconstituyentes como vitaminas, minerales, tónicos	3,09	8,67	5,94
Medicinas para el corazón	6,04	5,53	5,78
Antidepresivos, estimulantes	3,13	7,95	5,58
Medicinas para el reuma	2,78	8,04	5,46
Medicamentos para la diabetes	4,9	4,64	4,77
Productos naturistas	2,23	6,18	4,24
Antibióticos	3,92	4,4	4,16
Medicamentos para la alergia	3,11	4,4	3,76
Laxantes	1,4	4,12	2,79
Píldoras para no quedar embarazada		5,35	2,73
Medicinas para bajar la fiebre	2,17	2,36	2,27
Productos homeopáticos	0,64	1,83	1,25
Hormonas para la menopausia		1,44	0,73
Medicamentos para la diarrea	0,47	0,54	0,51
Medicamentos para adelgazar	0,12	0,55	0,34

Fuente: ENS 2006.

TABLA 5
EDAD MEDIA DE LAS PERSONAS QUE CONSUMEN MEDICAMENTOS POR TIPO Y SEXO

	Varón	Mujer	Total	M-V
Medicinas para el catarro, gripe, garganta, bronquios	45,53	45,86	45,69	0,33
Medicinas para el dolor	46,95	50,45	49,20	3,50
Medicinas para bajar la fiebre	42,83	44,95	43,95	2,12
Reconstituyentes como vitaminas, minerales, tónicos	49,39	50,62	50,30	1,23
Laxantes	64,78	59,36	60,70	-5,42
Antibióticos	46,46	48,50	47,56	2,03
Tranquilizantes, relajantes, pastillas para dormir	56,92	59,49	58,70	2,58
Medicamentos para la alergia	42,09	45,32	44,01	3,23
Medicamentos para la diarrea	47,76	53,89	51,09	6,13
Medicinas para el reuma	66,36	66,27	66,29	-0,09
Medicinas para el corazón	68,51	70,92	69,68	2,41
Medicinas para la tensión arterial	64,42	67,89	66,40	3,46
Medicinas para el estómago y/o alteraciones digestivas	56,27	59,41	58,05	3,14
Antidepresivos, estimulantes	53,33	57,48	56,34	4,15
Píldoras para no quedar embarazada		30,24	30,24	
Hormonas para la menopausia		52,14	52,14	
Medicamentos para adelgazar	49,19	40,03	41,66	-9,16
Medicamentos para bajar el colesterol	61,07	66,02	63,77	4,94
Medicamentos para la diabetes	63,43	67,65	65,52	4,22
Otros medicamentos	58,69	56,35	57,33	-2,34
Productos homeopáticos	46,77	46,36	46,46	-0,41
Productos naturistas	49,13	50,39	50,06	1,25

Fuente: ENS 2006.

TABLA 6
DIFERENCIAS POR SEXO ENTRE LOS DATOS DE POBLACIÓN
QUE ESTÁ TOMANDO MEDICAMENTOS POR DIFERENTES ENFERMEDADES
Y LAS QUE CONSUMEN MEDICAMENTOS POR TIPO DE MEDICAMENTO

		Varón		Mujer		Ambos sexos	
Población que está tomando medicamentos para diferentes enfermedades	No	9.092.121	49,52	6.308.177	33,08	15.400.299	41,15
	Sí	9.266.854	50,48	12.761.657	66,92	22.028.510	58,85
	Total	18.358.975	100,00	19.069.834	100,00	37.428.809	100,00
Población que está consumiendo medicamentos	No	7.767.742	42,31	5.001.026	26,22	12.768.768	34,11
	Sí	10.591.233	57,69	14.068.808	73,78	24.660.041	65,89
	Total	18.358.975	100,00	19.069.834	100,00	37.428.809	100,00
Diferencia		1.324.380		1.307.151		2.631.530	

Fuente: Elaboración propia a partir de la ENS 2006.

TABLA 7
PORCENTAJE DE POBLACIÓN QUE TOMA MEDICAMENTOS DEBIDO A UNA ENFERMEDAD,
POR GRUPO DE EDAD Y SEXO

	VARÓN		MUJER		TOTAL	
	No	Sí	No	Sí	No	Sí
16 a 19 años	758.278	229.233	67,39	336.770	1.454.224	566.003
20 a 24 años	1.063.548	338.217	52,42	589.324	1.712.732	927.541
25 a 29 años	1.269.951	585.732	54,11	767.741	2.175.169	1.353.472
30 a 34 años	1.420.339	660.420	50,68	987.408	2.435.044	1.647.828
35 a 39 años	1.041.954	660.851	44,71	868.942	1.744.563	1.529.793
40 a 44 años	1.158.966	833.975	39,06	1.209.676	1.934.361	2.043.651
45 a 49 años	828.854	812.918	30,88	1.125.614	1.331.821	1.938.532
50 a 54 años	565.767	732.138	26,55	985.771	922.068	1.717.909
55 a 59 años	312.507	848.609	17,12	1.042.137	527.813	1.890.746
60 a 64 años	266.598	871.780	14,31	1.007.954	434.982	1.879.734
65 a 69 años	123.988	684.729	10,86	979.885	243.357	1.664.614
70 a 74 años	128.871	738.724	8,33	983.482	218.197	1.722.206
75 a 79 años	80.675	637.607	5,15	919.833	130.590	1.557.440
80 a 84 años	49.487	413.589	5,61	595.044	84.841	1.008.633
85 a 89 años	13.974	166.872	5,72	248.813	29.082	415.686
90 y más años	8.364	51.461	10,36	113.261	21.454	164.722
Total	9.092.121	9.266.854	33,08	12.761.657	15.400.299	22.028.510

Fuente: ENS 2006.

TABLA 8
PORCENTAJE DE POBLACIÓN QUE TOMA MEDICAMENTOS DEBIDO A UNA ENFERMEDAD
POR COMUNIDAD AUTÓNOMA Y SEXO

	arón				Mujer				Total			
	No		Sí		No		Sí		No		Sí	
Andalucía	1.517.399	47,35	1.687.574	52,65	998.990	30,15	2.314.153	69,85	2.516.389	38,61	4.001.727	61,39
Aragón	262.062	48,46	278.773	51,54	188.712	34,37	360.378	65,63	450.774	41,36	639.151	58,64
Principado de Asturias	179.066	40,23	266.028	59,77	133.558	27,15	358.344	72,85	312.623	33,36	624.373	66,64
Illes Balears	219.009	52,08	201.486	47,92	144.225	34,09	278.901	65,91	363.235	43,06	480.386	56,94
Canarias	448.671	54,27	378.115	45,73	298.555	35,83	534.796	64,17	747.226	45,01	912.911	54,99
Cantabria	126.729	53,59	109.768	46,41	94.305	37,68	155.948	62,32	221.034	45,41	265.716	54,59
Castilla y León	573.195	54,08	486.630	45,92	417.570	38,30	672.725	61,70	990.766	46,08	1.159.354	53,92
Castilla-la Mancha	389.702	48,21	418.722	51,79	283.929	35,24	521.751	64,76	673.631	41,73	940.473	58,27
Cataluña	1.496.322	50,92	1.442.311	49,08	1.124.038	37,08	1.907.595	62,92	2.620.360	43,89	3.349.906	56,11
Comunidad Valenciana	955.613	48,19	1.027.207	51,81	600.429	29,64	1.425.297	70,36	1.556.042	38,82	2.452.504	61,18
Extremadura	193.245	43,70	248.965	56,30	129.101	28,48	324.186	71,52	322.347	36,00	573.150	64,00
Galicia	502.159	44,25	632.740	55,75	319.829	25,74	922.669	74,26	821.988	34,58	1.555.409	65,42
Comunidad de Madrid	1.237.688	50,84	1.196.587	49,16	864.811	32,89	1.764.891	67,11	2.102.499	41,52	2.961.478	58,48
Región de Murcia	316.103	56,03	248.030	43,97	184.761	33,24	371.034	66,76	500.863	44,72	619.065	55,28
Comunidad Foral de Navarra	125.637	50,84	121.503	49,16	94.033	37,52	156.560	62,48	219.670	44,13	278.063	55,87
País Vasco	442.814	49,84	445.656	50,16	348.483	37,08	591.222	62,92	791.297	43,28	1.036.878	56,72
La Rioja	82.224	62,75	48.801	37,25	65.883	50,81	63.789	49,19	148.107	56,81	112.590	43,19
Ceuta y Melilla	24.481	46,68	27.960	53,32	16.966	31,20	37.417	68,80	41.447	38,80	65.377	61,20
Total	9.092.121	49,52	9.266.854	50,48	6.308.177	33,08	12.761.657	66,92	15.400.299	41,15	22.028.510	58,85

Fuente: ENS 2006.

TABLA 9 POBLACIÓN QUE HA PADECIDO UNA ENFERMEDAD O QUE LE HA SIDO DIAGNOSTICADA EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES POR SEXO							
		Varón		Mujer		Ambos sexos	
Población que ha padecido una enfermedad en los últimos 12 meses	No	6.605.334	35,98	4.036.108	21,16	10.641.442	28,43
	Sí	11.753.641	64,02	15.033.726	78,84	26.787.367	71,57
	Total	18.358.975	100,00	19.069.834	100,00	37.428.809	100,00
Población a la que un médico a diagnosticado una enfermedad en los últimos 12 meses	No	6.491.824	35,36	4.339.477	22,76	10.831.302	28,94
	Sí	11.867.151	64,64	14.730.357	77,24	26.597.507	71,06
	Total	18.358.975	100,00	19.069.834	100,00	37.428.809	100,00

Fuente: elaboración propia a partir de la ENS 2006.

TABLA 10 POBLACIÓN QUE PADECE LA ENFERMEDAD Y ASPECTOS RELACIONADOS CON EL CONSUMO DE MEDICAMENTOS							
		Varón		Mujer		Ambos sexos	
Población que padece la enfermedad pero no toma medicamentos	No	11.449.256	62,36	9.113.213	47,79	20.562.470	54,94
	Sí	6.909.719	37,64	9.956.621	52,21	16.866.339	45,06
	Total	18.358.975	100,00	19.069.834	100,00	37.428.809	100,00
Población que toma medicamentos pero no padece la enfermedad	No	17.274.146	94,09	17.923.407	93,99	35.197.553	94,04
	Sí	1.084.829	5,91	1.146.427	6,01	2.231.256	5,96
	Total	18.358.975	100,00	19.069.834	100,00	37.428.809	100,00

Fuente: elaboración propia a partir de la ENS 2006.

TABLA 11 POBLACIÓN QUE PADECE LA ENFERMEDAD Y ASPECTOS RELACIONADOS CON EL CONSUMO DE MEDICAMENTOS EN PORCENTAJE SOBRE LA POBLACIÓN QUE PADECE UNA ENFERMEDAD							
		Varón		Mujer		Ambos sexos	
Población que ha padecido una enfermedad en los últimos 12 meses		11.753.641		15.033.726		26.787.367	
Población que padece la enfermedad y toma medicamentos		6.909.719	58,79	9.956.621	66,23	16.866.339	62,96
Población que padece la enfermedad pero no toma medicamentos		4.843.923	41,21	5.077.105	33,77	9.921.028	37,04
Población que consume medicamentos pero no padece la enfermedad		1.084.829	15,70	1.146.427	11,51	2.231.256	13,23

Fuente: elaboración propia a partir de la ENS 2006.

TABLA 12												
POBLACIÓN QUE PADECE UNA ENFERMEDAD FRENTE AL CONSUMO DE MEDICAMENTOS POR CC.AA.												
	Varones			Mujeres			Ambos sexos					
	No consume medicamentos	Sí consume medicamentos	No consume medicamentos	No consume medicamentos	Sí consume medicamentos	Sí consume medicamentos	No consume medicamentos	No consume medicamentos	Sí consume medicamentos	Sí consume medicamentos		
Andalucía	958.672	47,46	1.061.402	52,54	1.114.657	42,24	1.523.919	57,76	2.073.330	44,50	2.585.321	55,50
Aragón	159.562	47,69	175.003	52,31	147.175	35,35	269.135	64,65	306.737	40,85	444.138	59,15
Principado de Asturias	101.450	28,94	249.131	71,06	77.997	18,24	349.630	81,76	179.447	23,06	598.761	76,94
Illes Balears	117.689	47,65	129.294	52,35	112.323	33,94	218.591	66,06	230.012	39,80	347.885	60,20
Canarias	223.684	44,19	282.551	55,81	213.862	33,26	429.236	66,74	437.547	38,07	711.787	61,93
Cantabria	74.382	54,40	62.337	45,60	82.022	44,78	101.137	55,22	156.404	48,89	163.474	51,11
Castilla y León	229.988	37,83	378.001	62,17	304.468	36,66	525.981	63,34	534.456	37,16	903.983	62,84
Castilla-la Mancha	194.834	37,20	328.879	62,80	200.734	32,57	415.525	67,43	395.568	34,70	744.404	65,30
Cataluña	720.094	39,26	1.113.887	60,74	683.191	30,28	1.572.785	69,72	1.403.285	34,31	2.686.671	65,69
Comunidad Valenciana	544.306	41,33	772.762	58,67	558.813	33,32	1.118.312	66,68	1.103.119	36,84	1.891.074	63,16
Extremadura	124.224	43,02	164.545	56,98	146.294	40,12	218.385	59,88	270.518	41,40	382.930	58,60
Galicia	259.058	31,00	576.556	69,00	283.151	26,23	796.461	73,77	542.209	28,31	1.373.017	71,69
Comunidad de Madrid	675.449	43,54	875.967	56,46	680.696	32,88	1.389.522	67,12	1.356.145	37,45	2.265.489	62,55
Región de Murcia	124.336	36,33	217.935	63,67	152.767	35,38	278.993	64,62	277.103	35,80	496.928	64,20
Comunidad Foral de Navarra	58.278	34,94	108.532	65,06	49.429	25,59	143.758	74,41	107.707	29,92	252.289	70,08
País Vasco	219.950	36,77	378.173	63,23	201.862	26,57	557.808	73,43	421.812	31,07	935.981	68,93
La Rioja	36.946	62,20	22.453	37,80	42.866	58,59	30.296	41,41	79.812	60,21	52.749	39,79
Ceuta y Melilla	21.020	63,06	12.311	36,94	24.797	59,12	17.147	40,88	45.817	60,87	29.458	39,13
España	4.843.923	41,21	6.909.719	58,79	5.077.105	33,77	9.956.621	66,23	9.921.028	37,04	16.866.339	62,96

Fuente: elaboración propia a partir de la ENS 2006.

TABLA 13 POBLACIÓN QUE TOMA MEDICAMENTOS Y NO PADECE UNA ENFERMEDAD POR CC.AA.												
	Varones			Mujeres			Ambos sexos					
	No consume medicamentos	Sí consume medicamentos		No consume medicamentos	Sí consume medicamentos		No consume medicamentos	Sí consume medicamentos		No consume medicamentos	Sí consume medicamentos	
Andalucía	3.031.408	94,58	173.565	5,42	3.167.522	95,60	145.621	4,40	6.198.930	95,10	319.186	4,90
Aragón	491.928	90,96	48.907	9,04	513.464	93,51	35.626	6,49	1.005.392	92,24	84.533	7,76
Principado de Asturias	409.773	92,06	35.321	7,94	460.557	93,63	31.345	6,37	870.330	92,89	66.666	7,11
Illes Balears	391.527	93,11	28.968	6,89	399.244	94,36	23.882	5,64	790.771	93,74	52.850	6,26
Canarias	791.828	95,77	34.958	4,23	786.727	94,41	46.624	5,59	1.578.555	95,09	81.582	4,91
Cantabria	228.948	96,81	7.549	3,19	244.887	97,86	5.366	2,14	473.835	97,35	12.915	2,65
Castilla y León	1.008.194	95,13	51.631	4,87	1.054.559	96,72	35.736	3,28	2.062.753	95,94	87.367	4,06
Castilla-la Mancha	759.795	93,98	48.629	6,02	772.464	95,88	33.216	4,12	1.532.259	94,93	81.845	5,07
Cataluña	2.724.236	92,70	214.397	7,30	2.788.809	91,99	242.824	8,01	5.513.045	92,34	457.221	7,66
Comunidad Valenciana	1.846.765	93,14	136.055	6,86	1.832.663	90,47	193.063	9,53	3.679.427	91,79	329.119	8,21
Extremadura	419.596	94,89	22.614	5,11	423.260	93,38	30.027	6,62	842.856	94,12	52.641	5,88
Galicia	1.038.369	91,49	96.530	8,51	1.145.265	92,17	97.233	7,83	2.183.634	91,85	193.763	8,15
Comunidad de Madrid	2.337.547	96,03	96.728	3,97	2.514.383	95,61	115.319	4,39	4.851.930	95,81	212.047	4,19
Región de Murcia	540.889	95,88	23.244	4,12	531.447	95,62	24.348	4,38	1.072.336	95,75	47.592	4,25
Comunidad Foral de Navarra	235.533	95,30	11.607	4,70	236.828	94,51	13.765	5,49	472.361	94,90	25.372	5,10
País Vasco	838.869	94,42	49.601	5,58	870.532	92,64	69.173	7,36	1.709.401	93,50	118.774	6,50
La Rioja	128.462	98,04	2.563	1,96	129.247	99,67	425	0,33	257.708	98,85	2.989	1,15
Ceuta y Melilla	50.479	96,26	1.962	3,74	51.551	94,79	2.832	5,21	102.030	95,51	4.794	4,49
España	17.274.146	94,09	1.084.829	5,91	17.923.407	93,99	1.146.427	6,01	35.197.553	94,04	2.231.256	5,96

Fuente: elaboración propia a partir de la ENS 2006.

TABLA 14 POBLACIÓN QUE PADECE ENFERMEDAD Y CONSUMO DE MEDICAMENTOS POR TIPO DE ENFERMEDAD. VARONES									
	Padecen la enfermedad en los últimos 12 meses		Toman medicamentos para la enfermedad en los últimos 12 meses		No toman medicamentos para la enfermedad en los últimos 12 meses		Toman medicamentos para la enfermedad pero no padecen la misma en los últimos 12 meses		
	Número	% pob. total	Número	% pob. total	Número	% pob. total	Número	% pob. total	
Tensión alta	3.132.007	17,06	2.651.539	14,44	663.532	3,61	184.953	1,01	
Infarto de miocardio	248.029	1,35	492.361	2,68	19.184	0,10	264.762	1,44	
Otras enfermedades del corazón	662.311	3,61	663.391	3,61	110.158	0,60	111.238	0,61	
Varices en las piernas	1.272.545	6,93	339.011	1,85	944.868	5,15	15.411	0,08	
Artrosis, artritis o reumatismo	2.551.304	13,90	1.539.691	8,39	1.039.148	5,66	31.020	0,17	
Dolor de espalda crónico(cervical)	2.829.716	15,41	1.454.113	7,92	1.390.753	7,58	18.605	0,10	
Dolor de espalda crónico (lumbar)	3.463.340	18,86	1.843.288	10,04	1.650.812	8,99	32.797	0,18	
Alergia crónica	1.828.622	9,96	1.236.169	6,73	638.975	3,48	49.977	0,27	
Asma	753.133	4,10	667.522	3,64	117.048	0,64	31.437	0,17	
Bronquitis crónica	798.256	4,35	619.747	3,38	194.864	1,06	16.356	0,09	
Diabetes	1.134.627	6,18	1.008.544	5,49	130.812	0,71	5.697	0,03	
Úlcera de estómago o duodeno	661.929	3,61	584.443	3,18	164.336	0,90	86.850	0,47	
Incontinencia urinaria	562.608	3,06	344.884	1,88	225.172	1,23	9.438	0,05	
Colesterol alto	2.530.229	13,78	1.606.872	8,75	1.005.217	5,48	81.860	0,45	
Cataratas	689.674	3,76	199.445	1,09	512.009	2,79	25.749	0,14	
Problemas crónicos de piel	995.764	5,42	651.812	3,55	349.495	1,90	5.543	0,03	
Estreñimiento crónico	576.506	3,14	297.060	1,62	280.465	1,53	4.559	0,02	
Depresión, ansiedad u otros trastornos mentales	1.489.032	8,11	993.766	5,41	530.434	2,89	42.531	0,23	
Embolia	124.352	0,68	175.419	0,96	21.476	0,12	72.542	0,40	
Migraña o dolor de cabeza frecuente	1.515.029	8,25	1.162.684	6,33	374.049	2,04	24.266	0,13	
Hemorroides	1.095.400	5,97	544.859	2,97	562.002	3,06	13.297	0,07	
Tumores malignos	227.494	1,24	201.447	1,10	50.048	0,27	24.001	0,13	
Osteoporosis	234.074	1,27	157.839	0,86	77.006	0,42	771	0,00	
Anemia	232.571	1,27	168.479	0,92	69.405	0,38	5.313	0,03	
Problemas de tiroides	130.969	0,71	99.522	0,54	42.897	0,23	12.346	0,07	

(Continúa en página siguiente)

TABLA 14 POBLACIÓN QUE PADECE ENFERMEDAD Y CONSUMO DE MEDICAMENTOS POR TIPO DE ENFERMEDAD. VARONES									
	Padecen la enfermedad en los últimos 12 meses		Toman medicamentos para la enfermedad en los últimos 12 meses		No toman medicamentos para la enfermedad en los últimos 12 meses		Toman medicamentos para la enfermedad pero no padecen la misma en los últimos 12 meses		
	Número	% pob. total	Número	% pob. total	Número	% pob. total	Número	% pob. total	
Problemas de próstata (solo hombres)	1.072.145	5,84	853.001	4,65	256.528	1,40	37.459	0,20	
Problemas del período menopáusico (solo mujeres)									
Otra enfermedad crónica 1	1.214.404	6,61	862.950	4,70	398.409	2,17	49.719	0,27	
Otra enfermedad crónica 2	180.638	0,98	113.386	0,62	70.281	0,38	3.029	0,02	
Total	32.206.710		21.533.245		11.889.383		1.261.524		

Fuente: elaboración propia a partir de la ENS 2006.

TABLA 15 POBLACIÓN QUE PADECE ENFERMEDAD Y CONSUMO DE MEDICAMENTOS POR TIPO DE ENFERMEDAD. MUJERES									
	Padecen a enfermedad en los últimos 12 meses		Toman medicamentos para la enfermedad en los últimos 12 meses		No toman medicamentos para la enfermedad en los últimos 12 meses		Toman medicamentos para la enfermedad pero no padecen la misma en los últimos 12 meses		
	Número	% pob. total	Número	% pob. total	Número	% pob. total	Número	% pob. total	
Tensión alta	3.895.927	20,43	3.530.948	18,52	567.804	2,98	201.530	1,06	
Infarto de miocardio	119.374	0,63	219.726	1,15	10.604	0,06	109.831	0,58	
Otras enfermedades del corazón	920.837	4,83	829.414	4,35	193.936	1,02	101.133	0,53	
Varices en las piernas	4.969.059	26,06	1.554.309	8,15	3.444.446	18,06	33.826	0,18	

(Continúa en página siguiente)

(Continuación)

TABLA 15 POBLACIÓN QUE PADECE ENFERMEDAD Y CONSUMO DE MEDICAMENTOS POR TIPO DE ENFERMEDAD. MUJERES								
Artrosis, artritis o reumatismo	5.501.252	28,85	3.816.159	20,01	1.697.470	8,90	21.511	0,11
Dolor de espalda crónico (cervical)	5.958.134	31,24	3.670.991	19,25	2.292.864	12,02	18.053	0,09
Dolor de espalda crónico (lumbar)	5.460.530	28,63	3.459.061	18,14	2.017.765	10,58	32.105	0,17
Alergia crónica	2.492.868	13,07	1.711.028	8,97	832.223	4,36	50.503	0,26
Asma	957.459	5,02	837.567	4,39	145.045	0,76	26.640	0,14
Bronquitis crónica	693.157	3,63	588.846	3,09	130.044	0,68	27.219	0,14
Diabetes	1.108.756	5,81	967.181	5,07	146.129	0,77	5.054	0,03
Úlcera de estómago o duodeno	682.256	3,58	614.526	3,22	128.853	0,68	61.123	0,32
Incontinencia urinaria	1.081.612	5,67	381.865	2,00	700.159	3,67	8.599	0,05
Colesterol alto	2.752.367	14,43	1.836.162	9,63	1.026.029	5,38	109.788	0,58
Cataratas	1.218.717	6,39	381.207	2,00	866.186	4,54	35.204	0,18
Problemas crónicos de piel	1.198.830	6,29	784.329	4,11	429.206	2,25	14.705	0,08
Estreñimiento crónico	2.136.903	11,21	1.121.481	5,88	1.022.224	5,36	12.478	0,07
Depresión, ansiedad u otros trastornos mentales	3.625.703	19,01	2.574.211	13,50	1.149.837	6,03	113.615	0,60
Embolia	137.651	0,72	168.323	0,88	27.200	0,14	58.798	0,31
Migraña o dolor de cabeza frecuente	3.881.253	20,35	3.141.962	16,48	766.494	4,02	30.806	0,16
Hemorroides	1.954.529	10,25	946.130	4,96	1.025.404	5,38	19.462	0,10
Tumores malignos	234.133	1,23	209.170	1,10	82.758	0,43	57.433	0,30
Osteoporosis	1.579.947	8,29	1.186.482	6,22	404.799	2,12	9.884	0,05
Anemia	1.472.535	7,72	1.214.097	6,37	323.515	1,70	64.652	0,34
Problemas de tiroides	1.113.388	5,84	823.048	4,32	326.780	1,71	39.826	0,21
Problemas de próstata (solo hombres)								
Problemas del período menopáusico (solo mujeres)	1.052.908	5,52	445.469	2,34	621.580	3,26	17.624	0,09
Otra enfermedad crónica 1	1.395.577	7,32	1.024.936	5,37	403.543	2,12	39.686	0,21
Otra enfermedad crónica 2	206.486	1,08	139.414	0,73	73.847	0,39	6.775	0,04
Total	57.802.149		38.178.042		20.856.742		1.327.863	

Fuente: elaboración propia a partir de la ENS 2006.

TABLA 16 POBLACIÓN QUE PADECE ENFERMEDAD Y CONSUMO DE MEDICAMENTOS POR TIPO DE ENFERMEDAD. AMBOS SEXOS									
	Padeecen la enfermedad en los últimos 12 meses		Toman medicamentos para la enfermedad en los últimos 12 meses		No toman medicamentos para la enfermedad en los últimos 12 meses		Toman medicam. para la enfermedad pero no padecen la misma en los últimos 12 meses		
	Número	% pob. total	Número	% pob. total	Número	% pob. total	Número	% pob. total	
Tensión alta	7.027.934	18,78	6.182.487	16,52	1.231.336	3,29	386.483	1,03	
Infarto de miocardio	367.403	0,98	712.087	1,90	29.789	0,08	374.593	1,00	
Otras enfermedades del corazón	1.583.148	4,23	1.492.804	3,99	304.094	0,81	212.371	0,57	
Varices en las piernas	6.241.604	16,68	1.893.320	5,06	4.389.313	11,73	49.237	0,13	
Artrosis, artritis o reumatismo	8.052.556	21,51	5.355.850	14,31	2.736.618	7,31	52.530	0,14	
Dolor de espalda crónico(cervical)	8.787.850	23,48	5.125.105	13,69	3.683.616	9,84	36.658	0,10	
Dolor de espalda crónico (lumbar)	8.923.870	23,84	5.302.349	14,17	3.668.577	9,80	64.901	0,17	
Alergia crónica	4.321.491	11,55	2.947.197	7,87	1.471.198	3,93	100.481	0,27	
Asma	1.710.592	4,57	1.505.089	4,02	262.093	0,70	58.077	0,16	
Bronquitis crónica	1.491.413	3,98	1.208.594	3,23	324.908	0,87	43.575	0,12	
Diabetes	2.243.383	5,99	1.975.725	5,28	276.941	0,74	10.751	0,03	
Úlcera de estómago o duodeno	1.344.185	3,59	1.198.969	3,20	293.189	0,78	147.973	0,40	
Incontinencia urinaria	1.644.221	4,39	726.749	1,94	925.331	2,47	18.038	0,05	
Colesterol alto	5.282.596	14,11	3.443.034	9,20	2.031.245	5,43	191.648	0,51	
Cataratas	1.908.392	5,10	580.652	1,55	1.378.194	3,68	60.953	0,16	
Problemas crónicos de piel	2.194.594	5,86	1.436.141	3,84	778.701	2,08	20.247	0,05	
Estreñimiento crónico	2.713.409	7,25	1.418.541	3,79	1.302.689	3,48	17.037	0,05	
Depresión, ansiedad u otros trastornos mentales	5.114.736	13,67	3.567.977	9,53	1.680.271	4,49	156.145	0,42	
Embolia	262.003	0,70	343.742	0,92	48.676	0,13	131.340	0,35	
Migraña o dolor de cabeza frecuente	5.396.282	14,42	4.304.646	11,50	1.140.543	3,05	55.072	0,15	
Hemorroides	3.049.929	8,15	1.490.989	3,98	1.587.406	4,24	32.759	0,09	
Tumores malignos	461.627	1,23	410.617	1,10	132.805	0,35	81.434	0,22	
Osteoporosis	1.814.021	4,85	1.344.321	3,59	481.805	1,29	10.656	0,03	
Anemia	1.705.107	4,56	1.382.576	3,69	392.920	1,05	69.964	0,19	
Problemas de tiroides	1.244.358	3,32	922.570	2,46	369.677	0,99	52.172	0,14	
Problemas de próstata (solo hombres)	1.072.145	5,84	853.001	4,65	256.528	1,40	37.459	0,20	
Problemas del período menopáusico (solo mujeres)	1.052.908	5,52	445.469	2,34	621.580	3,26	17.624	0,09	
Otra enfermedad crónica 1	2.609.981	6,97	1.887.86	5,04	801.953	2,14	89.405	0,24	
Otra enfermedad crónica 2	387.125	1,03	252.801	0,68	144.128	0,39	9.804	0,03	
Total	90.008.860		59.711.88		32.746.125		2.589.387		

Fuente: elaboración propia a partir de la ENS 2006.

TABLA 17
NÚMERO DE ENFERMEDADES PADECIDAS POR SEXO

	Varón		Mujer		Total	
0	6.605.334	35,98	4.036.108	21,16	10.641.442	28,43
1	4.141.938	22,56	3.225.283	16,91	7.367.221	19,68
2	2.754.474	15,00	2.799.094	14,68	5.553.568	14,84
3	1.908.811	10,40	2.295.015	12,03	4.203.826	11,23
4	1.049.492	5,72	1.823.109	9,56	2.872.601	7,67
5	664.278	3,62	1.365.514	7,16	2.029.792	5,42
6	473.259	2,58	1.020.144	5,35	1.493.403	3,99
7	304.572	1,66	813.133	4,26	1.117.705	2,99
8	196.175	1,07	599.712	3,14	795.887	2,13
9	86.547	0,47	440.598	2,31	527.145	1,41
10	71.367	0,39	259.495	1,36	330.863	0,88
11	33.186	0,18	167.152	0,88	200.338	0,54
12	32.281	0,18	104.792	0,55	137.072	0,37
13	16.240	0,09	47.612	0,25	63.851	0,17
14	13.253	0,07	36.509	0,19	49.762	0,13
15	873	0,00	20.130	0,11	21.003	0,06
16	4.904	0,03	6.410	0,03	11.314	0,03
17	0	0,00	8.832	0,05	8.832	0,02
18	1.991	0,01	976	0,01	2.967	0,01
20	0	0,00	217	0,00	217	0,00
Total	18.358.975	100,00	19.069.834	100,00	37.428.809	100,00

Fuente: elaboración propia a partir de la ENS 2006.

TABLA 18 PORCENTAJE DE POBLACIÓN QUE CONSUME MEDICAMENTOS POR GRUPO DE EDAD Y SEXO												
	Varón		Mujer		Total							
	No	Sí	No	Sí	No	Sí						
16 a 19 años	618.857	62,67%	368.655	37,33%	512.705	49,65%	520.011	50,35%	1.131.562	56,01%	888.665	43,99%
20 a 24 años	835.059	59,57%	566.705	40,43%	477.539	38,56%	760.969	61,44%	1.312.599	49,71%	1.327.675	50,29%
25 a 29 años	1.035.486	55,80%	820.197	44,20%	612.521	36,61%	1.060.437	63,39%	1.648.007	46,70%	1.880.634	53,30%
30 a 34 años	1.151.376	55,33%	929.383	44,67%	746.987	37,31%	1.255.126	62,69%	1.898.362	46,50%	2.184.509	53,50%
35 a 39 años	900.683	52,89%	802.122	47,11%	564.862	35,94%	1.006.689	64,06%	1.465.545	44,76%	1.808.811	55,24%
40 a 44 años	986.000	49,47%	1.006.942	50,53%	678.451	34,18%	1.306.619	65,82%	1.664.451	41,84%	2.313.561	58,16%
45 a 49 años	729.895	44,46%	911.877	55,54%	463.100	28,44%	1.165.481	71,56%	1.192.996	36,48%	2.077.358	63,52%
50 a 54 años	538.894	41,52%	759.011	58,48%	319.021	23,77%	1.023.052	76,23%	857.914	32,50%	1.782.063	67,50%
55 a 59 años	344.007	29,63%	817.109	70,37%	196.342	15,61%	1.061.102	84,39%	540.349	22,34%	1.878.211	77,66%
60 a 64 años	245.889	21,60%	892.489	78,40%	157.759	13,41%	1.018.580	86,59%	403.648	17,44%	1.911.069	82,56%
65 a 69 años	119.544	14,78%	689.174	85,22%	107.267	9,76%	991.987	90,24%	226.810	11,89%	1.681.161	88,11%
70 a 74 años	131.793	15,19%	735.802	84,81%	70.312	6,55%	1.002.496	93,45%	202.105	10,42%	1.738.298	89,58%
75 a 79 años	86.438	12,03%	631.844	87,97%	48.315	4,98%	921.433	95,02%	134.753	7,98%	1.553.277	92,02%
80 a 84 años	22.772	4,92%	440.303	95,08%	23.158	3,67%	607.240	96,33%	45.930	4,20%	1.047.544	95,80%
85 a 89 años	13.161	7,28%	167.685	92,72%	15.539	5,89%	248.383	94,11%	28.699	6,45%	416.069	93,55%
90 y más años	7.889	13,19%	51.936	86,81%	7.150	5,66%	119.201	94,34%	15.039	8,08%	171.137	91,92%
Total	77.67.742	42,31%	10.591.233	57,69%	5.001.026	26,22%	14.068.808	73,78%	12.768.768	34,11%	24.660.041	65,89%

Fuente: ENS 2006.

TABLA 20
EDAD MEDIA POR COMUNIDAD AUTÓNOMA Y SEXO

	Varón	Mujer	Total
Andalucía	43,59	45,47	44,55
Aragón	46,62	49,17	47,91
Principado de Asturias	47,52	50,28	48,97
Illes Balears	43,23	45,37	44,30
Canarias	42,72	44,38	43,55
Cantabria	45,94	48,41	47,21
Castilla y León	47,64	49,65	48,66
Castilla-la Mancha	45,14	47,37	46,25
Cataluña	45,02	47,66	46,36
Comunidad Valenciana	44,34	46,70	45,53
Extremadura	45,58	47,49	46,55
Galicia	47,15	49,37	48,31
Comunidad de Madrid	44,07	46,56	45,36
Región de Murcia	42,61	45,20	43,90
Comunidad Foral de Navarra	45,62	47,92	46,78
País Vasco	46,42	48,82	47,66
La Rioja	45,55	47,97	46,75
Ceuta y Melilla	42,28	44,16	43,24
Total	44,85	47,14	46,02

Fuente: ENS 2006.

TABLA 21
ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDO Y SEXO

	Varón		Mujer		Total	
Muy bueno	3.719.215	20,26	3.005.599	15,76	6.724.813	17,97
Bueno	9.618.450	52,39	8.556.941	44,87	18.175.391	48,56
Regular	3.760.714	20,48	5.516.992	28,93	9.277.706	24,79
Malo	908.912	4,95	1.470.145	7,71	2.379.058	6,36
Muy malo	351.685	1,92	520.156	2,73	871.841	2,33
Total	18.358.975	100,00	19.069.834	100,00	37.428.809	100,00

Fuente: ENS 2006.

TABLA 22
PORCENTAJE DE POBLACIÓN QUE TOMA MEDICAMENTOS
POR ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDO Y SEXO

	Varón	Mujer	Total
Muy bueno	35,92	49,93	42,18
Bueno	52,23	66,71	59,05
Regular	81,26	89,99	86,45
Malo	92,76	95,02	94,16
Muy malo	94,41	95,85	95,27
Total	57,69	73,78	65,89

Fuente: ENS 2006.

TABLA 23
PORCENTAJE DE POBLACIÓN QUE TOMA MEDICAMENTOS
EN FUNCIÓN DE PADECER O NO UNA ENFERMEDAD EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES

		Varón	Mujer	Total
Pacientes que declaran padecer alguna enfermedad en los últimos 12 meses	No	30,40%	39,55%	33,87%
	Sí	73,02%	82,96%	78,60%
Pacientes que declaran que un médico les ha comunicado que han padecido una enfermedad	No	30,27%	41,02%	34,58%
	Sí	72,69%	83,42%	78,63%

Fuente: ENS 2006.

TABLA 24
PORCENTAJE DE POBLACIÓN QUE DECLARA PADECER ENFERMEDADES
EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES POR GRUPO DE EDAD Y GÉNERO

		Varón	Mujer	Total
16 a 19 años	Pacientes que declaran padecer alguna enfermedad en los últimos 12 meses	31,40%	45,47%	38,59%
	Pacientes que declaran que un médico les ha comunicado que han padecido una enfermedad	30,44%	46,27%	38,53%
20 a 29 años	Pacientes que declaran padecer alguna enfermedad en los últimos 12 meses	42,33%	57,54%	49,51%
	Pacientes que declaran que un médico les ha comunicado que han padecido una enfermedad	42,23%	62,12%	51,62%
30 a 39 años	Pacientes que declaran padecer alguna enfermedad en los últimos 12 meses	50,40%	66,96%	58,44%
	Pacientes que declaran que un médico les ha comunicado que han padecido una enfermedad	52,29%	69,55%	60,67%
40 a 49 años	Pacientes que declaran padecer alguna enfermedad en los últimos 12 meses	67,48%	76,65%	72,05%
	Pacientes que declaran que un médico les ha comunicado que han padecido una enfermedad	67,07%	78,98%	73,01%
50 a 59 años	Pacientes que declaran padecer alguna enfermedad en los últimos 12 meses	78,80%	89,02%	84,05%
	Pacientes que declaran que un médico les ha comunicado que han padecido una enfermedad	76,70%	89,03%	83,03%
60 a 69 años	Pacientes que declaran padecer alguna enfermedad en los últimos 12 meses	89,32%	94,12%	91,91%
	Pacientes que declaran que un médico les ha comunicado que han padecido una enfermedad	86,70%	93,77%	90,51%
70 a 79 años	Pacientes que declaran padecer alguna enfermedad en los últimos 12 meses	93,06%	96,54%	95,02%
	Pacientes que declaran que un médico les ha comunicado que han padecido una enfermedad	90,81%	96,43%	93,97%
80 a 89 años	Pacientes que declaran padecer alguna enfermedad en los últimos 12 meses	94,69%	97,44%	96,29%
	Pacientes que declaran que un médico les ha comunicado que han padecido una enfermedad	91,55%	96,99%	94,71%
90 y más años	Pacientes que declaran padecer alguna enfermedad en los últimos 12 meses	94,33%	97,80%	96,69%
	Pacientes que declaran que un médico les ha comunicado que han padecido una enfermedad	96,18%	96,96%	96,71%
Total	Pacientes que declaran padecer alguna enfermedad en los últimos 12 meses	64,64%	77,24%	71,06%
	Pacientes que declaran que un médico les ha comunicado que han padecido una enfermedad	64,02%	78,84%	71,57%

Fuente: ENS 2006.

TABLA 25
PORCENTAJE DE POBLACIÓN QUE CONSUME MEDICAMENTOS
EN FUNCIÓN DE PADECER O NO UNA ENFERMEDAD Y EL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDO

	No padece enfermedad		Padece enfermedad	
	Estado de salud		Estado de salud	
	Muy bueno	Bueno	Muy bueno	Bueno
Varón	26,38%	30,66%	55,44%	65,72%
Mujer	34,13%	40,59%	64,54%	76,21%
Diferencia mujer-varón	7,75%	9,93%	9,11%	10,48%

Fuente: Elaboración propia a partir de la ENS 2006

TABLA 26
PORCENTAJE DE POBLACIÓN QUE CONSUME MEDICAMENTOS
EN FUNCIÓN DEL HÁBITO TABÁQUICO Y GÉNERO

	Varón	Mujer	Total
Si, fuma diariamente	52,75%	69,82%	59,82%
Sí fuma, pero no diariamente	56,33%	65,23%	59,85%
No fuma actualmente, pero ha fumado antes	71,35%	70,96%	71,22%
No fuma, ni ha fumado nunca de manera habitual	51,58%	76,04%	67,27%
Total	57,69%	73,78%	65,89%

Fuente: ENS 2006.

TABLA 27
PORCENTAJE DE POBLACIÓN QUE CONSUME MEDICAMENTOS
EN FUNCIÓN DEL CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS

		Varón	Mujer	Total
Consumo de bebidas alcohólicas en las dos últimas semanas	Sí	55,98%	70,76%	61,62%
	No	61,73%	75,94%	71,25%
	Total	57,69%	73,78%	65,89%
Consumo de bebidas alcohólicas en los doce últimos meses	Sí	59,61%	73,24%	68,08%
	No	62,91%	77,14%	72,72%
	Total sobre los que han respondido	61,82%	76,10%	71,39%

Fuente: ENS 2006.

TABLA 28 PORCENTAJE DE POBLACIÓN QUE CONSUME MEDICAMENTOS EN FUNCIÓN DEL HÁBITO TABÁQUICO Y GÉNERO			
	Varón	Mujer	Total
Bajo Peso (menos de 18,5)	43,94%	63,67%	60,22%
Normopeso (de 18,5 a 25)	50,14%	66,66%	59,42%
Sobre peso (de 25 a 30)	59,51%	78,55%	66,95%
Obesidad I (de 30 a 35)	68,93%	83,19%	75,67%
Obesidad II (de 35 a 40)	68,73%	88,97%	79,85%
Obesidad III (más de 40)	86,79%	84,19%	85,35%
Total	57,17%	72,63%	64,80%

Fuente: ENS 2006.

TABLA 29 PORCENTAJE DE POBLACIÓN QUE CONSUME MEDICAMENTOS EN FUNCIÓN DEL DESCANSO QUE TIENE				
		Varón	Mujer	Total
Las horas que duerme le permiten descansar lo suficiente	Sí	55,88%	71,10%	63,18%
	No	66,14%	81,69%	75,63%

Fuente: ENS 2006.

TABLA 30 PORCENTAJE DE POBLACIÓN QUE CONSUME MEDICAMENTOS EN FUNCIÓN DEL EJERCICIO FÍSICO QUE REALIZA				
		Varón	Mujer	Total
Hace todo el ejercicio físico que desearía	Sí	56,25%	74,04%	64,46%
	No	59,11%	74,07%	67,21%
	Total	57,86%	74,06%	66,11%
Realiza actividad física en el tiempo libre	Sí	58,99%	74,36%	66,44%
	No	56,00%	73,59%	65,64%
	Total	57,90%	74,04%	66,12%

Fuente: ENS 2006.

TABLA 31
PORCENTAJE DE POBLACIÓN QUE CONSUME MEDICAMENTOS
EN FUNCIÓN DEL TAMAÑO DEL MUNICIPIO

	Varón	Mujer	Total
Menor o igual a 2.000 habitantes	57,47%	76,69%	67,40%
2.001 a 10.000 habitantes	59,35%	72,11%	66,04%
10.001 a 50.000 habitantes	56,57%	72,60%	64,72%
50.001 a 100.000 habitantes	57,05%	75,27%	66,44%
100.001 a 400.000 habitantes	58,43%	72,74%	65,50%
400.001 a 1.000.000 habitantes	55,18%	74,80%	64,84%
Más de 1.000.000 habitantes	58,94%	77,03%	68,43%
Total	57,69%	73,78%	65,89%

Fuente: ENS 2006.

TABLA 32
PORCENTAJE DE POBLACIÓN QUE CONSUME MEDICAMENTOS
EN FUNCIÓN DE LA CLASE SOCIAL DEL SUSTENTADOR PRINCIPAL DEL HOGAR

	Varón	Mujer	Total
Clase I: directivos empresas de más de 10 empleados y profesiones asociadas a titulaciones de 2º y 3er ciclo universitario	55,44%	70,62%	62,65%
Clase II: directivos de empresas de menos de 10 asalariados. Profesiones asociadas a una titulación de 1er ciclo universitario	57,96%	69,07%	63,50%
Clase III: empleados de tipo administrativo y profesionales de apoyo a la gestión administrativa y financiera.	59,62%	74,27%	67,00%
Clase IVa: trabajadores manuales cualificados	56,26%	73,70%	64,85%
Clase IVb: trabajadores manuales semicualificados	57,33%	75,83%	67,51%
Clase V: trabajadores no cualificados	58,96%	76,36%	68,21%
No consta	60,40%	73,58%	68,54%
Total	57,69%	73,78%	65,89%

Fuente: ENS 2006.

TABLA 33
PORCENTAJE DE POBLACIÓN QUE CONSUME MEDICAMENTOS
EN FUNCIÓN DE LA CLASE SOCIAL DEL INDIVIDUO

	Varón	Mujer	Total
Clase I: directivos empresas de más de 10 empleados y profesiones asociadas a titulaciones de 2º y 3er ciclo universitario	58,29%	67,64%	61,73%
Clase II: directivos de empresas de menos de 10 asalariados. Profesiones asociadas a una titulación de 1er ciclo universitario	58,83%	72,65%	65,11%
Clase III: empleados de tipo administrativo y profesionales de apoyo a la gestión administrativa y financiera.	61,45%	72,21%	66,47%
Clase IVa: trabajadores manuales cualificados	57,93%	78,43%	64,16%
Clase IVb: trabajadores manuales semicualificados	57,43%	72,63%	66,91%
Clase V: trabajadores no cualificados	57,72%	78,94%	70,39%
No consta	42,48%	70,40%	63,45%
Total	57,69%	73,78%	65,89%

Fuente: ENS 2006.

TABLA 34
PORCENTAJE DE POBLACIÓN QUE CONSUME MEDICAMENTOS
EN FUNCIÓN DE LA RELACIÓN CON LA ACTIVIDAD ECONÓMICA

	Varón	Mujer	Total
Trabajando	48,56%	66,50%	55,79%
Trabajando con baja de 3 meses o superior	85,42%	86,00%	85,70%
En desempleo	51,63%	67,32%	60,48%
Jubilado/a pensionista	86,51%	92,52%	89,19%
Estudiante	37,60%	52,94%	45,37%
Dedicado/a principalmente a las labores del hogar	15,08%	78,68%	78,43%
Realizando sin remuneración trabajos sociales o actividades benéficas	100,00%	73,12%	76,21%
Otras situaciones	67,04%	78,14%	71,72%
No consta	67,56%	45,86%	56,87%
Total	57,69%	73,78%	65,89%

Fuente: ENS 2006.

TABLA 35
PORCENTAJE DE POBLACIÓN QUE CONSUME MEDICAMENTOS
EN FUNCIÓN DE SU SITUACIÓN PROFESIONAL

	Varón	Mujer	Total
Empleador/a (empresario/a o profesional con asalariados/as)	59,65%	69,96%	62,87%
Empresario/a sin asalariados o trabajador/a independiente	62,77%	79,33%	69,80%
Ayuda familiar	71,63%	84,08%	82,47%
Asalariado/a fijo/a	60,67%	73,06%	65,61%
Asalariado/a eventual o interino/a	51,67%	71,11%	62,38%
Miembro de una cooperativa	51,50%	67,28%	57,56%
Otra situación	48,76%	72,47%	66,64%
No consta	72,80%	75,86%	74,35%
Total	58,69%	73,02%	65,20%

Fuente: ENS 2006.

TABLA 36
PORCENTAJE DE POBLACIÓN QUE CONSUME MEDICAMENTOS
EN FUNCIÓN DE LA MODALIDAD DE SEGURO SANITARIO

		Varón	Mujer	Total
Seguridad social	No	56,95%	73,49%	64,21%
	Sí	57,87%	73,93%	66,12%
Empresas colaboradoras de la seguridad social	No	57,80%	73,91%	66,01%
	Sí	64,95%	72,22%	68,30%
Mutualidades del estado (MUFACE, ISFAS, etc.) acogidas a la seguridad social	No	57,78%	74,02%	66,07%
	Sí	59,97%	64,84%	62,03%
Mutualidades del estado (MUFACE, ISFAS, etc.) acogidas a un seguro privado	No	57,67%	73,96%	66,00%
	Sí	61,39%	72,44%	66,41%
Seguro médico privado (Sanitas, Asisa, colegios profesionales, etc.) Concertado individualmente	No	57,58%	73,75%	65,79%
	Sí	59,95%	75,26%	68,07%
Seguro médico privado concertado por la empresa	No	58,43%	74,03%	66,53%
	Sí	48,75%	69,64%	55,00%
No tiene seguro médico, utiliza siempre médicos privados	No	57,89%	73,91%	66,06%
	Sí	34,21%	74,72%	49,91%
Otra situación	No	57,88%	73,90%	66,05%
	Sí	43,00%	80,66%	56,07%

Fuente: ENS 2006.

TABLA 37
CONSUMO Y RECETA DE MEDICAMENTOS EN LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS

	Consumido		Recetado	
	Sí	No	Sí	No
01. Medicinas para el catarro, gripe, garganta, bronquios.....	☐ 1	☐ 6	☐ 1	☐ 6
02. Medicinas para el dolor	☐ 1	☐ 6	☐ 1	☐ 6
03. Medicinas para bajar la fiebre.....	☐ 1	☐ 6	☐ 1	☐ 6
04. Reconstituyentes como vitaminas, minerales, tónicos.....	☐ 1	☐ 6	☐ 1	☐ 6
05. Laxantes	☐ 1	☐ 6	☐ 1	☐ 6
06. Antibióticos	☐ 1	☐ 6	☐ 1	☐ 6
07. Tranquilizantes, relajantes, pastillas para dormir.....	☐ 1	☐ 6	☐ 1	☐ 6
08. Medicamentos para la alergia	☐ 1	☐ 6	☐ 1	☐ 6
09. Medicamentos para la diarrea.....	☐ 1	☐ 6	☐ 1	☐ 6
10. Medicinas para el reuma	☐ 1	☐ 6	☐ 1	☐ 6
11. Medicinas para el corazón	☐ 1	☐ 6	☐ 1	☐ 6
12. Medicinas para la tensión arterial.....	☐ 1	☐ 6	☐ 1	☐ 6
13. Medinas para el estómago y/o las alteraciones digestivas	☐ 1	☐ 6	☐ 1	☐ 6
14. Antidepresivos, estimulantes	☐ 1	☐ 6	☐ 1	☐ 6
15. Píldoras para no quedar embarazada (sólo para mujeres)	☐ 1	☐ 6	☐ 1	☐ 6
16. Hormonas para la menopausia (sólo para mujeres).....	☐ 1	☐ 6	☐ 1	☐ 6
17. Medicamentos para adelgazar	☐ 1	☐ 6	☐ 1	☐ 6
18. Medicamentos para bajar el colesterol	☐ 1	☐ 6	☐ 1	☐ 6
19. Medicamentos para la diabetes	☐ 1	☐ 6	☐ 1	☐ 6
20. Otros medicamentos	☐ 1	☐ 6	☐ 1	☐ 6
21. Productos homeopáticos	☐ 1	☐ 6		
22. Productos naturistas.....	☐ 1	☐ 6		

Fuente: ENS 2006.

TABLA 38
DIFERENCIA ENTRE LA POBLACIÓN QUE CONSUME MEDICAMENTOS Y QUE TIENE RECETA

	Varones	Mujeres	Ambos sexos
Población que está consumiendo medicamentos	10.591.233	14.068.808	24.660.041
Población que tiene receta de medicamentos	8.909.724	12.448.233	21.357.957
Diferencia	1.681.509	1.620.575	3.302.084

Fuente: Elaboración propia a partir de la ENS 2006.

TABLA 39
POBLACIÓN AUTOMEDICADA Y PORCENTAJE SOBRE EL TOTAL POR SEXO

	Varón		Mujer		Total	
No	15.721.688	85,63%	15.883.486	83,29%	31.605.174	84,44%
Sí	2.637.287	14,37%	3.186.348	16,71%	5.823.635	15,56%
Total	18.358.975	100,00%	19.069.834	100,00%	37.428.809	100,00%

Fuente: Elaboración propia a partir de la ENS 2006.

TABLA 40
POBLACIÓN AUTOMEDICADA Y PORCENTAJE SOBRE EL TOTAL POR SEXO

	Varón	Mujer	Ambos sexos
Andalucía	11,95	14,57	13,28
Aragón	10,77	12,58	11,68
Principado de Asturias	11,72	10,40	11,03
Illes Balears	19,74	20,44	20,09
Canarias	8,34	11,88	10,12
Cantabria	7,59	7,58	7,58
Castilla y León	12,25	16,19	14,25
Castilla-la Mancha	10,83	18,47	14,65
Cataluña	16,66	14,99	15,81
Comunidad Valenciana	20,62	25,99	23,33
Extremadura	8,16	9,99	9,09
Galicia	10,84	14,66	12,84
Comunidad de Madrid	19,00	21,66	20,38
Región de Murcia	11,19	13,16	12,17
Comunidad foral de Navarra	14,38	20,43	17,43
País Vasco	13,68	13,25	13,46
La Rioja	6,74	13,38	10,05
Ceuta y Melilla	14,13	17,26	15,72
España	14,37	16,71	15,56

Fuente: Elaboración propia a partir de la ENS 2006.

TABLA 41
POBLACIÓN AUTOMEDICADA POR TAMAÑO DEL MUNICIPIO Y POR SEXO

	Varón	Mujer	Total
Menor o igual a 2.000 habitantes	11,61	12,74	12,20
2.001 a 10.000 habitantes	13,00	13,46	13,24
10.001 a 50.000 habitantes	14,36	17,68	16,04
50.001 a 100.000 habitantes	13,08	18,22	15,73
100.001 a 400.000 habitantes	15,60	16,53	16,06
400.001 a 1.000.000 habitantes	10,73	16,37	13,50
Más de 1.000.000 habitantes	19,06	20,27	19,69

Fuente: Elaboración propia a partir de la ENS 2006.

TABLA 42
POBLACIÓN AUTOMEDICADA POR CLASE SOCIAL Y SEXO

	Varón	Mujer	Total
Clase I: directivos empresas de más de 10 empleados y profesiones asociadas a titulaciones de 2º y 3º ciclo	18,05	23,70	20,13
Clase II: directivos de empresas de menos de 10 asalariados. profesiones asociadas a una titulación de 1º ciclo universitario	18,12	21,25	19,54
Clase III: empleados de tipo administrativo y profesionales de apoyo a la gestión administrativa y financiera. trabajado	15,16	17,69	16,34
Clase IVa: trabajadores manuales cualificados	13,01	15,80	13,86
Clase IVb: trabajadores manuales semicualificados	13,69	18,35	16,60
Clase V: trabajadores no cualificados	12,23	15,58	14,23
No consta	13,02	12,29	12,47

Fuente: Elaboración propia a partir de la ENS 2006.

TABLA 43
POBLACIÓN AUTOMEDICADA POR RELACIÓN FRENTE A LA ACTIVIDAD Y SEXO

	Varón	Mujer	Total
Trabajando	17,14	20,71	18,58
Trabajando con baja de 3 meses o superior	6,49	11,74	9,00
En desempleo	14,82	19,06	17,21
Jubilado/a pensionista	6,91	9,22	7,94
Estudiante	17,23	19,93	18,59
Dedicado/a principalmente a las labores del hogar	0,00	14,80	14,75
Realizando sin remuneración trabajos sociales o actividades benéficas	0,00	0,00	0,00
Otras situaciones	8,55	9,97	9,15
No consta	24,84	16,79	20,87

Fuente: Elaboración propia a partir de la ENS 2006.

TABLA 44
POBLACIÓN AUTOMEDICADA POR TIPO DE MEDICAMENTO.
PORCENTAJE SOBRE EL TOTAL POR SEXO

	Varón	Mujer	Ambos sexos
Medicinas para el catarro, gripe, garganta, bronquios	4,41	3,28	3,83
Medicinas para el dolor	7,91	10,64	9,30
Medicinas para bajar la fiebre	0,54	0,56	0,55
Reconstituyentes como vitaminas, minerales, tónicos	1,47	1,41	1,44
Laxantes	0,24	1,20	0,73
Antibióticos	0,31	0,22	0,26
Tranquilizantes, relajantes, pastillas para dormir	0,33	0,45	0,39
Medicamentos para la alergia	0,13	0,11	0,12
Medicamentos para la diarrea	0,07	0,09	0,08
Medicinas para el reuma	0,03	0,06	0,04
Medicinas para el corazón	0,03	0,03	0,03
Medicinas para la tensión arterial	0,12	0,12	0,12
Medicinas para el estómago y/o alteraciones digestivas	0,88	0,44	0,65
Antidepresivos, estimulantes	0,04	0,09	0,07
Píldoras para no quedar embarazada		0,29	0,15
Hormonas para la menopausia		0,03	0,02
Medicamentos para adelgazar	0,04	0,24	0,14
Medicamentos para bajar el colesterol	0,10	0,10	0,10
Medicamentos para la diabetes	0,05	0,06	0,05
Otros medicamentos	0,93	0,97	0,95

Fuente: Elaboración propia a partir de la ENS 2006.

TABLA 45
POBLACIÓN AUTOMEDICADA POR TIPO DE MEDICAMENTO.
PORCENTAJE SOBRE TOTAL DE POBLACIÓN QUE CONSUME CADA MEDICAMENTO POR SEXO

	Población que consume medicamentos			Población que consume medicamentos sin receta			Porcentaje de población automedicada sobre la población que consume medicamentos		
	Varón	Mujer	Total	Varón	Mujer	Total	Varón	Mujer	Total
Medicinas para el catarro, gripe, garganta, bronquios	2.123.308	1.955.923	4.079.231	801.797	620.078	1.421.875	37,76	31,70	34,86
Medicinas para el dolor	4.332.145	7.826.142	12.158.288	1.439.299	2.013.405	3.452.703	33,22	25,73	28,40
Medicinas para bajar la fiebre	398.721	450.445	849.167	99.014	106.262	205.276	24,83	23,59	24,17
Reconstituyentes como vitaminas, minerales, tónicos	568.144	1.654.101	2.222.245	266.697	267.209	533.906	46,94	16,15	24,03
Laxantes	256.367	786.204	1.042.571	43.137	227.345	270.481	16,83	28,92	25,94
Antibióticos	719.288	839.200	1.558.488	57.158	40.682	97.840	7,95	4,85	6,28
Tranquilizantes, relajantes, pastillas para dormir	1.184.456	2.680.523	3.864.978	59.775	84.694	144.469	5,05	3,16	3,74
Medicamentos para la alergia	570.180	838.124	1.408.304	23.430	21.348	44.778	4,11	2,55	3,18
Medicamentos para la diarrea	86.854	103.509	190.363	13.515	16.750	30.265	15,56	16,18	15,90
Medicinas para el reuma	511.222	1.532.288	2.043.510	4.804	10.851	15.656	0,94	0,71	0,77
Medicinas para el corazón	1.109.693	1.054.081	2.163.774	4.724	5.648	10.372	0,43	0,54	0,48
Medicinas para la tensión arterial	2.577.503	3.429.455	6.006.958	22.717	22.629	45.346	0,88	0,66	0,75
Medicinas para el estómago y/o alteraciones digestivas	1.437.817	1.881.369	3.319.186	159.303	82.728	242.031	11,08	4,40	7,29
Antidepresivos, estimulantes	574.131	1.515.972	2.090.103	7.713	17.401	25.114	1,34	1,15	1,20
Píldoras para no quedar embarazada		1.021.125	1.021.125	0	54.112	54.112		5,30	5,30
Hormonas para la menopausia		274.288	274.288	0	6.055	6.055		2,21	2,21
Medicamentos para adelgazar	22.717	104.901	127.619	7.830	44.698	52.528	34,47	42,61	41,16
Medicamentos para bajar el colesterol	1.393.697	1.672.109	3.065.805	18.893	18.907	37.800	1,36	1,13	1,23
Medicamentos para la diabetes	899.973	884.074	1.784.047	8.783	10.426	19.208	0,98	1,18	1,08
Otros medicamentos	2.739.789	3.774.256	6.514.045	169.470	183.928	353.398	6,19	4,87	5,43
Total	21.506.005	34.278.090	55.784.095	3.208.057	3.855.153	7.063.211	14,92	11,25	12,66

Fuente: Elaboración propia a partir de la ENS 2006.

TABLA 46
DIFERENCIAS DEBIDAS A POLIMEDICADOS

	Varones	Mujeres	Ambos sexos
Población que está consumiendo medicamentos	10.591.233	14.068.808	24.660.041
Población que tiene receta de medicamentos	8.909.724	12.448.233	21.357.957
Automedicados	2.637.287	3.186.348	5.823.635
Suma de personas que toman medicamentos	21.506.005	34.278.090	55.784.095
Suma de personas que se automedican	3.208.057	3.855.153	7.063.211
Diferencias debida a polimedicados	10.914.772	20.209.282	31.124.054
Diferencia debida a poliautomedicados	570.770	668.805	1.239.576

Fuente: Elaboración propia a partir de la ENS 2006.

TABLA 47
POBLACIÓN POR SEXO EN FUNCIÓN DEL NÚMERO DE TIPOS DE MEDICAMENTOS QUE CONSUME

	Varones			Mujeres			Ambos sexos		
	Número	% sobre población total	% sobre población que consume medicamentos	Número	% sobre población total	% sobre población que consume medicamentos	Número	% sobre población total	% sobre población que consume medicamentos
Número de tipos de medicamentos que consume									
0	7.767.742	42,31		5.001.026	26,22		12.768.768	34,11	
1	5.310.514	28,93	50,14	5.511.792	28,90	39,18	10.822.306	28,91	43,89
2	2.565.423	13,97	24,22	3.381.632	17,73	24,04	5.947.055	15,89	24,12
3	1.318.442	7,18	12,45	2.160.091	11,33	15,35	3.478.533	9,29	14,11
4	635.186	3,46	6,00	1.348.081	7,07	9,58	1.983.267	5,30	8,04
5	390.425	2,13	3,69	778.374	4,08	5,53	1.168.800	3,12	4,74
6	169.859	0,93	1,60	408.787	2,14	2,91	578.646	1,55	2,35
7	101.401	0,55	0,96	257.628	1,35	1,83	359.029	0,96	1,46
8	58.449	0,32	0,55	98.673	0,52	0,70	157.123	0,42	0,64
9	19.495	0,11	0,18	60.469	0,32	0,43	79.964	0,21	0,32
10	14.873	0,08	0,14	53.601	0,28	0,38	68.473	0,18	0,28
11	4.755	0,03	0,04	7.015	0,04	0,05	11.769	0,03	0,05
12				466	0,00	0,00	466	0,00	0,00
13				813	0,00	0,01	813	0,00	0,00
14				1.275	0,01	0,01	1.275	0,00	0,01
15				111	0,00	0,00	111	0,00	0,00
18	2.412	0,01	0,02				2.412	0,01	0,01
Personas que consumen algún medicamento	10.591.233	100,00	100,00	14.068.808	100,00	100,00	24.660.041	100,00	100,00
Personas que no consumen algún medicamento	7.767.742			5.001.026			12.768.768		
Población de 16 o más años	18.358.975			19.069.834			37.428.809		

Fuente: Elaboración propia a partir de la ENS 2006.

TABLA 48
NÚMERO MEDIO DE TIPOS DE MEDICAMENTOS POR EDAD Y SEXO

	Varones	Mujeres	Ambos sexos
16 a 19 años	1,32	1,49	1,42
20 a 24 años	1,42	1,70	1,58
25 a 29 años	1,46	1,69	1,59
30 a 34 años	1,45	1,69	1,59
35 a 39 años	1,60	1,74	1,68
40 a 44 años	1,68	1,88	1,79
45 a 49 años	1,78	2,18	2,01
50 a 54 años	1,85	2,36	2,14
55 a 59 años	2,38	2,60	2,50
60 a 64 años	2,46	3,01	2,75
65 a 69 años	2,56	3,27	2,98
70 a 74 años	2,64	3,38	3,07
75 a 79 años	2,84	3,64	3,31
80 a 84 años	3,02	3,43	3,26
85 a 89 años	3,28	3,43	3,37
90 y más años	2,90	3,24	3,14
Total	2,03	2,44	2,26

Fuente: Elaboración propia a partir de la ENS 2006.

TABLA 49
POBLACIÓN POR SEXO EN FUNCIÓN DEL NÚMERO DE TIPOS DE RECETAS QUE DISPONE

	Varones			Mujeres			Ambos sexos		
	Número	% sobre población total	% sobre población que consume medicamentos	Número	% sobre población total	% sobre población que consume medicamentos	Número	% sobre población total	% sobre población que consume medicamentos
0	9.449.251	51,47		6.621.601	34,72		16.070.852	42,94	
1	3.907.707	21,28	43,86	4.530.416	23,76	36,39	8.438.122	22,54	39,51
2	2.158.660	11,76	24,23	2.984.062	15,65	23,97	5.142.722	13,74	24,08
3	1.243.292	6,77	13,95	1.897.787	9,95	15,25	3.141.078	8,39	14,71
4	716.793	3,90	8,05	1.293.139	6,78	10,39	2.009.932	5,37	9,41
5	408.252	2,22	4,58	774.686	4,06	6,22	1.182.939	3,16	5,54
6	215.536	1,17	2,42	414.006	2,17	3,33	629.541	1,68	2,95
7	125.327	0,68	1,41	267.021	1,40	2,15	392.349	1,05	1,84
8	83.419	0,45	0,94	126.657	0,66	1,02	210.076	0,56	0,98
9	29.976	0,16	0,34	71.856	0,38	0,58	101.832	0,27	0,48
10	14.491	0,08	0,16	57.691	0,30	0,46	72.181	0,19	0,34
11	3.349	0,02	0,04	19.282	0,10	0,15	22.631	0,06	0,11
12	2.923	0,02	0,03	7.726	0,04	0,06	10.649	0,03	0,05
13				3.157	0,02	0,03	3.157	0,01	0,01
14				636	0,00	0,01	636	0,00	0,00
15				111	0,00	0,00	111	0,00	0,00
Personas que tiene receta de algún medicamento	8.909.724	100,00	100,00	12.448.233	100,00	100,00	21.357.957	100,00	100,00
Personas que no tienen receta de algún medicamento	9.449.251			6.621.601			16.070.852		
Población de 16 o más años	18.358.975			19.069.834			37.428.809		

Fuente: Elaboración propia a partir de la ENS 2006.

TABLA 50 POBLACIÓN POR SEXO EN FUNCIÓN DEL NÚMERO DE TIPOS DE MEDICAMENTOS PARA LOS QUE SE AUTOMEDICA									
	Varones			Mujeres			Ambos sexos		
Número de tipos de receta que dispone	Número	% sobre población total	% sobre población que consume medicamentos	Número	% sobre población total	% sobre población que consume medicamentos	Número	% sobre población total	% sobre población que consume medicamentos
0	15.721.688	85,63		15.883.486	83,29		31.605.174	84,44	
1	2.204.591	12,01	83,59	2.652.737	13,91	83,25	4.857.328	12,98	83,41
2	345.377	1,88	13,10	417.824	2,19	13,11	763.201	2,04	13,11
3	71.121	0,39	2,70	97.648	0,51	3,06	168.769	0,45	2,90
4	5.758	0,03	0,22	16.870	0,09	0,53	22.629	0,06	0,39
5	8.028	0,04	0,30	1.268	0,01	0,04	9.296	0,02	0,16
Más de 5	2.412	0,01	0,09			0,00	2.412	0,01	0,04
Personas que se automedican para algún medicamento	2.637.287	100,00	100,00	3.186.348	100,00	100,00	5.823.635	100,00	100,00
Personas que no se automedican	15.721.688			15.883.486			31.605.174		
Población de 16 o más años	18.358.975			19.069.834			37.428.809		

Fuente: Elaboración propia a partir de la ENS 2006.

TABLA 51
NÚMERO MEDIO DE RECETAS DE TIPOS DE MEDICAMENTOS POR EDAD Y SEXO

	Varón	Mujer	Ambos sexos
16 a 19 años	1,69	1,73	1,71
20 a 24 años	1,63	1,84	1,77
25 a 29 años	1,78	1,82	1,80
30 a 34 años	1,72	1,76	1,75
35 a 39 años	1,85	1,90	1,88
40 a 44 años	1,93	2,05	2,00
45 a 49 años	1,94	2,29	2,14
50 a 54 años	1,96	2,47	2,25
55 a 59 años	2,57	2,64	2,61
60 a 64 años	2,56	3,13	2,86
65 a 69 años	2,63	3,31	3,03
70 a 74 años	2,67	3,41	3,10
75 a 79 años	2,89	3,61	3,31
80 a 84 años	3,00	3,40	3,23
85 a 89 años	3,28	3,39	3,35
90 y más años	2,99	3,16	3,11
Total	2,27	2,59	2,45

Fuente: Elaboración propia a partir de la ENS 2006.

TABLA 52
NÚMERO MEDIO DE RECETAS DE TIPOS DE MEDICAMENTOS POR EDAD Y SEXO

	Varón	Mujer	Ambos sexos
16 a 19 años	1,18	1,08	1,13
20 a 24 años	1,23	1,13	1,18
25 a 29 años	1,16	1,25	1,21
30 a 34 años	1,24	1,28	1,26
35 a 39 años	1,34	1,23	1,29
40 a 44 años	1,21	1,21	1,21
45 a 49 años	1,13	1,23	1,18
50 a 54 años	1,25	1,17	1,20
55 a 59 años	1,21	1,21	1,21
60 a 64 años	1,17	1,15	1,16
65 a 69 años	1,22	1,36	1,30
70 a 74 años	1,21	1,13	1,16
75 a 79 años	1,12	1,25	1,21
80 a 84 años	1,23	1,17	1,20
85 a 89 años	1,26	1,10	1,15
90 y más años	1,68	1,38	1,46
Total	1,22	1,21	1,21

Fuente: Elaboración propia a partir de la ENS 2006.

TABLA 53 POBLACIÓN QUE NO CONSUME MEDICAMENTOS Y QUE TIENE RECETA POR SEXO			
	Varones	Mujeres	Ambos sexos
Población que está consumiendo medicamentos	10.591.233	14.068.808	24.660.041
Población que tiene receta de medicamentos	8.909.724	12.448.233	21.357.957
Población que tiene receta pero no consume el medicamento	699.553	700.514	1.400.067

Fuente: Elaboración propia a partir de la ENS 2006.

TABLA 54 POBLACIÓN QUE TIENE RECETA Y NO CONSUME MEDICAMENTOS Y PORCENTAJE SOBRE EL TOTAL POR SEXO			
		No	Sí
Varones	Número	17.659.422	699.553
	% sobre población de 16 o más años	96,19	3,81
	% sobre población con receta		7,85
Mujeres	Número	18.369.320	700.514
	% sobre población de 16 o más años	96,33	3,67
	% sobre población con receta		5,63
Ambos sexos	Número	36.028.742	1.400.067
	% sobre población de 16 o más años	96,26	3,74
	% sobre población con receta		6,56

Fuente: Elaboración propia a partir de la ENS 2006.

TABLA 55
VARIABLES DE LOS MODELOS LOGÍSTICOS. AMBOS SEXOS

Variables		Media	Error estándar	[95% Intervalo de confianza]	
Edad	De 16 a 24	12,45	0,19	12,07	12,83
	De 25 a 44	39,71	0,28	39,15	40,27
	De 45 a 64	28,44	0,26	27,92	28,95
	De 65 a 74	10,28	0,18	9,94	10,63
	De 75 y mayores	9,12	0,17	8,79	9,45
Sexo	Hombres	49,05	0,29	48,48	49,62
	Mujeres	50,95	0,29	50,38	51,52
Vive en pareja	Sí	63,19	0,28	62,64	63,74
	No	36,56	0,28	36,01	37,11
Estudios	Sin estudios	11,20	0,18	10,84	11,56
	Primarios	49,13	0,29	48,56	49,70
	Secundarios	21,90	0,24	21,43	22,37
	Universitarios	16,85	0,22	16,42	17,28
Situación respecto a la actividad	Ocupado	49,80	0,29	49,23	50,37
	De baja	1,57	0,07	1,43	1,72
	Parado	7,15	0,15	6,85	7,44
	Inactivo	41,09	0,29	40,53	41,65
Ingresos del hogar	Menos de 900€	18,91	0,23	18,46	19,36
	De 900€ a 1.800€	41,59	0,29	41,03	42,15
	De 1.801€ a 3.600€	21,10	0,24	20,64	21,57
	Más de 3.600€	4,58	0,12	4,34	4,82
Clase social	Clase I	9,84	0,17	9,50	10,18
	Clase II	9,76	0,17	9,43	10,10
	Clase III	23,34	0,25	22,86	23,82
	Clase IVa	28,35	0,26	27,84	28,87
	Clase IVb	12,82	0,19	12,44	13,20
	Clase V	13,53	0,20	13,14	13,92
Horas de sueño	<7	52,04	0,29	51,47	52,61
	>7	47,96	0,29	47,39	48,53
Ejercicio en el tiempo libre	Sí	60,56	0,29	60,00	61,12
	No	39,44	0,29	38,88	40,00
IMC	IMC<30	84,98	0,22	84,55	85,41
	IMC>30	15,02	0,22	14,59	15,45

(Continúa en página siguiente)

(Continuación)

TABLA 55 VARIABLES DE LOS MODELOS LOGÍSTICOS. AMBOS SEXOS					
Variables		Media	Error estándar	[95% Intervalo de confianza]	
Fumador	Sí	29,50	0,27	28,98	30,02
	No	70,50	0,27	69,98	71,02
Bebedor	Sí	55,73	0,29	55,17	56,30
	No	44,27	0,29	43,70	44,83
Estado de salud	Muy bueno	17,97	0,22	17,53	18,41
	Bueno	48,56	0,29	47,99	49,13
	Regular	24,79	0,25	24,29	25,28
	Malo	6,36	0,14	6,08	6,63
	Muy malo	2,33	0,09	2,16	2,50
Visita al médico	Sí	38,36	0,28	37,81	38,92
	No	61,64	0,28	61,08	62,19
Padece enfermedad crónica	Sí	71,57	0,26	71,05	72,08
	No	28,43	0,26	27,92	28,95
CC.AA. de residencia	Andalucía	17,41	0,22	16,98	17,85
	Aragón	2,91	0,10	2,72	3,10
	Baleares	2,25	0,09	2,08	2,42
	Canarias	4,44	0,12	4,20	4,67
	Castilla y León	5,74	0,14	5,48	6,01
	Castilla-La Mancha	4,31	0,12	4,08	4,54
	Cataluña	15,95	0,21	15,53	16,37
	Comunidad Valenciana	10,71	0,18	10,36	11,06
	Extremadura	2,39	0,09	2,22	2,57
	Galicia	6,35	0,14	6,07	6,63
	Madrid	13,53	0,20	13,14	13,92
	Murcia	2,99	0,10	2,80	3,19
	Navarra	1,33	0,07	1,20	1,46
	Pais Vasco	4,88	0,13	4,64	5,13
	La Rioja	0,70	0,05	0,60	0,79
	Ceuta Melilla	0,29	0,03	0,22	0,35
	Cantabria	1,30	0,07	1,17	1,43
	Principado de Asturias	2,50	0,09	2,33	2,68

(Continúa en página siguiente)

(Continuación)

TABLA 55 VARIABLES DE LOS MODELOS LOGÍSTICOS. AMBOS SEXOS					
Variables		Media	Error estándar	[95% Intervalo de confianza]	
Tamaño del municipio	Menor o igual a 2.000 habitantes	6,13	0,14	5,86	6,40
	2.001 a 10.000 habitantes	15,50	0,21	15,09	15,92
	10.001 a 50.000 habitantes	25,50	0,25	25,01	26,00
	50.001 a 100.000 habitantes	11,79	0,19	11,42	12,16
	100.001 a 400.000 habitantes	23,01	0,25	22,53	23,49
	400.001 a 1.000.000 habitantes	7,11	0,15	6,81	7,40
	Más de 1.000.000 habitantes	10,96	0,18	10,60	11,31
Consume medicamentos	Sí	65,89	0,28	65,34	66,43
	No	34,11	0,28	33,57	34,66
Se automedica	Sí	15,56	0,21	15,15	15,97
	No	84,44	0,21	84,03	84,85
Incumplimiento terapéutico	Sí	3,74	0,11	3,52	3,96
	No	96,26	0,11	96,04	96,48

Fuente: Elaboración propia a partir de la ENS 2006.

TABLA 56
VARIABLES DE LOS MODELOS LOGÍSTICOS. HOMBRES

Variables		Media	Error estándar	[95% Intervalo de confianza]	
Edad	De 16 a 24	13,01	0,31	12,40	13,63
	De 25 a 44	41,57	0,46	40,68	42,47
	De 45 a 64	28,54	0,42	27,72	29,36
	De 65 a 74	9,13	0,27	8,61	9,65
	De 75 y mayores	7,75	0,25	7,26	8,23
Vive en pareja	Sí	63,01	0,45	62,13	63,88
	No	36,73	0,45	35,85	37,60
Estudios	Sin estudios	9,02	0,27	8,50	9,54
	Primarios	48,91	0,46	48,00	49,82
	Secundarios	23,48	0,39	22,71	24,25
	Universitarios	17,79	0,35	17,10	18,49
Situación respecto a la actividad	Ocupado	60,60	0,45	59,71	61,48
	De baja	1,68	0,12	1,44	1,91
	Parado	6,36	0,23	5,91	6,80
	Inactivo	30,96	0,43	30,12	31,80
Ingresos del hogar	Menos de 900€	16,92	0,35	16,23	17,60
	De 900€ a 1.800€	42,36	0,46	41,46	43,26
	De 1.801€ a 3.600€	22,98	0,39	22,21	23,74
	Más de 3.600€	5,30	0,21	4,89	5,70
Clase social	Clase I	10,53	0,28	9,97	11,09
	Clase II	9,99	0,28	9,44	10,53
	Clase III	23,64	0,39	22,87	24,41
	Clase IVa	29,33	0,42	28,50	30,16
	Clase IVb	11,76	0,30	11,17	12,34
	Clase V	12,91	0,31	12,31	13,52
Horas de sueño	<7	51,37	0,46	50,46	52,29
	>7	48,63	0,46	47,71	49,54
Ejercicio en el tiempo libre	Sí	63,64	0,45	62,76	64,52
	No	36,36	0,45	35,48	37,24
IMC	IMC<30	84,81	0,34	84,14	85,48
	IMC>30	15,19	0,34	14,52	15,86
Fumador	Sí	35,33	0,44	34,46	36,20
	No	64,67	0,44	63,80	65,54

(Continúa en página siguiente)

(Continuación)

TABLA 56
VARIABLES DE LOS MODELOS LOGÍSTICOS. HOMBRES

Variables	Media	Error estándar	[95% Intervalo	de confianza]	
Bebedor	Sí	70,23	0,42	69,40	71,06
	No	29,77	0,42	28,94	30,60
Estado de salud	Muy bueno	20,26	0,37	19,53	20,99
	Bueno	52,39	0,46	51,48	53,30
	Regular	20,48	0,37	19,75	21,22
	Malo	4,95	0,20	4,56	5,34
	Muy malo	1,92	0,13	1,67	2,16
Visita al médico	Sí	32,38	0,43	31,53	33,23
	No	67,62	0,43	66,77	68,47
Padece enfermedad crónica	Sí	64,02	0,44	63,15	64,89
	No	35,98	0,44	35,11	36,85
CC.AA. de residencia	Andalucía	17,46	0,35	16,77	18,15
	Aragón	2,95	0,16	2,64	3,25
	Baleares	2,29	0,14	2,02	2,56
	Canarias	4,50	0,19	4,13	4,88
	Castilla y León	5,77	0,22	5,35	6,20
	Castilla-La Mancha	4,40	0,19	4,03	4,78
	Cataluña	16,01	0,34	15,34	16,67
	Comunidad Valenciana	10,80	0,29	10,24	11,36
	Extremadura	2,41	0,14	2,13	2,69
	Galicia	6,18	0,22	5,74	6,62
	Madrid	13,26	0,31	12,64	13,88
	Murcia	3,07	0,16	2,76	3,39
	Navarra	1,35	0,11	1,14	1,56
	Pais Vasco	4,84	0,20	4,45	5,23
	La Rioja	0,71	0,08	0,56	0,87
	Ceuta Melilla	0,29	0,05	0,19	0,38
	Cantabria	1,29	0,10	1,08	1,49
	Principado de Asturias	2,42	0,14	2,15	2,70

(Continúa en página siguiente)

(Continuación)

TABLA 56
VARIABLES DE LOS MODELOS LOGÍSTICOS. HOMBRES

Variables		Media	Error estándar	[95% Intervalo de confianza]	
Tamaño del municipio	Menor o igual a 2.000 habitantes	6,04	0,22	5,61	6,47
	2.001 a 10.000 habitantes	15,04	0,33	14,39	15,69
	10.001 a 50.000 habitantes	25,55	0,40	24,76	26,35
	50.001 a 100.000 habitantes	11,65	0,30	11,07	12,23
	100.001 a 400.000 habitantes	23,75	0,39	22,98	24,52
	400.001 a 1.000.000 habitantes	7,35	0,24	6,88	7,83
	Más de 1.000.000 habitantes	10,61	0,29	10,05	11,17
Consume medicamentos	Sí	57,69	0,46	56,79	58,59
	No	42,31	0,46	41,41	43,21
Se automedica	Sí	14,37	0,33	13,73	15,00
	No	85,63	0,33	85,00	86,27
Incumplimiento terapéutico	Sí	3,81	0,18	3,46	4,16
	No	96,19	0,18	95,84	96,54

Fuente: Elaboración propia a partir de la ENS 2006.

TABLA 57
VARIABLES DE LOS MODELOS LOGÍSTICOS. MUJERES

Variables		Media	Error estándar	[95% Intervalo de confianza]	
Edad	De 16 a 24	11,91	0,24	11,43	12,39
	De 25 a 44	37,92	0,36	37,21	38,63
	De 45 a 64	28,34	0,34	27,68	29,00
	De 65 a 74	11,39	0,24	10,92	11,86
	De 75 y mayores	10,44	0,23	9,99	10,89
Vive en pareja	Sí	63,37	0,36	62,67	64,08
	No	36,39	0,36	35,69	37,10
Estudios	Sin estudios	13,31	0,25	12,81	13,80
	Primarios	49,34	0,37	48,61	50,08
	Secundarios	20,38	0,30	19,78	20,97
	Universitarios	15,94	0,27	15,40	16,48
Situación respecto a la actividad	Ocupado	39,40	0,37	38,69	40,12
	De baja	1,48	0,09	1,30	1,65
	Parado	7,91	0,20	7,51	8,30
	Inactivo	50,83	0,37	50,10	51,57
Ingresos del hogar	Menos de 900€	20,83	0,31	20,23	21,43
	De 900€ a 1.800€	40,85	0,37	40,13	41,57
	De 1.801€ a 3.600€	19,30	0,30	18,72	19,88
	Más de 3.600€	3,90	0,15	3,61	4,18
Clase social	Clase I	9,17	0,22	8,74	9,59
	Clase II	9,55	0,22	9,12	9,98
	Clase III	23,05	0,32	22,44	23,67
	Clase IVa	27,41	0,33	26,76	28,07
	Clase IVb	13,84	0,26	13,34	14,35
	Clase V	14,11	0,26	13,60	14,63
Horas de sueño	<7	52,68	0,37	51,95	53,42
	>7	47,32	0,37	46,58	48,05
Ejercicio en el tiempo libre	Sí	57,59	0,37	56,86	58,32
	No	42,41	0,37	41,68	43,14
IMC	IMC<30	85,15	0,29	84,59	85,72
	IMC>30	14,85	0,29	14,28	15,41
Fumador	Sí	23,88	0,32	23,26	24,51
	No	76,12	0,32	75,49	76,74

(Continúa en página siguiente)

(Continuación)

TABLA 57 VARIABLES DE LOS MODELOS LOGÍSTICOS. MUJERES					
VARIABLES		Media	Error estándar	[95% Intervalo de confianza]	
Bebedor	Sí	41,78	0,37	41,05	42,50
	No	58,22	0,37	57,50	58,95
Estado de salud	Muy bueno	15,76	0,27	15,23	16,30
	Bueno	44,87	0,37	44,14	45,60
	Regular	28,93	0,34	28,26	29,60
	Malo	7,71	0,20	7,32	8,10
	Muy malo	2,73	0,12	2,49	2,97
Visita al médico	Sí	44,12	0,37	43,39	44,85
	No	55,88	0,37	55,15	56,61
Padece enfermedad crónica	Sí	78,84	0,31	78,24	79,43
	No	21,16	0,31	20,57	21,76
CC.AA. de residencia	Andalucía	17,37	0,28	16,82	17,93
	Aragón	2,88	0,13	2,63	3,12
	Baleares	2,22	0,11	2,00	2,44
	Canarias	4,37	0,15	4,07	4,67
	Castilla y León	5,72	0,17	5,38	6,06
	Castilla-La Mancha	4,22	0,15	3,93	4,52
	Cataluña	15,90	0,27	15,36	16,43
	Comunidad Valenciana	10,62	0,23	10,17	11,07
	Extremadura	2,38	0,11	2,15	2,60
	Galicia	6,52	0,18	6,15	6,88
	Madrid	13,79	0,26	13,28	14,30
	Murcia	2,91	0,13	2,67	3,16
	Navarra	1,31	0,09	1,15	1,48
	Pais Vasco	4,93	0,16	4,61	5,25
	La Rioja	0,68	0,06	0,56	0,80
	Ceuta Melilla	0,29	0,04	0,21	0,36
	Cantabria	1,31	0,09	1,15	1,48
	Principado de Asturias	2,58	0,12	2,35	2,81

(Continúa en página siguiente)

(Continuación)

TABLA 57
VARIABLES DE LOS MODELOS LOGÍSTICOS. MUJERES

Variables		Media	Error estándar	[95% Intervalo de confianza]	
Tamaño del municipio	Menor o igual a 2.000 habitantes	6,21	0,18	5,86	6,57
	2.001 a 10.000 habitantes	15,95	0,27	15,41	16,49
	10.001 a 50.000 habitantes	25,46	0,33	24,82	26,10
	50.001 a 100.000 habitantes	11,92	0,24	11,45	12,40
	100.001 a 400.000 habitantes	22,30	0,31	21,69	22,91
	400.001 a 1.000.000 habitantes	6,87	0,19	6,50	7,24
	Más de 1.000.000 habitantes	11,29	0,24	10,82	11,75
Consume medicamentos	Sí	73,78	0,33	73,13	74,42
	No	26,22	0,33	25,58	26,87
Se automedica	Sí	16,71	0,28	16,16	17,26
	No	83,29	0,28	82,74	83,84
Incumplimiento terapéutico	Sí	3,67	0,14	3,40	3,95
	No	96,33	0,14	96,05	96,60

Fuente: Elaboración propia a partir de la ENS 2006.

TABLA 58
RESULTADOS DEL MODELO DE CONSUMO DE MEDICAMENTOS

	B	Wald	Significación	Exp(B)	I.C. 95,0% para EXP(B)	
gedad6574	1,00	178,72	0,000	2,72	2,35	3,15
gedad75100	1,33	212,36	0,000	3,79	3,17	4,53
gedad4564	0,25	45,66	0,000	1,29	1,20	1,39
mujeres	0,43	149,18	0,000	1,53	1,43	1,64
universidad	0,15	11,16	0,001	1,16	1,06	1,26
baja	0,28	3,08	0,080	1,33	0,97	1,83
inactivos	0,25	33,43	0,000	1,28	1,18	1,39
mas3601	0,14	2,87	0,090	1,14	0,98	1,34
durmepoco	0,13	16,27	0,000	1,14	1,07	1,22
ejercicio	0,07	4,11	0,043	1,07	1,00	1,15
imc30	0,24	22,73	0,000	1,27	1,15	1,40
fumasi	0,04	1,37	0,243	1,04	0,97	1,12
bebesi	-0,04	1,59	0,207	0,96	0,89	1,02
muybueno	-1,21	455,87	0,000	0,30	0,27	0,33
bueno	-0,91	420,30	0,000	0,40	0,37	0,44
medicosi	1,28	1089,48	0,000	3,60	3,34	3,88
cronicassi	1,34	1340,35	0,000	3,84	3,57	4,12
Baleares	0,16	4,97	0,026	1,17	1,02	1,35
Castilla_Leon	-0,24	8,76	0,003	0,78	0,67	0,92
Cataluña	0,12	3,18	0,075	1,12	0,99	1,28
Valencia	0,24	12,10	0,001	1,28	1,11	1,47
Galicia	-0,15	7,29	0,007	0,86	0,77	0,96
Murcia	-0,15	4,82	0,028	0,86	0,75	0,98
PaisVasco	-0,22	7,16	0,007	0,80	0,68	0,94
CeutaMelilla	0,43	8,89	0,003	1,53	1,16	2,02
Cantabria	-0,32	20,62	0,000	0,73	0,63	0,83
muni7	0,18	5,58	0,018	1,20	1,03	1,39
Constante	-0,56	62,95	0,000	0,57		

Fuente: Elaboración propia.

TABLA 59
RESULTADOS DEL MODELO DE AUTOMEDICACIÓN

	B	Wald	Significación	Exp(B)	I.C. 95,0% para EXP(B)	
gedad1624	0,86	99,83	0,00	2,36	1,99	2,79
gedad2544	0,67	83,19	0,00	1,95	1,69	2,24
gedad4564	0,30	19,85	0,00	1,36	1,19	1,55
mujeres	0,37	84,88	0,00	1,45	1,34	1,56
secundarios	0,29	40,29	0,00	1,34	1,23	1,47
universidad	0,32	37,57	0,00	1,37	1,24	1,52
baja	-0,44	6,56	0,01	0,65	0,46	0,90
inactivos	-0,19	14,43	0,00	0,83	0,75	0,91
mas3601	0,17	4,29	0,04	1,19	1,01	1,40
duermepoco	0,15	15,09	0,00	1,16	1,07	1,24
ejercicio	0,07	3,63	0,06	1,08	1,00	1,16
imc30	-0,08	1,95	0,16	0,93	0,83	1,03
fumasi	0,17	17,59	0,00	1,18	1,09	1,28
bebesi	0,27	46,63	0,00	1,31	1,21	1,42
muybueno	-0,15	6,08	0,01	0,86	0,76	0,97
bueno	-0,06	1,97	0,16	0,94	0,86	1,03
medicosi	-0,41	97,52	0,00	0,66	0,61	0,72
cronicassi	0,39	68,62	0,00	1,48	1,35	1,63
andalucia	-0,34	23,93	0,00	0,71	0,62	0,81
aragon	-0,41	32,86	0,00	0,66	0,58	0,76
Principado	-0,61	28,31	0,00	0,54	0,43	0,68
Canarias	-0,65	39,57	0,00	0,52	0,42	0,64
Cantabria	-0,85	73,28	0,00	0,43	0,35	0,52
Extremadura	-0,65	22,42	0,00	0,52	0,40	0,69
Galicia	-0,38	34,14	0,00	0,69	0,60	0,78
Murcia	-0,44	28,84	0,00	0,65	0,55	0,76
PaisVasco	-0,42	18,85	0,00	0,66	0,54	0,79
LaRioja	-0,51	15,43	0,00	0,60	0,47	0,78
muni7	0,19	5,91	0,02	1,21	1,04	1,40
muni5	0,19	15,24	0,00	1,21	1,10	1,33
muni3	0,16	12,09	0,00	1,17	1,07	1,27
Constante	-2,77	716,20	0,00	0,06		

TABLA 60 RESULTADOS DEL MODELO DE INCUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO						
	B	Wald	Significación	Exp(B)	I.C. 95,0% para EXP(B)	
edad6574	-0,27	6,09	0,01	0,77	0,62	0,95
edad75100	-0,43	14,37	0,00	0,65	0,52	0,81
parado	0,31	4,76	0,03	1,36	1,03	1,79
de1801a3600	-0,29	6,81	0,01	0,75	0,61	0,93
ejercicio	0,18	5,45	0,02	1,20	1,03	1,40
bebesei	-0,27	12,37	0,00	0,76	0,66	0,89
muybueno	-0,89	22,65	0,00	0,41	0,28	0,59
cronicassi	0,37	6,77	0,01	1,45	1,10	1,91
andalucia	-1,00	30,62	0,00	0,37	0,26	0,52
aragon	-1,33	40,15	0,00	0,26	0,18	0,40
Cantabria	-1,13	22,08	0,00	0,32	0,20	0,52
Galicia	-1,01	42,89	0,00	0,36	0,27	0,49
Constante	-3,11	415,15	0,00	0,04		

Fuente: Elaboración propia.

TABLA 61 GASTO TOTAL Y MEDIO EN EL GRUPO DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS			
	2007 (Euros 2007)	2007 (Euros de 2006)	2006 (Euros 2006)
Gasto total	2.930.854,64	2.769.452,48	2.588.131,79
Distribución porcentual	0,58	0,53	0,53
Gasto medio por hogar	180,02	170,11	163,23
Gasto medio por persona	65,67	62,05	59,04
Gasto medio por unidad de consumo de la OCDE	100,26	94,74	90,34

Fuente: EPF 2006 y 2007. Unidades: Gasto total: miles de euros. Gastos medios: euros

TABLA 62										
GASTO TOTAL, GASTOS MEDIOS Y DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL GASTO TOTAL, DEL GRUPO DE MEDICAMENTOS Y OTROS PRODUCTOS FARMACÉUTICOS, APARATOS Y MATERIAL TERAPÉUTICO, SEGÚN TAMAÑO DEL MUNICIPIO										
	Gasto total		Distribución porcentual		Gasto medio por hogar		Gasto medio por persona		Gasto medio por unidad de consumo	
	2007	2006	2007	2006	2007	2006	2007	2006	2007	2006
Total	6.576.152	5.887.526	1,26	1,21	403,93	371,32	147,35	134,31	224,96	205,51
100.000 o más habitantes	3.005.376	2.501.539	1,34	1,20	446,07	380,79	167,30	140,75	252,89	213,65
De 50.000 a 100.000 habitantes	817.419	740.731	1,26	1,26	411,75	399,18	149,28	141,69	228,6	218,87
De 20.000 a 50.000 habitantes	1.008.186	852.188	1,29	1,19	407,37	361,45	145,53	129,53	224,28	199,32
De 10.000 a 20.000 habitantes	599.859	626.835	1,15	1,26	368,22	384,29	127,49	133,22	198,03	206,79
Menos de 10.000 habitantes	1.145.311	1.166.233	1,13	1,21	331,61	338,84	119,83	122,12	183,28	186,64

Fuente: EPF 2006 y 2007. Unidades: Gasto total: miles de euros. Gastos medios: euros

TABLA 63										
GASTO TOTAL, GASTOS MEDIOS Y DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL GASTO TOTAL, DEL GRUPO DE MEDICAMENTOS Y OTROS PRODUCTOS FARMACÉUTICOS, APARATOS Y MATERIAL TERAPÉUTICO, SEGÚN DENSIDAD DE POBLACIÓN										
	Gasto total		Distribución porcentual		Gasto medio por hogar		Gasto medio por persona		Gasto medio por unidad de consumo	
	2007	2006	2007	2006	2007	2006	2007	2006	2007	2006
Total	6.576.152	5.887.526	1,26	1,21	403,93	371,32	147,35	134,31	224,96	205,51
Zona densamente poblada	3.751.592	3.162.953	1,30	1,18	436,81	379,78	163,20	140,09	247,15	212,95
Zona intermedia	1.394.103	1.434.959	1,20	1,34	393,24	418,38	137,61	144,75	213,39	225,07
Fuente: EPF 2006 y 2007. Unidades: Gasto total: miles de euros. Gastos medios: euros										

TABLA 64 GASTO TOTAL, GASTOS MEDIOS Y DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL GASTO TOTAL, DEL GRUPO DE MEDICAMENTOS Y OTROS PRODUCTOS FARMACÉUTICOS, APARATOS Y MATERIAL TERAPÉUTICO, SEGÚN EDAD Y SEXO DEL SUSTENTADOR PRINCIPAL										
	Gasto total		Distribución porcentual		Gasto medio por hogar		Gasto medio por persona		Gasto medio por unidad de consumo	
	2007	2006	2007	2006	2007	2006	2007	2006	2007	2006
Total varones	4.967.257	4.571.335	1,22	1,17	412,64	381,38	138,86	127,62	217,20	199,9
Varones entre 16 y 29 años	149.719	163.258	0,74	0,74	229,39	220,10	89,59	88,63	134,95	132,75
Varones entre 30 y 44 años	1.373.520	1.261.153	0,98	0,95	336,54	313,70	107,96	100,08	179,53	166,74
Varones entre 45 y 64 años	2.295.122	2.242.943	1,27	1,29	499,84	491,82	151,86	147,91	238,04	232,4
Varones de 65 ó más años	1.148.895	903.982	1,70	1,47	423,61	339,35	183,41	145,55	257,15	204,36
Total mujeres	1.608.895	1.316.191	1,43	1,40	379,22	340,16	181,6	164,20	252,85	227,72
Mujeres entre 16 y 29 años	74.722	42.547	0,86	0,91	247,86	217,61	124,05	102,65	170,79	145,26
Mujeres entre 30 y 44 años	341.337	342.812	0,95	1,16	306,75	354,02	119,7	139,04	184,84	214,18
Mujeres entre 45 y 64 años	655.488	500.386	1,61	1,39	523,20	426,6	209,28	170,13	303,45	246,72
Mujeres de 65 ó más años	537.348	430.446	2,01	1,79	341,06	280,89	236,35	196,13	280,04	231,65

Fuente: EPF 2006 y 2007. Unidades: Gasto total: miles de euros. Gastos medios: euros

TABLA 65										
GASTO TOTAL, GASTOS MEDIOS Y DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL GASTO TOTAL, DEL GRUPO DE MEDICAMENTOS Y OTROS PRODUCTOS FARMACÉUTICOS, APARATOS Y MATERIAL TERAPÉUTICO, SEGÚN NIVEL DE EDUCACIÓN DEL SUSTENTADOR PRINCIPAL										
	Gasto total		Distribución porcentual		Gasto medio por hogar		Gasto medio por persona		Gasto medio por unidad de consumo	
	2007	2006	2007	2006	2007	2006	2007	2006	2007	2006
Sin estudios o con estudios de 1er grado	1.807.808	1.664.997	1,46	1,32	342,23	292,05	136,66	114,41	200,02	168,67
Educación secundaria, primer ciclo	1.733.256	1.459.745	1,32	1,25	410,69	382,18	139,84	127,47	217,78	199,65
Educación secundaria, segundo ciclo	1.097.816	922.978	1,16	1,08	412,23	371,14	141,78	131,14	222,33	203,72
Estudios superiores no universitarios	396.851	424.047	1,02	1,21	374,67	428,96	131,54	147,25	206,86	233,47
Estudios universitarios, primer ciclo	561.403	520.207	1,20	1,17	478,54	453,21	179,13	165,99	271,63	253,18
Estudios universitarios, 2° y 3° ciclo	979.017	895.551	1,14	1,17	520,16	523,17	191,46	187,4	295,51	292,34

Fuente: EPF 2006 y 2007. Unidades: Gasto total: miles de euros. Gastos medios: euros

GASTO TOTAL, GASTOS MEDIOS Y DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL GASTO TOTAL, DEL GRUPO DE MEDICAMENTOS Y OTROS PRODUCTOS FARMACÉUTICOS, APARATOS Y MATERIAL TERAPÉUTICO, SEGÚN SITUACIÓN EN LA ACTIVIDAD DEL SUSTENTADOR PRINCIPAL

	Gasto total		Distribución porcentual		Gasto medio por hogar		Gasto medio por persona		Gasto medio por unidad de consumo	
	2007	2006	2007	2006	2007	2006	2007	2006	2007	2006
Total	6.576.152	5.887.526	1,26	1,21	403,93	371,32	147,35	134,31	224,96	205,51
Ocupado	4.318.822	3.915.716	1,14	1,11	417,44	393,50	136,43	127,44	217,26	203,53
Parado	142.598	119.661	1,2	1	288,42	228,74	102,77	81,11	159,92	125,23
Jubilado o retirado	1.828.473	1.572.750	1,64	1,52	410,4	363,47	183,23	159,29	254,72	222,71
Otros inactivos (estudiante, dedicado a las labores del hogar, etc)	286.259	279.399	1,6	1,62	290,73	264,99	178,09	158,86	222,91	200,75

Fuente: EPF 2006 y 2007. Unidades: Gasto total: miles de euros. Gastos medios: euros

GASTO TOTAL, GASTOS MEDIOS Y DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL GASTO TOTAL, DEL GRUPO DE MEDICAMENTOS Y OTROS PRODUCTOS FARMACÉUTICOS, APARATOS Y MATERIAL TERAPÉUTICO, SEGÚN SITUACIÓN PROFESIONAL DEL SUSTENTADOR PRINCIPAL

	Gasto total		Distribución porcentual		Gasto medio por hogar		Gasto medio por persona		Gasto medio por unidad de consumo	
	2007	2006	2007	2006	2007	2006	2007	2006	2007	2006
Total	4.318.822	3.915.716	1,14	1,11	417,44	393,50	136,43	127,44	217,26	203,53
Empleador	326.778	350.506	1,00	1,10	490,41	517,38	146,23	149,06	238,84	246,62
Empresario sin asalariados	588.304	465.620	1,14	0,97	433,51	345,74	136,78	108,98	218,76	174,77
Asalariado	3.403.740	3.099.363	1,15	1,14	408,97	391,10	135,5	128,63	215,14	204,60

Fuente: EPF 2006 y 2007. Unidades: Gasto total: miles de euros. Gastos medios: euros

TABLA 68 GASTO TOTAL, GASTOS MEDIOS Y DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL GASTO TOTAL, DEL GRUPO DE MEDICAMENTOS Y OTROS PRODUCTOS FARMACÉUTICOS, APARATOS Y MATERIAL TERAPÉUTICO, SEGÚN OCUPACIÓN DEL SUSTENTADOR PRINCIPAL											
	Gasto total		Distribución porcentual		Gasto medio por hogar		Gasto medio por persona		Gasto medio por unidad de consumo		
	2007	2006	2007	2006	2007	2006	2007	2006	2007	2006	
Todas las ocupaciones	4.318.822	3.915.716	1,14	1,11	417,44	393,5	136,43	127,44	217,26	203,53	
Dirección de las empresas y de la administración pública	562.543	600.512	1,01	1,15	459,05	504,54	144,31	158,28	232,03	255,08	
Técnicos y profesionales científicos e intelectuales	749.337	664.346	1,14	1,13	515,28	505,17	182,81	178,06	285,25	278,81	
Técnicos y profesionales de apoyo	503.919	473.993	1,15	1,14	466,27	465,6	160,79	154,83	252,28	245,95	
Empleados de tipo administrativo	318.911	308.928	1,18	1,19	425,25	422,07	148,28	149,22	231,72	230,37	
Trabajadores de servicios de restauración, personales, protección y vendedores de comercios	410.684	313.528	1,29	1,1	405,44	333,11	142,79	115,78	222,54	181,31	
Trabajadores cualificados en la agricultura y en la pesca	122.345	86.236	1,15	0,93	389,87	288,8	111,95	84,79	181,64	137,79	
Artesanos y trabajadores cualificados de las industrias manufactureras, extractivas, construcción	834.103	691.852	1,13	1,04	378,94	323,25	114,58	98,21	186,7	159,81	
Operadores y montadores de instalac. de maquinaria fija y conductores y operadores de maq. móvil	454.478	443.159	1,15	1,12	399,03	387,73	126,3	120,36	203,24	194,32	
Trabajadores no cualificados	317.043	309.046	1,11	1,17	290,86	281,94	96,83	91,35	152,69	145,68	
Otro caso	45.458	24.117	1,48	0,78	576,88	315,09	180,1	102,37	294,41	163,85	

Fuente: EPF 2006 y 2007. Unidades: Gasto total: miles de euros. Gastos medios: euros

TABLA 69 GASTO TOTAL, GASTOS MEDIOS Y DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL GASTO TOTAL, DEL GRUPO DE MEDICAMENTOS Y OTROS PRODUCTOS FARMACÉUTICOS, APARATOS Y MATERIAL TERAPÉUTICO, SEGÚN COMPOSICIÓN DEL HOGAR											
	Gasto total		Distribución porcentual		Gasto medio por hogar		Gasto medio por persona		Gasto medio por unidad de consumo		
	2007	2006	2007	2006	2007	2006	2007	2006	2007	2006	2006
Total	6.576.152	5.887.526	1,26	1,21	403,93	371,32	147,35	134,31	224,96	205,51	
Hogares con 1 miembro	643.362	565.706	1,29	1,28	225,13	209,17	225,13	209,17	225,13	209,17	
Hogares con 2 miembros	1.934.152	1.464.792	1,47	1,24	414,45	325,24	207,22	162,62	277,03	217,44	
Hogares con 3 miembros	1.789.767	1.648.632	1,20	1,18	421,21	395,24	140,40	131,75	219,52	205,57	
Hogares con 4 miembros	1.575.447	1.584.922	1,15	1,23	473,78	486,2	118,44	121,55	203,68	208,89	
Hogares con 5 miembros	450.127	451.343	1,17	1,17	521,15	502,49	104,23	100,50	186,15	179,98	
Hogares con 6 o más miembros	183.296	172.131	1,29	1,20	576,80	541,20	88,48	82,81	168,53	157,69	

Fuente: EPF 2006 y 2007. Unidades: Gasto total: miles de euros. Gastos medios: euros

TABLA 70 GASTO TOTAL, GASTOS MEDIOS Y DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL GASTO TOTAL, DEL GRUPO DE MEDICAMENTOS Y OTROS PRODUCTOS FARMACÉUTICOS, APARATOS Y MATERIAL TERAPÉUTICO, SEGÚN TIPO DE HOGAR											
	Gasto total		Distribución porcentual		Gasto medio por hogar		Gasto medio por persona		Gasto medio por unidad de consumo		
	2007	2006	2007	2006	2007	2006	2007	2006	2007	2006	2006
Total	6.576.152	5.887.526	1,26	1,21	403,93	371,32	147,35	134,31	224,96	205,51	
Persona sola con menos de 65 años	305.899	263.854	1,02	0,97	212,85	199,19	212,85	199,19	212,85	199,19	
Persona sola de 65 o más años	337.463	301.851	1,69	1,75	237,55	218,75	237,55	218,75	237,55	218,75	
Pareja sin hijos	1.486.950	1.107.508	1,44	1,19	424,05	323,41	212,03	161,71	282,70	215,61	
Pareja con 1 hijo	1.472.372	1.347.510	1,19	1,17	429,96	404,94	143,32	134,98	225,02	211,63	
Pareja con 2 hijos	1.352.081	1.303.129	1,14	1,16	476,00	469,62	119,00	117,41	205,96	203,33	
Pareja con 3 o más hijos	308.281	361.532	1,11	1,19	512,79	521,79	97,82	99,77	180,06	182,96	
Un adulto con hijos	458.863	435.832	1,34	1,36	357,16	353,20	147,70	144,74	214,61	210,17	
Otro tipo de hogar	854.242	766.309	1,35	1,32	483,92	451,50	124,42	116,75	205,50	192,50	

Fuente: EPF 2006 y 2007. Unidades: Gasto total: miles de euros. Gastos medios: euros

TABLA 71
GASTO TOTAL, GASTOS MEDIOS Y DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL GASTO TOTAL,
DEL GRUPO DE MEDICAMENTOS Y OTROS PRODUCTOS FARMACÉUTICOS, APARATOS
Y MATERIAL TERAPÉUTICO, SEGÚN PRINCIPAL FUENTE DE INGRESOS DEL HOGAR DE HOGAR

	Gasto total		Distribución porcentual		Gasto medio por hogar		Gasto medio por persona		Gasto medio por unidad de consumo	
	2007	2006	2007	2006	2007	2006	2007	2006	2007	2006
Total	6.523.412	5.849.709	1,27	1,22	405,10	372,04	147,85	134,64	225,72	205,98
No consta	100.965	35.963	2,18	1,37	882,48	430,20	271,74	141,40	428,45	216,81
Trabajo por cuenta propia	976.099	891.970	1,12	1,06	458,80	418,84	142,49	127,70	229,13	206,98
Trabajo por cuenta ajena	3.382.654	3.133.863	1,14	1,14	404,00	389,00	133,44	127,26	211,76	202,40
Pensiones contributivas y no contributivas (jubilación, invalidez, viudedad, etc.)	1.836.863	1.666.990	1,64	1,57	373,64	338,10	181,36	162,09	245,56	220,33
Subsidios y prestaciones por desempleo y otros subsidios y prestaciones sociales regulares	104.173	71.906	1,26	0,95	297,19	204,77	105,87	74,64	165,02	114,50
Rentas de la propiedad y del capital y otros ingresos regulares	122.658	49.016	1,82	1,03	553,25	284,70	280,95	145,94	383,99	198,50

Fuente: EPF 2006 y 2007. Unidades: Gasto total: miles de euros. Gastos medios: euros.

TABLA 72
GASTO TOTAL, GASTOS MEDIOS Y DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL GASTO TOTAL,
DEL GRUPO DE MEDICAMENTOS Y OTROS PRODUCTOS FARMACÉUTICOS,
APARATOS Y MATERIAL TERAPÉUTICO, SEGÚN COMUNIDAD AUTÓNOMA

	Gasto total		Distribución porcentual		Gasto medio por hogar		Gasto medio por persona		Gasto medio por unidad de consumo	
	2007	2006	2007	2006	2007	2006	2007	2006	2007	2006
Total	6.576.152	5.887.526	1,26	1,21	403,93	371,32	147,35	134,31	224,96	205,51
Andalucía	947.090	978.451	1,15	1,27	347,08	367,42	119,07	125,13	185,71	195,74
Aragón	185.148	158.095	1,25	1,13	374,90	329,34	145,32	126,08	216,94	188,75
Asturias (Principado de)	148.607	101.902	1,25	0,9	363,11	253,13	141,26	96,93	209,02	143,97
Balears (Illes)	191.595	136.855	1,41	1,13	495,63	364,40	186,94	137,65	283,40	208,99
Canarias	307.339	301.063	1,47	1,56	437,10	445,71	152,75	153,13	236,91	238,62
Cantabria	65.287	78.092	1,00	1,33	321,12	388,30	115,96	140,43	176,52	213,26
Castilla y León	271.511	301.169	0,99	1,18	284,24	320,34	110,17	122,83	163,92	183,30
Castilla - La Mancha	266.815	210.163	1,38	1,19	390,70	315,79	137,56	110,80	212,35	171,26
Cataluña	1.211.904	1.058.092	1,32	1,22	452,25	407,04	170,05	151,91	257,51	230,36
Comunidad Valenciana	843.871	668.355	1,51	1,29	464,69	381,31	175,51	142,87	265,57	216,60
Extremadura	122.528	103.934	1,24	1,12	320,78	277,60	114,60	97,57	175,92	150,58
Galicia	345.462	335.715	1,22	1,23	358,21	347,16	127,27	124,07	193,77	188,62
Madrid (Comunidad de)	1.038.355	883.661	1,27	1,17	474,72	415,64	170,55	148,24	262,16	228,28
Murcia (Región de)	198.779	189.954	1,31	1,42	420,77	421,44	143,36	141,07	224,72	222,06
Navarra (Comunidad Foral de)	94.556	86.119	1,19	1,17	416,56	400,38	159,37	147,38	239,93	224,32
País Vasco	281.674	248.424	1,00	0,93	339,78	306,80	133,24	118,23	198,21	176,51
Rioja (La)	34.760	27.344	1,01	0,89	297,46	238,90	113,38	90,94	170,61	136,78
Ceuta y Melilla	20.868	20.140	1,62	1,71	488,32	474,95	150,51	147,14	245,01	239,15

Fuente: EPF 2006 y 2007. Unidades: Gasto total: miles de euros. Gastos medios: euros.

TABLA 73
MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA Y PEDIATRAS POR GERENCIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA
DEL SESCAM EN 2007

	Médico de familia		Pediatra	
Albacete	258	19,40	45	19,91
Alcázar	101	7,59	24	10,62
Ciudad Real	190	14,29	35	15,49
Cuenca	188	14,14	15	6,64
Guadalajara	189	14,21	37	16,37
Puertollano	55	4,14	10	4,42
Talavera	116	8,72	12	5,31
Toledo	233	17,52	48	21,24
Total	1.330	100,00	226	100,00

Fuente: Área de atención primaria del SESCAM

TABLA 74
CUPO MEDIO DE PACIENTES POR MÉDICO DE FAMILIA Y PEDIATRA POR GERENCIAS
DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL SESCAM EN 2007

	Médico de familia	Pediatra
Albacete	1.448	1.179
Alcázar	1.720	1.115
Ciudad Real	1.456	1.121
Cuenca	980	1.138
Guadalajara	966	905
Puertollano	1.317	922
Talavera	1.223	1.144
Toledo	1.536	1.227
Total	1.312	1.113

Fuente: Área de atención primaria del SESCAM

TABLA 75
CUPO MEDIO DE PACIENTES POR GRUPO DE EDAD POR MÉDICO DE FAMILIA Y PEDIATRA POR
GERENCIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL SESCAM EN 2007

	Grupos de edad	Médico de familia	Pediatra
Albacete	De 0 a 2	7	228
	De 3 a 6	12	322
	De 7 a 13	27	564
	De 14 a 64	1.091	65
	De más de 65	311	0
Alcázar	De 0 a 2	9	254
	De 3 a 6	13	325
	De 7 a 13	37	528
	De 14 a 64	1.284	8
	De más de 65	377	0
Ciudad Real	De 0 a 2	5	235
	De 3 a 6	7	297
	De 7 a 13	20	554
	De 14 a 64	1.093	35
	De más de 65	331	0
Cuenca	De 0 a 2	6	244
	De 3 a 6	10	343
	De 7 a 13	24	551
	De 14 a 64	678	0
	De más de 65	262	0
Guadalajara	De 0 a 2	7	216
	De 3 a 6	9	279
	De 7 a 13	16	410
	De 14 a 64	744	0
	De más de 65	190	0
Puertollano	De 0 a 2	2	187
	De 3 a 6	3	256
	De 7 a 13	8	478
	De 14 a 64	984	0
	De más de 65	320	0

(Continúa en página siguiente)

(Continuación)

TABLA 75 CUPO MEDIO DE PACIENTES POR GRUPO DE EDAD POR MÉDICO DE FAMILIA Y PEDIATRA POR GERENCIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL SESCAM EN 2007			
	Grupos de edad	Médico de familia	Pediatra
Talavera	De 0 a 2	12	269
	De 3 a 6	17	324
	De 7 a 13	33	550
	De 14 a 64	880	0
	De más de 65	282	0
Toledo	De 0 a 2	9	298
	De 3 a 6	16	369
	De 7 a 13	38	559
	De 14 a 64	1.183	1
	De más de 65	290	0
Total	De 0 a 2	7	245
	De 3 a 6	11	319
	De 7 a 13	26	529
	De 14 a 64	981	20
	De más de 65	286	0

Fuente: Área de atención primaria del SESCAM

TABLA 76
PREVALENCIA DE DIFERENTES ENFERMEDADES Y FACTORES DE RIESGO POR GERENCIA
Y TIPO DE MÉDICO

		Médico de familia	Pediatra
Albacete	Prevalencia de diabetes	6,32	0,08
	Prevalencia de obesidad	7,91	0,13
	Prevalencia de dislipemia	9,32	0,11
	Prevalencia de HTA	15,07	0,04
	Prevalencia de tabaquismo	6,12	0,03
	Prevalencia de alcohol	1,89	0,01
Alcázar	Prevalencia de diabetes	6,39	0,06
	Prevalencia de obesidad	9,17	0,17
	Prevalencia de dislipemia	6,30	0,25
	Prevalencia de HTA	14,72	0,01
	Prevalencia de tabaquismo	6,11	0,01
	Prevalencia de alcohol	1,70	0,00
Ciudad Real	Prevalencia de diabetes	5,86	0,07
	Prevalencia de obesidad	8,13	0,46
	Prevalencia de dislipemia	7,48	0,14
	Prevalencia de HTA	14,75	0,03
	Prevalencia de tabaquismo	5,67	0,03
	Prevalencia de alcohol	2,29	0,00
Cuenca	Prevalencia de diabetes	5,88	0,10
	Prevalencia de obesidad	8,46	0,17
	Prevalencia de dislipemia	8,40	0,16
	Prevalencia de HTA	14,69	0,02
	Prevalencia de tabaquismo	4,55	0,05
	Prevalencia de alcohol	2,47	0,00
Guadalajara	Prevalencia de diabetes	4,16	0,06
	Prevalencia de obesidad	5,24	0,18
	Prevalencia de dislipemia	6,64	0,10
	Prevalencia de HTA	10,66	0,01
	Prevalencia de tabaquismo	5,55	0,02
	Prevalencia de alcohol	1,76	0,00

(Continúa en página siguiente)

(Continuación)

TABLA 76 PREVALENCIA DE DIFERENTES ENFERMEDADES Y FACTORES DE RIESGO POR GERENCIA Y TIPO DE MÉDICO			
		Médico de familia	Pediatra
Puertollano	Prevalencia de diabetes	7,00	0,09
	Prevalencia de obesidad	10,18	0,80
	Prevalencia de dislipemia	9,38	0,27
	Prevalencia de HTA	17,99	0,02
	Prevalencia de tabaquismo	6,50	0,01
	Prevalencia de alcohol	2,28	0,00
Talavera	Prevalencia de diabetes	5,65	0,04
	Prevalencia de obesidad	8,44	0,13
	Prevalencia de dislipemia	9,45	0,02
	Prevalencia de HTA	14,87	0,02
	Prevalencia de tabaquismo	5,92	0,01
	Prevalencia de alcohol	2,00	0,00
Toledo	Prevalencia de diabetes	4,97	0,08
	Prevalencia de obesidad	8,85	0,12
	Prevalencia de dislipemia	9,19	0,06
	Prevalencia de HTA	12,88	0,02
	Prevalencia de tabaquismo	6,43	0,00
	Prevalencia de alcohol	2,03	0,00
Total	Prevalencia de diabetes	5,62	0,07
	Prevalencia de obesidad	8,03	0,23
	Prevalencia de dislipemia	8,30	0,13
	Prevalencia de HTA	14,03	0,02
	Prevalencia de tabaquismo	5,80	0,02
	Prevalencia de alcohol	2,05	0,00

Fuente: Área de atención primaria del SESCAM.

TABLA 77
CARACTERÍSTICAS DE LOS MÉDICOS QUE FORMAN LA MUESTRA

	mbos sexos			Mujeres			Varones		
	Media	[95% Conf. Interval]		Media	[95% Conf. Interval]		Media	[95% Conf. Interval]	
Sexo	49.16	45.50	52.83						
Edad	48.89	48.42	49.37	46.99	46.30	47.69	50.73	50.13	51.32
Años de experiencia	18.66	18.03	19.29	17.79	16.91	18.67	19.58	18.68	20.47
Años de permanencia en el centro	9.16	8.64	9.68	8.20	7.50	8.90	10.07	9.32	10.82
MIR	27.99	24.70	31.29	36.26	31.22	41.30	20.00	15.88	24.12
Doctor	11.14	8.84	13.45	13.60	10.00	17.19	8.77	5.85	11.68
Postgrado	13.65	11.13	16.17	13.60	10.00	17.19	13.70	10.15	17.24
Cursos de doctorado	37.33	33.78	40.87	46.18	40.95	51.40	28.77	24.10	33.43
Cursos de especialización	47.91	44.25	51.57	51.27	46.04	56.51	44.66	39.53	49.78
Formación continua en el año 2007	65.04	61.55	68.54	70.82	66.06	75.59	59.45	54.39	64.51
Visita del farmacéutico de AP	41.64	38.03	45.26	52.41	47.17	57.64	31.23	26.46	36.01
Dispone de Turriano	81.06	78.19	83.93	81.59	77.52	85.65	80.55	76.47	84.63
Número de pacientes día	37.62	36.37	38.86	36.29	34.66	37.91	39.01	37.12	40.90
Número de tarjetas sanitarias	1213.53	1160.04	1267.01	1118.28	1045.28	1191.28	1328.53	1252.50	1404.56
Titular	59.66	56.06	63.27	50.14	44.87	55.41	68.77	63.99	73.54
Interino	13.45	10.94	15.95	18.62	14.52	22.73	8.49	5.62	11.37
Eventual	10.92	8.63	13.22	14.33	10.63	18.02	7.67	4.93	10.41
Sustituto	6.72	4.88	8.56	8.60	5.64	11.55	4.93	2.70	7.16
Otros	9.24	7.11	11.37	8.31	5.40	11.22	10.14	7.03	13.25
Urbano	33.85	30.37	37.32	38.29	33.17	43.40	29.59	24.88	34.29
Rural	55.94	52.30	59.59	50.00	44.74	55.26	61.64	56.63	66.66
Mixto	10.21	7.99	12.43	11.71	8.33	15.10	8.77	5.85	11.68

Fuente: Área de atención primaria del SESCAM.

TABLA 78
PERCENTILES DE LAS VARIABLES CLAVE EN EL CÁLCULO DEL INCENTIVO DE FARMACIA
DE AP DEL SESCAM. 2007

	A2007		E2007		IPPA		Incentivación 2007	
Percentiles	Médico de familia	Pediatra	Médico de familia	Pediatra	Médico de familia	Pediatra	Médico de familia	Pediatra
10	67,22	69,55	22,95	26,69	15,67	1,60	0,00	0,00
20	69,08	72,79	27,54	29,53	17,14	1,91	0,00	0,00
30	70,53	76,27	31,51	34,48	18,30	2,12	1.200,00	920,76
40	71,80	77,75	35,70	36,83	19,40	2,37	1.516,80	1.536,05
50	72,99	80,26	39,63	39,93	20,30	2,62	1.829,43	2.238,71
60	74,21	82,39	43,43	43,36	21,15	2,93	2.100,33	3.201,20
70	75,37	84,68	48,20	47,52	22,16	3,29	2.527,61	3.707,44
80	76,70	87,38	52,64	53,79	23,27	3,61	3.299,60	4.034,01
90	78,81	89,68	61,98	62,67	25,25	4,27	3.959,36	4.161,67

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Área de Atención Primaria del SESCAM

TABLA 79
RESULTADOS DEL MODELO DE ESTIMACIÓN. MÉDICOS DE FAMILIA

	B	Beta	t	Sig.	Intervalo de confianza para B al 95%	
(Constante)	0,77		24,71	0,00	0,71	0,83
Sexo	0,00	0,02	0,38	0,70	-0,01	0,01
Años de experiencia totales	0,00	-0,14	-1,37	0,17	0,00	0,00
Años de trabajo en el centro	0,00	-0,07	-0,87	0,38	0,00	0,00
Formación MIR	0,01	0,05	0,78	0,44	-0,01	0,02
Doctor en medicina	0,00	0,00	-0,01	0,99	-0,02	0,02
Cursos de Postgrado	0,00	0,00	0,07	0,95	-0,01	0,01
Formación continuada ultimo año	0,00	-0,02	-0,40	0,69	-0,02	0,01
Visita del farmacéutico de Atención Primaria	0,02	0,11	1,97	0,05	0,00	0,04
Dispone del Turriano	0,01	0,08	1,30	0,19	-0,01	0,03
Nº de pacientes atendidos por día	0,00	-0,45	-5,47	0,00	0,00	0,00
Nº de Tarjetas Sanitarias Individuales	0,00	0,02	0,18	0,86	0,00	0,00
Titular	0,02	0,19	2,50	0,01	0,00	0,03
Rural	0,00	-0,02	-0,32	0,75	-0,02	0,01
Edad	0,00	0,03	0,28	0,78	0,00	0,00

TABLA 80
RESULTADOS DEL MODELO DE ESTIMACIÓN. PEDIATRAS

	B	Beta	t	Sig,	Intervalo de confianza para B al 95%	
(Constante)	0,81		8,11	0,00	0,60	1,01
Sexo	0,07	0,38	3,50	0,00	0,03	0,12
Edad	0,00	-0,45	-2,07	0,05	-0,01	0,00
Años de experiencia totales	0,01	0,66	2,87	0,01	0,00	0,01
Años de trabajo en el centro	0,00	-0,07	-0,51	0,62	-0,01	0,00
Formación MIR	0,08	0,46	3,43	0,00	0,03	0,13
Doctor en medicina	0,04	0,12	1,01	0,32	-0,04	0,11
Cursos de Postgrado	0,00	0,01	0,09	0,93	-0,04	0,05
Formación continuada ultimo año	0,05	0,25	2,35	0,03	0,01	0,10
Visita del farmacéutico de Atención Primaria	0,02	0,13	1,21	0,24	-0,02	0,06
Nº de pacientes atendidos por día	0,00	-0,51	-4,18	0,00	-0,01	0,00
Nº de Tarjetas Sanitarias Individuales	0,00	0,47	3,97	0,00	0,00	0,00
Titular	-0,04	-0,24	-1,67	0,11	-0,09	0,01
Rural	-0,11	-0,48	-4,37	0,00	-0,17	-0,06

Anexo 2

LA ENCUESTA NACIONAL DE SALUD 2006 Y EL CONSUMO DE MEDICAMENTOS

Tal como se ha señalado en la introducción, el objetivo de este epígrafe es describir la utilización de medicamentos por parte los pacientes y de la población a través de los resultados de la Encuesta Nacional de Salud de 2006/2007. Este trabajo, supone analizar todas las preguntas que tienen que ver con el consumo de medicamentos y que se recogen en el nuevo cuestionario de la ENS de 2006. En este sentido, hay que recordar que la ENS es una investigación dirigida a los hogares, que el INE realiza en virtud de un acuerdo de colaboración con el Ministerio de Sanidad y Política Social, cuya principal finalidad es obtener datos sobre el estado de salud y los factores determinantes del mismo desde la perspectiva de los ciudadanos.

Hay que señalar que, frente a los indicadores objetivos de salud, la percepción de la salud, que se obtiene a través de las impresiones del individuo, proporciona un elemento indispensable en la medición de la salud. De esta forma, la percepción de cada individuo refleja la contribución de los distintos factores sociales, ambientales y de estilos de vida sobre la salud, siendo elementos que van más allá del sistema sanitario.

Tal como señala el propio INE, la información subjetiva que proporciona la ENS sobre el estado de salud y sus determinantes constituye un instrumento fundamental en la evaluación de las políticas sanitarias, siendo un elemento esencial para la planificación y adopción de medidas de salud pública. Con este objetivo, en la ENS 2006 el Ministerio de Sanidad y Política Social cambió sustancialmente el cuestionario de la encuesta, introduciendo importantes novedades

metodológicas y ampliando sustancialmente el número de preguntas y los aspectos tratados en la misma.

Simultáneamente, otra novedad importante en la ENS de 2006 fue el incremento en el tamaño de la muestra, lo que permite realizar cruces de variables incluso en las comunidades autónomas con menor representación. Se destaca que el INE ha incrementado la muestra prevista inicialmente, en las comunidades de Aragón, Baleares, Cantabria, Galicia, Murcia y Navarra, con el fin de alcanzar objetivos propios de las mismas de dar estimaciones con un mayor nivel de desagregación geográfica, en comarcas o en áreas de salud. La muestra se distribuye entre Comunidades Autónomas asignando una parte uniformemente y otra de forma proporcional al tamaño de la Comunidad. Por todo ello, la Comunidad Autónoma más representada es la de Galicia con 3326 personas, seguida de Aragón con 2700, mientras que Ceuta y Melilla es con 524 personas la menos representada.

Ahora bien, la ENS de 2006 permite mediante el uso de un factor de elevación corregido la obtención de totales poblacionales, lo que permite corregir el exceso de representación de las Comunidades Autónomas con muestras superiores y se obtienen resultados representativos a nivel poblacional.

Gracias al nuevo cuestionario de la ENS 2006 se introdujeron numerosas cuestiones relacionadas con el consumo de medicamentos por parte de la población española. Así, en la ENS 2006 se investiga si la persona ha consumido medicamentos, cuáles ha consumido y cuáles le fueron recetados. Concretamente,

TABLA 81
LA DISTRIBUCIÓN MUESTRAL DE LA ENS 2006

	Varón	Mujer	Ambos sexos
Andalucía	899	1.577	2.476
Aragón	1.218	1.482	2.700
Principado de Asturias	374	569	943
Illes Balears	566	1.130	1.696
Canarias	423	700	1.123
Cantabria	674	1.029	1.703
Castilla y León	525	787	1.312
Castilla-la Mancha	458	625	1.083
Cataluña	1.062	1.399	2.461
Comunidad Valenciana	722	998	1.720
Extremadura	377	515	892
Galicia	1.285	2.041	3.326
Comunidad de Madrid	791	1.314	2.105
Región de Murcia	681	1.264	1.945
Comunidad Foral de Navarra	681	954	1.635
País Vasco	395	712	1.107
La Rioja	326	401	727
Ceuta y Melilla	188	336	524
España	11.645	17.833	29.478

Fuente: ENS 2006

TABLA 82
LA DISTRIBUCIÓN POBLACIONAL DE LA ENS 2006

	Varón	Mujer	Ambos sexos
Andalucía	3.204.973	3.313.143	6.518.116
Aragón	540.835	549.090	1.089.925
Principado de Asturias	445.094	491.902	936.996
Illes Balears	420.495	423.126	843.621
Canarias	826.786	833.351	1.660.137
Cantabria	236.497	250.253	486.750
Castilla y León	1.059.825	1.090.295	2.150.120
Castilla-la Mancha	808.424	805.680	1.614.104
Cataluña	2.938.633	3.031.633	5.970.266
Comunidad Valenciana	1.982.820	2.025.726	4.008.546

(Continúa en página siguiente)

(Continuación)

TABLA 82 LA DISTRIBUCIÓN POBLACIONAL DE LA ENS 2006			
	Varón	Mujer	Ambos sexos
Extremadura	442.210	453.287	895.497
Galicia	1.134.899	1.242.498	2.377.397
Comunidad de Madrid	2.434.275	2.629.702	5.063.977
Región de Murcia	564.133	555.795	1.119.928
Comunidad Foral de Navarra	247.140	250.593	497.733
País Vasco	888.470	939.705	1.828.175
La Rioja	131.025	129.672	260.697
Ceuta y Melilla	52.441	54.383	106.824
España	18.358.975	19.069.834	37.428.809

Fuente: ENS 2006.

los medicamentos por los que se preguntan a los ciudadanos son los siguientes:

- Medicinas para el catarro, gripe, garganta, bronquios.
- Medicinas para el dolor.
- Medicinas para bajar la fiebre.
- Reconstituyentes como vitaminas, minerales, tónicos.
- Laxantes.
- Antibióticos.
- Tranquilizantes, relajantes, pastillas para dormir.
- Medicamentos para la alergia.
- Medicamentos para la diarrea.
- Medicinas para el reuma.
- Medicinas para el corazón.
- Medicinas para la tensión arterial.
- Medicinas para el estómago y/o las alteraciones digestivas.
- Antidepresivos, estimulantes.
- Píldoras para no quedar embarazada (sólo para mujeres).
- Hormonas para la menopausia (sólo para mujeres).
- Medicamentos para adelgazar.
- Medicamentos para bajar el colesterol

- Medicamentos para la diabetes.
- Otros medicamentos.
- Productos homeopáticos.
- Productos naturistas.

Como hemos comentado en todos los casos se pregunta a las personas sobre si ha consumido medicamentos, cuáles ha consumido y cuáles le fueron recetados, salvo en el caso de consumo de medicamentos homeopáticos y naturales en los que sólo se pregunta si se han consumido.

Un aspecto importante a la hora de abordar el estudio del consumo de fármacos es el de acotar muy bien las definiciones de los términos que vamos a emplear. Por este motivo, detallamos las definiciones que emplea el INE para la elaboración de la ENS en lo relativo a productos farmacéuticos:

- Medicamento: Toda sustancia medicinal y sus asociaciones o combinaciones destinadas a su utilización en las personas, que se presente dotada de propiedades para prevenir, diagnosticar, tratar, aliviar o curar enfermedades o dolencias, o para afectar a funciones corporales o al estado mental. Sólo son medicamentos las especialidades farmacéuticas, las fórmulas magistrales, los

preparados o fórmulas oficinales y los medicamentos prefabricados. Se excluyen los productos de higiene personal, vendas y otros apósitos, productos de alimentación, cosmética, caramelos, chicles, etc.

- Sustancia medicinal. Toda materia, cualquiera que sea su origen, humano, animal, vegetal, químico o de otro tipo, a la que se atribuye una actividad apropiada para constituir un medicamento.
- Especialidad farmacéutica. Medicamento de composición e información definidas, de forma farmacéutica y dosificación determinadas, preparado para su uso medicinal inmediato, dispuesto y acondicionado para su dispensación al público, con denominación, embalaje, envase y etiquetado uniformes, al que la Administración del Estado otorgue autorización sanitaria e inscriba en el Registro de especialidades farmacéuticas.
- Fórmula magistral: Medicamento destinado a un paciente individualizado, preparado por el farmacéutico o bajo su dirección, para complementar expresamente una prescripción facultativa detallada de las sustancias medicinales que incluye según las normas técnicas y científicas del arte farmacéutico, dispensado en su farmacia o servicio farmacéutico.
- Preparado o fórmula oficial. Medicamento elaborado y garantizado por un farmacéutico o bajo su dirección, dispensado en su oficina de farmacia o servicio farmacéutico, enumerado y descrito por el Formulario Nacional, destinado a su entrega directa a los enfermos a los que abastece dicha farmacia o servicio farmacéutico.
- Medicamento prefabricado. Medicamento que no se ajusta a la definición de especialidad farmacéutica y que se comercializa en una forma farmacéutica que puede utilizarse sin necesidad de tratamiento industrial y al que la Administración del Estado otorgue autorización sanitaria e inscriba en el Registro correspondiente.

- Producto de higiene personal. Producto que, aplicado directamente sobre la piel o mucosa sana, tiene como finalidad combatir el crecimiento de microorganismos, así como prevenir o eliminar ectoparásitos del cuerpo humano o eliminar los riesgos sanitarios derivados de la utilización de prótesis terapéuticas que se apliquen sobre el cuerpo humano.
- Tratamiento homeopático. Método terapéutico que se basa en la administración de pequeñas dosis de sustancias medicamentosas para activar las propias defensas de nuestro organismo y llegar suavemente a la mejoría o curación de las enfermedades. En el Estado español, al igual que en el resto de países de la Unión Europea, los productos homeopáticos son medicamentos regulados por el Ministerio de Sanidad y Política Social: (Real Decreto 2.208/94, de 16 de noviembre de 1994, publicado en el B.O.E. de 28 de noviembre de 1994). Los medicamentos homeopáticos, como cualquier otro medicamento, son prescritos por médicos y dispensados por farmacéuticos.
- Tratamiento naturista. Tratamiento que se basa en la administración de medicamentos con base de plantas, es decir, cuya sustancia medicinal es vegetal.

Respecto a la diferenciación entre medicamento consumido y recetado, en la ENS se considera cómo medicamentos recetados aquellos que un médico ha prescrito a la persona y que ésta ha o debería haber consumido. Para considerar que un medicamento ha sido recetado, el momento en el que han sido recetados, con carácter general, debe estar dentro del período en el que han sido consumidos, es decir en las dos semanas anteriores a la entrevista. Sin embargo, dicho momento podría ser anterior a este período siempre y cuando el mal o dolencia por el que se consume el medicamento se prolongue en el tiempo más de esas dos semanas, o bien que se trate de una dolencia ya

TABLA 83
EJEMPLO DE PREGUNTA SOBRE ENFERMEDADES CRÓNICAS EN LA ENS DE 2006

		Sexo del sujeto de entrevista		
		Varón	Mujer	Total
Ha padecido alguna vez: tensión alta	Sí	3.628.466	4.450.051	8.078.516
	No	14.624.660	14.519.738	29.144.397
	No consta	105.850	100.046	205.895
Ha padecido en los últimos 12 meses: tensión alta	Sí	3.132.007	3.895.927	7.027.934
	No	485.535	544.505	1.030.041
	No consta	10.924	9.618	20.542
Le ha dicho un médico que la padece: tensión alta	Sí	3.409.557	4.303.627	7.713.185
	No	206.882	117.752	324.634
	No consta	12.027	28.671	40.698
Está tomando o ha tomado medicación en los últimos 12 meses: tensión alta	Sí	2.651.539	3.530.948	6.182.487
	No	966.170	890.739	1.856.909
	No consta	10.756	28.363	39.119

Fuente: ENS 2006.

diagnosticada para la que el consumo de medicamentos ha sido prescrito en el pasado.

En la ENS de 2006 existen otra vía para conocer el consumo de medicamentos, las que se realizan en función de diferentes enfermedades, en las que se pregunta por cada enfermedad cuatro aspectos diferenciados: si se ha padecido la enfermedad alguna vez; si se ha padecido en los últimos 12 meses; si algún médico a diagnosticado la enfermedad; y, por último, si ha consumido medicamentos para la citada enfermedad. En la tabla siguiente se ve un ejemplo para el caso de la tensión alta.

Las enfermedades o problemas de salud para las que se realizan estas cuatro cuestiones son las siguientes:

- Tensión alta.
- Infarto de miocardio.
- Otras enfermedades del corazón.
- Varices en las piernas.
- Artrosis, artritis o reumatismo.
- Dolor de espalda crónico (cervical).
- Dolor de espalda crónico (lumbar).
- Alergia crónica.
- Asma.
- Bronquitis crónica.
- Diabetes.
- Úlcera de estómago o duodeno.
- Incontinencia urinaria.
- Colesterol alto.
- Cataratas.
- Problemas crónicos de la piel.
- Estreñimiento crónico.
- Depresión, ansiedad u otros trastornos mentales.
- Embolia.
- Migraña o dolor de cabeza frecuente.
- Hemorroides.
- Tumores malignos.
- Osteoporosis.
- Anemia.
- Problemas de tiroides.
- Problemas de próstata.
- Problemas del período menopáusico.
- Otras enfermedades crónicas.

De esta forma, podemos saber cuántas personas están tomando algún tipo de medicamentos en los últimos 12 meses para cada una de esas enfermedades. Del mismo modo, podemos averiguar el porcentaje de población total que está tomando algún tipo de medicamento, así como el número de enfermedades para

las cuales un individuo esta medicado (polimedicados). Otros aspectos relevantes es conocer qué porcentaje de pacientes está medicado para una determinada enfermedad sin haberla sufrido en los 12 meses anteriores y el porcentaje de los mismos que sufren la enfermedad pero no toman medicamentos.

LA ENCUESTA DE PRESUPUESTOS FAMILIARES (EPF)

La Encuesta de Presupuestos Familiares (EPF) inicia en enero de 2006, sustituye a la Encuesta Continua de Presupuestos Familiares (ECPF) base 1997, que con periodicidad trimestral se realizó desde 1997 hasta 2005. La nueva encuesta suministra información anual sobre la naturaleza y destino de los gastos de consumo, así como sobre diversas características relativas a las condiciones de vida de los hogares.

Los gastos de consumo se refieren tanto al flujo monetario que destina el hogar al pago de determinados bienes y servicios de consumo final, como al valor de los bienes percibidos en concepto de autoconsumo, autosuministro, salario en especie, comidas gratuitas o bonificadas y alquiler imputado a la vivienda en la que reside el hogar (cuando es propietario de la misma o la tiene cedida por otros hogares o instituciones). Los gastos se registran en el momento de adquisición, independientemente de que el pago sea al contado o a plazos.

El tamaño de muestra es de aproximadamente 24.000 hogares al año. Cada hogar permanece en la muestra dos años consecutivos, renovándose cada año la mitad de la muestra.

La encuesta proporciona estimaciones del gasto de consumo anual para el conjunto nacional y las comunidades autónomas y del consumo en cantidades físicas de determinados bienes alimenticios para el conjunto nacional.

Hay que señalar que la nueva EPF 2006 entró en vigor en enero 2006, con dos cambios fundamentales en relación a la EPF anterior:

- Cambio de la periodicidad de la encuesta. En la encuesta base 1997 la información se ofrecía con una periodicidad trimestral. Sin embargo, la nueva encuesta tiene periodicidad anual.
- Aumento del tamaño muestral. En la encuesta base 1997 se entrevistaban 8.000 hogares al trimestre, lo que suponía, teniendo en cuenta el diseño de panel rotante de la encuesta, un tamaño de muestra anual de 11.000 hogares aproximadamente. En la nueva encuesta el tamaño es similar al utilizado habitualmente en las tradicionales encuestas básicas de presupuestos familiares, en torno a los 24.000 hogares, lo que permite la realización de un mayor cruce de variables.

En cuanto a los grupos de gastos la EPF utiliza para codificar los gastos la clasificación COICOP/HBS, estructurada en los siguientes doce grandes grupos:

1. Alimentos y bebidas no alcohólicas.
2. Bebidas alcohólicas, tabaco y narcóticos.
3. Artículos de vestir y calzado.
4. Vivienda, agua, electricidad, gas y otros combustibles.
5. Mobiliario, equipamiento del hogar y gastos corrientes de conservación de la vivienda.
6. Salud.
7. Transportes.
8. Comunicaciones.
9. Ocio, espectáculos y cultura.
10. Enseñanza.
11. Hoteles, cafés y restaurantes.
12. Otros bienes y servicios.

Por tanto, el gasto en medicamentos que realizan los hogares españoles está recogido en el grupo 6 de salud, cuyos componentes están recogidos en la tabla siguiente:

TABLA 84 COMPONENTES A 3 DÍGITOS DEL GRUPO SALUD DE LA COICOP/HBS			
Código	Descripción	Incluye	Se excluyen
06.1	Medicamentos y otros productos farmacéuticos, aparatos y material terapéutico.	En este subgrupo se incluyen los medicamentos, prótesis, aparatos y material terapéutico y otros productos para cuidados sanitarios comprados en farmacias, tiendas de material terapéutico o similares.	Los productos proporcionados a los pacientes en hospitales o similares, tanto si se trata de pacientes hospitalizados como si no (06311).
06.2	Servicios médicos y paramédicos extrahospitalarios.	En este subgrupo se registrarán todos los servicios médicos, dentales y paramédicos prestados a pacientes por médicos, dentistas, profesionales paramédicos y auxiliares de servicios médicos. Se incluyen también los medicamentos, prótesis, aparatos y material terapéutico y otros productos, proporcionados a los pacientes por practicantes y auxiliares.	Se excluyen los cuidados médicos, dentales y paramédicos prestados a los pacientes hospitalizados en establecimientos hospitalarios y similares. Estos gastos se incluyen en el código 06311.
06.3	Servicios hospitalarios.	Los servicios prestados por centros de rehabilitación que prestan cuidados dirigidos principalmente a la rehabilitación funcional, cuando el objetivo es el de cuidar al paciente y no el de asegurarle una asistencia a largo término, se registran aquí. Se incluyen los medicamentos, prótesis, aparatos y material terapéutico y otros productos ligados a la salud que son proporcionados a los pacientes hospitalizados. Así mismo, quedan incluidos los gastos no estrictamente médicos, tales como gastos de administración, gastos de personal no médico, gastos en restauración y alojamiento.	Se excluyen los cuidados en ambulatorios (subgrupo 06.2), los asilos y residencias de ancianos (12311), y los establecimientos que acogen a disminuidos mentales o físicos, los que se ocupan de pacientes en fase terminal así como los centros de rehabilitación para asistencia a largo plazo (12311).

Fuente: INE.

Para obtener una desagregación mayor del subgrupo de medicamentos y otros productos farmacéuticos, aparatos y material terapéutico, debemos introducir los códigos de la COICOP/HBS para un nivel de desagregación de 5 dígitos, en lugar de los 3 utilizados anteriormente para la clasificación del grupo de salud. En la tabla siguiente se describen la descomposición del citado subgrupo a 5 dígitos.

Hay que destacar, que el nivel de desagregación funcional utilizado por el INE en la publicación de resultados varía según el grado de desagregación geográfica para el que se desee obtener estimaciones. En la nueva EPF 2006, el diseño muestral se ha efectuado de forma que se puedan obtener estimaciones con los siguientes desgloses:

- Para el conjunto nacional se alcanza una desagregación funcional máxima de cinco dígitos de la COI-COP.
- Para las comunidades autónomas, el máximo nivel de desagregación funcional es de cuatro dígitos.

TABLA 85 COMPONENTES A 5 DÍGITOS DEL SUBGRUPO 06.1 PRODUCTOS FARMACÉUTICOS, APARATOS Y EQUIPOS MÉDICOS		
06.1.1.1 Productos farmacéuticos	06.1.1.2 Otros productos médicos	06.1.1.3 Aparatos y material terapéutico
Medicinas y preparados medicinales (medicinas de patente).	Termómetros clínicos, jeringas, vendajes, esparadrapo, vendas, gasas y productos análogos.	Gafas y cristales graduados. Se <i>excluyen</i> las gafas de protección para el deporte (09321) y las gafas de sol no graduadas (12223).
Sueros, vacunas, vitaminas, minerales, aceite de hígado de bacalao y halibut (fletán), bicarbonato, anticonceptivos orales...	Botiquines y armarios de farmacia para primeros auxilios, bolsas de agua caliente y de hielo.	Audífonos y otros aparatos de ayuda a la audición.
	Productos de calcetería médica como medias elásticas, rodilleras y tobilleras, tanto de punto como de goma.	Lentes de contacto.
	Alcohol, mercromina, agua oxigenada, líquidos de lentillas.	Ojos de cristal, miembros artificiales, armaduras ortopédicas, corsetes y otros aparatos ortopédicos; calzado ortopédico, bragueros, fajas quirúrgicas, collarnes.
	Preservativos, diafragmas...	Aparatos para masajes médicos, lámparas de tratamiento.
		Sillas de ruedas con o sin motor, coches de inválido, muletas, bastones ortopédicos, andadores.
		Prótesis dentales y dentaduras postizas pero no el coste de su colocación.
		Reparación de aparatos y material terapéutico. Se <i>excluye</i> el alquiler de material terapéutico (06233); los cinturones y corsetes para el deporte (09321); los productos veterinarios (09342); y los jabones médicos (12122).

Fuente: INE.

ASPECTOS RELEVANTES DE LA GUÍA FARMACOTERAPÉUTICA DEL SESCOAM DE PRINCIPIOS ACTIVOS PARA PRESCRIPCIÓN EN RECETA

La guía farmacoterapéutica del SESCOAM se publicó en el año 2004, presentándose una actualización en el 2006. La guía como principal objetivo ayudar a que los medicamentos prescritos sean los más apropiados y se administren y dispensen correctamente. Cualquier sistema de salud debe tener como objetivo básico ofrecer los mejores medicamentos disponibles para aquellos pacientes que los necesiten, independientemente de su condición, en el momento preciso y a un coste asumible para el conjunto de la población que financia con sus impuestos los sistemas regionales de salud.

En este sentido, una de las claves del éxito de cualquier sistema de salud es disponer de una política farmacéutica que tenga en su eje de acción la promoción de una asistencia farmacoterapéutica apropiada, de calidad, accesible y basada en las necesidades de los pacientes.

Los medicamentos son una herramienta esencial e imprescindible para la lucha contra la enfermedad y sus consecuencias. Su importancia se puede apreciar en el peso que el gasto farmacéutico tiene sobre el total del gasto sanitario y su evolución a lo largo de los últimos años. El incremento del gasto, el aumento de la demanda y la medicalización de la vida hace que cada vez sean más las presiones existentes en todo lo relativo a la política farmacéutica.

Por ello, y tal como recoge la propia guía farmacoterapéutica del SESCOAM, el “desarrollo de un sistema de gestión de medicamentos moderno y eficiente, que garantice una prestación de calidad, de igualdad y sostenible, debe estar basado en el uso racional de los

medicamentos, en la mejora de los resultados de la atención, en la correcta ordenación del gasto, en el incremento de los niveles de transparencia y en el control de la prestación farmacéutica”.

Ahora bien, es necesario recalcar que la clave no es la contención del gasto, sino la adecuación y calidad de las prestaciones. Por tanto, lo que se debe perseguir es conjugar la efectividad clínica con la eficiencia social, a la vez que priorizar entre las diferentes alternativas de tratamiento disponibles. Como se señala en un trabajo ya citado, se trata de “lograr efectividad y seguridad y ello implica un ideal: el uso adecuado en el 100% de los pacientes que precisan una intervención, y el no uso de intervenciones no necesarias en el 100% de los pacientes que no las precisan” [105].

En muchas ocasiones la práctica clínica está sujeta a variabilidad, siendo ésta a veces fruto de las diferencias existentes entre las propias características de los pacientes y otras debidas por diferentes praxis médicas. Es indudable que la selección del medicamento más apropiado para un paciente determinado depende, en primer lugar, de un diagnóstico correcto. Una vez diagnosticado el paciente, la elección del principio activo más adecuado para el proceso o enfermedad que éste presenta dependerá de factores dependientes del propio paciente, así como de otros procesos o circunstancias concurrentes. Ahora bien, en muchas situaciones clínicas el médico puede optar por diferentes principios activos, de entre los autorizados para esa indicación. La medicina basada en la evidencia, la información disponible sobre la efectividad y aspectos relacionados con la eficiencia a veces no son conoci-

dos de forma adecuada por el profesional, lo que dificulta la tarea del médico de seleccionar razonadamente los medicamentos para sus pacientes sobre la base de criterios objetivos y actualizados. Por ello, el SECAM, con la publicación de su Guía Farmacoterapéutica de Principios Activos para Prescripción en Receta, pretendía dotar a sus profesionales de una herramienta para una prescripción razonada, favoreciendo la adopción de la mejor opción de tratamiento farmacológico en función de la relación beneficio-riesgo de los medicamentos disponibles.

El planteamiento recogido en la guía se basaba en las directrices y planteamientos existentes en las Guías Farmacoterapéuticas de las Gerencias de Atención Primaria, promovidas por las respectivas Comisiones de Uso Racional de Medicamentos, y las Guías Farmacoterapéuticas elaboradas por las Comisiones de Farmacia y Terapéutica de los hospitales. Sobre dicha base, el SESCAM promovió la constitución de grupos de trabajo conjuntos de profesionales de la Atención Primaria y Especializada, en cada una de las Áreas de Salud, siendo éstos los que realizaron la tarea de elegir, con criterios similares, los principios activos que formarían parte de la Guía. Los criterios que se siguieron para seleccionar los principios activos fueron los siguientes:

1. Principios activos definidos en la clasificación Anatómica, Terapéutica y Química (ATC) incluidos en especialidades farmacéuticas de prescripción con receta y financiadas por el Sistema Nacional de Salud.
2. Existencia de información adecuada y completa sobre su efectividad clínica y su seguridad, sobre la base de estudios clínicos que permitan evaluar su aportación terapéutica real en relación con las alternativas, más allá de las impresiones clínicas o el empirismo.
3. Se han considerado los fármacos que deberían formar parte de las estrategias terapéuticas de primera elección para los problemas de salud

más prevalentes y que, por tanto, cubrirían la mayor parte de las necesidades de atención farmacoterapéutica de la salud de la población de Castilla-La Mancha.

4. Se ha tenido en cuenta la disponibilidad de presentaciones farmacéuticas y formas de administración aceptables para los pacientes, en particular cuando estos aspectos pueden resultar relevantes para la adherencia a los tratamientos y, en general, para la calidad de vida de los pacientes.
5. En determinados casos, se ha valorado la mayor experiencia clínica de utilización por los médicos prescriptores en el SESCAM, y el menor coste, de determinados principios activos esencialmente similares en los aspectos referidos con anterioridad.
6. Finalmente, se ha tenido en cuenta la concordancia en los análisis y propuestas procedentes de diferentes Áreas de Salud para aceptar la inclusión de principios activos en la Guía.

Durante el año 2006 se realizó una revisión de la Guía Farmacoterapéutica publicada en el 2004. El objetivo de la revisión de 2006 no fue una revisión exhaustiva de todos los principios activos, sino una actualización de su contenido con toda la nueva información relevante disponible sobre evidencia científica, utilidad, eficacia y seguridad de los principios activos incluidos en ella y aparecida desde que se elaboró, así como de los nuevos principios activos que se han comercializado desde 2004. En todo caso se han mantenido los mismos criterios de selección de principios activos que se tuvieron en cuenta en la elaboración de la primera edición. Además se han suprimido los principios activos que en este periodo han sido retirados del mercado por alertas de seguridad, se han modificado sus códigos ATC o que han sido reclasificados en otros códigos o subgrupos terapéuticos distintos.

En la publicación del 2006, la selección de los medicamentos incluidos en la guía se realizó en base a la

evidencia científica disponible en el momento de su elaboración y fue realizada por un grupo de trabajo multidisciplinar en el que intervinieron un gran número de profesionales, tanto de Servicios Centrales del SESCAM como de Gerencias de Especializada y fundamentalmente profesionales de Atención Primaria directamente implicados en la prescripción. Por consiguiente, la actualización se realizó con las propuestas de los profesionales de las Gerencias de Atención Primaria y Especializada del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha, de las Comisiones de Uso Racio-

nal de Atención Primaria, y con la coordinación de las Áreas de Farmacia, Atención Primaria y Atención Especializada de los Servicios Centrales del SESCAM, integrando así la participación de los autores que elaboraron la Guía Farmacoterapéutica en 2004.

Así pues, la presente actualización garantiza que la Guía Farmacoterapéutica del SESCAM de Principios Activos para Prescripción por Receta revisión 2006, continuará siendo un instrumento útil para mejorar la calidad de la prestación farmacéutica en Castilla-La Mancha.

EL INCENTIVO DE FARMACIA EN EL SESCAM

Continuando con la línea de mejora de la calidad y de la eficiencia en la atención a los problemas de salud de años anteriores establece un “Modelo de Incentivación específico 2007 ligado a prescripción de calidad en Atención Primaria”.

El modelo de incentivación se plantea los siguientes OBJETIVOS:

- Conseguir que más del 60% de Médicos de Familia y más del 75% de Pediatras de Atención Primaria del SESCAM prescriban a lo largo del año 2007 al menos un 75% de medicamentos incluidos en la “Guía Farmacoterapéutica del SESCAM de Principios Activos para Prescripción en Receta”
- Conseguir que más del 60% de Médicos de Familia y más del 75% de Pediatras de Atención Primaria del SESCAM prescriban a lo largo del año 2007 al menos un 30% de medicamentos incluidos en el “Listado de Medicamentos más eficientes” del SESCAM.
- Obtener al final del ejercicio 2007 un gasto en prescripción por receta que no supere en un 6% el obtenido en el ejercicio del año anterior.
- Alcanzar al final del ejercicio 2007 un crecimiento en número de recetas con respecto al ejercicio 2006 limitado al crecimiento poblacional que se produzca a lo largo del año 2007.

Valorará la adecuación de la prescripción que realizan los facultativos de Atención Primaria a las líneas marcadas por la institución desde dos grandes puntos de vista:

a) *Cualitativo*: grado de adhesión a los medicamentos recomendados por nuestro Servicio de Salud que se encuentran recogidos en la “Guía Farmacológica del SESCAM de Principios Activos para Prescripción en Receta” y en el “Listado de Medicamentos más Eficientes”.

b) *Cuantitativo*: cuantía del Importe por Persona Protegida Ajustado.

A la hora de establecer las cuantías de incentivación que recompensen la adecuación de los facultativos a las líneas institucionales, el modelo contempla como punto de partida una cantidad de incentivación máxima alcanzable por facultativo de E.A.P. que para el año 2007 se establece en 3.000€

La cantidad efectiva individual de incentivación (I_i) que percibirá al finalizar el ejercicio 2007 un determinado facultativo resultará de la aplicación de la siguiente fórmula:

$$I_i = 1200 \cdot A + 900 \cdot E + 900 \cdot P$$

donde,

I_i : Es la incentivación individual alcanzada.

A: Es el porcentaje (en tanto por uno) de medicamentos prescritos a lo largo de 2007 que se encuentran incluidos “Guía Farmacoterapéutica del SESCAM de Principios Activos para Prescripción en Receta”.

E: Es el porcentaje (en tanto por uno) de medicamentos prescritos a lo largo de 2007 que se encuentran incluidos en el “Listado de Medicamentos más Eficientes”.

P: Representa la obtención de un Importe por Persona Protegida Ajustado inferior al objetivo establecido en 2007 para el conjunto de la Comunidad Autónoma para Medicina General o para Pediatría (según corresponda).

La adhesión a la “Guía Farmacoterapéutica del SESCOAM de Principios Activos para Prescripción en Receta” (A) mide el porcentaje de envases prescritos que se encuentran incluidos en la “Guía Farmacoterapéutica del SESCOAM de Principios Activos para Prescripción en Receta”. El factor A valora, por tanto, la utilización de principios activos recomendados por el Servicio de Salud. Es decir, todos aquellos medicamentos contrastados que permiten solucionar la mayoría de los problemas de salud y que no son novedades de última hora de elevado precio y de discutible mayor eficacia.

La adhesión al “Listado de Medicamentos más Eficientes” (E) mide el porcentaje de envases prescritos que se encuentran incluidos en el “Listados de Medicamentos más Eficientes del SESCOAM”. Para su cálculo se deben sumar los siguientes indicadores obtenidos en Digitalis:

- **% env. MRS 2007 (marcas).**
- **% env. PAE 2007** (que incluye los medicamentos prescritos por principio activo correspondientes al listado de medicamentos eficientes que no han sido contabilizados en el indicador anterior).

El factor E valora, por tanto, el grado de implicación del profesional en la selección de los medicamentos que son más eficientes y complementa a la anterior, que si bien se refiere a principios activos recomendados, no distingue cual es la presentación más eficiente.

En definitiva el factor A hace referencia a qué principio activo el SESCOAM recomienda seleccionar a la hora de prescribir y el factor E hace referencia a qué presentación el SESCOAM recomienda seleccionar a la hora de prescribir. Ambos se son complementarios y se potencian.

El factor “P” mide la adecuación del gasto en medicamentos en relación a los objetivos de ejecución que tiene planteado el Servicio de Salud para el año 2007. Valora la adecuación del gasto de acuerdo al mix de población que tiene cada facultativo. Para ello se calcula a principio de año el objetivo de IPPA₂₀₀₇ (Importe por Persona Protegida Ajustado) tanto en Medicina General como en Pediatría para el conjunto de la Comunidad Autónoma, excluyendo del cálculo los medicamentos que precisan visado. Al acabar el ejercicio 2007 se calculará el IPPA de cada facultativo, para finalmente realizar una comparación de las dos cifras.

- Los objetivos de IPPA de la Comunidad Autónoma para 2007 son:
 - a) En Medicina General: **22,45**.
 - b) En Pediatría: **3,33**.
- Si el IPPA del facultativo de Medicina General es igual o inferior a 22,45 el factor P tomará valor 1. En caso contrario (mayor de 22,45) el factor tomará valor “0”.
- Si el IPPA del facultativo de Pediatría es igual o inferior a 3,33 el factor P tomará valor 1. En caso contrario (mayor de 3,33) el factor P tomará valor “0”.

Consecuentemente con los objetivos del Sistema de Incentivación y con la filosofía del mismo se establecen una serie de limitaciones en la aplicación de la fórmula que se describen a continuación:

1. Se establecen unos “IPPA límite” para Medicina General y para Pediatría, superados los cuales la fórmula de incentivación no será de aplicación en ninguno de sus aspectos. (A, E, y P tomarán valor cero).
 - IPPA límite en Medicina General: **23,30**.
 - IPPA límite en Pediatría: **3,45**.
2. El factor A para poder ser aplicado en la fórmula debe alcanzar un valor mínimo de 0,75. Si calculado el factor A de un determinado facultativo a lo largo de 2007 resultara inferior a esta cifra, en la fórmula el factor A adquirirá el Valor “0”.

3. El factor E para poder ser aplicado en la fórmula debe alcanzar un estándar mínimo de 0,30. Si calculado el factor E de un facultativo a lo largo del año 2007 resultara inferior a esta cifra, en la fórmula el factor E adquirirá el Valor “0”.

4. Para la obtención del IPPA del facultativo se podrán realizar los siguientes ajustes previos tal y como a continuación se describen:

a) *A aquellos Facultativos que hayan sufrido incremento poblacional en TSI igual o superior al 2,5% (población contrato de gestión 2008/población de gestión 2007) procederá realizar la siguiente corrección proporcional en el indicador IPPA:*

$$\left. \begin{array}{l} nCG2008 \text{ — IPPAb} \\ nCG2007 \text{ — IPPAa} \end{array} \right\} \text{IPPA} = (\text{IPPAb} * nCG2007) / nCG2008$$

, donde:

- IPPAb representa el indicador bruto.
- IPPAa representa el indicador ajustado.
- nCG2007 representa el número total de usuarios en TSI del facultativo en el contrato de gestión 2007.
- nCG2008 representa el número total de usuarios en TSI del facultativo en el contrato de gestión 2008.

Puntualizaciones a este ajuste:

- En ningún caso procederá ajuste alguno si la población ha experimentado un crecimiento inferior al 2,5%. Este procedimiento se realizará siempre en primer lugar antes de realizar el ajuste del apartado siguiente si procediera.

b) *A aquellos Facultativos que hayan realizado acúmulos de cupo durante 2007 por un tiempo igual o superior a 1 semana anual (5 días de trabajo efectivo), siempre y cuando durante el acúmulo de cupo hayan utilizado su propia clave CIAS y número de colegiado para prescribir a los pacientes no pertenecientes a su cupo procederá corrección*

proporcional en el factor de IPPA de la siguiente manera:

$$\left. \begin{array}{l} 245+n \text{ — IPPAb} \\ 245 \text{ — IPPAa} \end{array} \right\} \text{IPPAa} = (\text{IPPAb} * 245) / (245 + n)$$

, donde:

- IPPAb representa el indicador bruto
- IPPAa representa el indicador ajustado
- n es el número de días que el facultativo ha estado realizando acúmulos en las condiciones anteriormente especificadas

Puntualizaciones a este ajuste:

- En ningún caso procederá ajuste alguno si el facultativo ha realizado acumulaciones por un período inferior a 5 días o si la prescripción la ha realizado utilizando el código CIAS del facultativo sustituido.

Con el fin de estimular la adhesión permanente del profesional a los objetivos institucionales se establece un sistema de bonificación dirigido a premiar el esfuerzo continuado y la mejora continua en el mantenimiento de dichas líneas institucionales.

Así, la incentivación máxima de 3.000 euros puede ser ampliada en el año 2007 con otros 1.800 euros más a través de un sistema de bonificación. De este modo el máximo nivel de incentivación puede alcanzar la cifra de 4.800 euros.

El sistema de bonificación va ligado a dos aspectos:

1. **Bonificación por mantenimiento y/o mejora en aspectos cualitativos de la prescripción: factor A en comparación con el año precedente.** Valora si se mantiene el estándar de la línea institucional consistente en prescribir al menos un 75% de medicamentos incluidos en la “Guía Farmacoterapéutica del SESCAM de Principios Activos para Prescripción en Receta”. Para ello se tendrá en cuenta el resultado del año precedente y el resulta-

do del año actual, de modo que si en dos años consecutivos un facultativo presenta resultados de factor A por encima de 0,75 implicará una bonificación directa en la incentivación de 600 euros. Del mismo modo, la alineación con los objetivos insti-

tucionales en 2007 partiendo de resultados en 2006 inferiores al estándar supondrá, por la mejora experimentada en el indicador, una bonificación de 300 euros. En ningún caso existirá bonificación si el factor A_{2006} resulta inferior a 0,75.

TABLA 86
RESUMEN BONIFICACIÓN POR MANTENIMIENTO Y/O MEJORA EN ASPECTOS CUALITATIVOS DE LA PRESCRIPCIÓN

		¿Factor A2007 >=0,75?	
		Sí	No
¿Factor A ₂₀₀₆ >=0,75?	Sí	Bonificación 600 €	–
	No	Bonificación 300 €	–

Fuente: SESCOAM.

2. La bonificación por mejora de indicador IPPA.
Valora si se mejora la línea institucional consistente en no superar un determinado IPPA objetivo para el año 2007, tanto para Medicina General como para Pediatría. Para ello se tendrá en cuenta

el resultado del IPPA obtenido en la categoría correspondiente (Medicina General o Pediatría) y se calculará según las tablas adjuntas la bonificación que le corresponda:

TABLA 87
RESUMEN DE INCENTIVACIÓN Y BONIFICACIÓN QUE CORRESPONDERÍA LIGADA A IPPA2007 EN MEDICINA GENERAL

IPPA Medicina General	Incentivación por factor P	Bonificación
Mayor que 22,45	0 €	0 €
Menor o igual que 22,45 y mayor que 21,33	900 €	0 €
Menor o igual que 21,33 y mayor que 20,21	900 €	300 €
Menor o igual que 20,21 y mayor que 19,08	900 €	600 €
Menor o igual que 19,08 y mayor que 17,96	900 €	900 €
Menor o igual que 17,96	900 €	1.200 €

Fuente: SESCOAM.

TABLA 88
RESUMEN DE INCENTIVACIÓN Y BONIFICACIÓN QUE CORRESPONDERÍA LIGADA
A IPPA2007 EN PEDIATRÍA

IPPA Pediatría	Incentivación por factor P	Bonificación
Mayor que 3,33	0 €	0 €
Menor o igual que 3,33 y mayor que 3,16	900 €	0 €
Menor o igual que 3,16 y mayor que 3,00	900 €	300 €
Menor o igual que 3,00 y mayor que 2,83	900 €	600 €
Menor o igual que 2,83 y mayor que 2,66	900 €	900 €
Menor o igual que 2,66	900 €	1.200 €

Fuente: SESCOAM.

Índice de tablas

Tabla 1.	Datos de Facturación de Recetas Médicas del Sistema Nacional de Salud de 2008 y 2007	0
Tabla 2.	La población española y los medicamentos a partir de la ENS de 2006	0
Tabla 3.	Consumo de medicamentos por tipo y sexo	0
Tabla 4.	Consumo de medicamentos por tipo y sexo en porcentaje sobre el total	0
Tabla 5.	Edad media de las personas que consumen medicamentos por tipo y sexo.....	0
Tabla 6.	Diferencias por sexo entre los datos de población que está tomando medicamentos por diferentes enfermedades y las que consumen medicamentos por tipo de medicamento	0
Tabla 7.	Porcentaje de población que toma medicamentos debido a una enfermedad, por grupo de edad y sexo.....	0
Tabla 8.	Porcentaje de población que toma medicamentos debido a una enfermedad por comunidad autónoma y sexo	0
Tabla 9.	Población que ha padecido una enfermedad o que le ha sido diagnosticada en los últimos 12 meses por sexo	0
Tabla 10.	Población que padece la enfermedad y aspectos relacionados con el consumo de medicamentos ...	0
Tabla 11.	Población que padece la enfermedad y aspectos relacionados con el consumo de medicamentos en porcentaje sobre la población que padece una enfermedad.....	0
Tabla 12.	Población que padece una enfermedad frente al consumo de medicamentos por CC.AA.	0
Tabla 13.	Población que toma medicamentos y no padece una enfermedad por CC.AA.....	0
Tabla 14.	Población que padece enfermedad y consumo de medicamentos por tipo de enfermedad. Varones.	0
Tabla 15.	Población que padece enfermedad y consumo de medicamentos por tipo de enfermedad. Mujeres.	0
Tabla 16.	Población que padece enfermedad y consumo de medicamentos por tipo de enfermedad. Ambos sexos.....	0
Tabla 17.	Número de enfermedades padecidas por sexo	0
Tabla 18.	Porcentaje de población que consume medicamentos por grupo de edad y sexo	0
Tabla 19.	Porcentaje de población que consume medicamentos por comunidad autónoma y sexo.....	0
Tabla 20.	Edad media por comunidad autónoma y sexo	0
Tabla 21.	Estado de salud autopercebido y sexo.....	0
Tabla 22.	Porcentaje de población que toma medicamentos por estado de salud autopercebido y sexo.....	0

Tabla 23. Porcentaje de población que toma medicamentos en función de padecer o no una enfermedad en los últimos 12 meses	0
Tabla 24. Porcentaje de población que declara padecer enfermedades en los últimos 12 meses por grupo de edad y género	0
Tabla 25. Porcentaje de población que consume medicamentos en función de padecer o no una enfermedad y el estado de salud autopercibido.....	0
Tabla 26. Porcentaje de población que consume medicamentos en función del hábito tabáquico y género.....	0
Tabla 27. Porcentaje de población que consume medicamentos en función del consumo de bebidas alcohólicas.....	0
Tabla 28. Porcentaje de población que consume medicamentos en función del hábito tabáquico y género .	0
Tabla 29. Porcentaje de población que consume medicamentos en función del descanso que tiene.....	0
Tabla 30. Porcentaje de población que consume medicamentos en función del ejercicio físico que realiza..	0
Tabla 31. Porcentaje de población que consume medicamentos en función del tamaño del municipio	0
Tabla 32. Porcentaje de población que consume medicamentos en función de la clase social del sustentador principal del hogar.....	0
Tabla 33. Porcentaje de población que consume medicamentos en función de la clase social del individuo..	0
Tabla 34. Porcentaje de población que consume medicamentos en función de la relación con la actividad económica.....	0
Tabla 35. Porcentaje de población que consume medicamentos en función de su situación profesional.....	0
Tabla 36. Porcentaje de población que consume medicamentos en función de la modalidad de seguro sanitario.....	0
Tabla 37. Consumo y receta de medicamentos en las dos últimas semanas	0
Tabla 38. Diferencia entre la población que consume medicamentos y que tiene receta por sexo	0
Tabla 39. Población automedicada y porcentaje sobre el total por sexo	0
Tabla 40. Población automedicada y porcentaje sobre el total por sexo	0
Tabla 41. Población automedicada por tamaño del municipio y por sexo	0
Tabla 42. Población automedicada por clase social y sexo.....	0
Tabla 43. Población automedicada por relación frente a la actividad y sexo.....	0
Tabla 44. Población automedicada por tipo de medicamento. Porcentaje sobre el total por sexo	0
Tabla 45. Población automedicada por tipo de medicamento. Porcentaje sobre total de población que consume cada medicamento por sexo.....	0
Tabla 46. Diferencias debidas a polimedicados	0
Tabla 47. Población por sexo en función del número de tipos de medicamentos que consume	0
Tabla 48. Número medio de tipos de medicamentos por edad y sexo	0
Tabla 49. Población por sexo en función del número de tipos de recetas que dispone.....	0
Tabla 50. Población por sexo en función del número de tipos de medicamentos para los que se automedica...	0
Tabla 51. Número medio de recetas de tipos de medicamentos por edad y sexo	0
Tabla 52. Número medio de recetas de tipos de medicamentos por edad y sexo	0
Tabla 53. Población que no consume medicamentos y que tiene receta por sexo	0
Tabla 54. Población que tiene receta y no consume medicamentos y porcentaje sobre el total por sexo	0
Tabla 55. Variables de los modelos logísticos. Ambos sexos	0

Tabla 56. Variables de los modelos logísticos. Hombres	0
Tabla 57. Variables de los modelos logísticos. Mujeres	0
Tabla 58. Resultados del modelo de consumo de medicamentos	0
Tabla 59. Resultados del modelo de automedicación	0
Tabla 60. Resultados del modelo de incumplimiento terapéutico	0
Tabla 61. Gasto total y medio en el grupo de productos farmacéuticos.....	0
Tabla 62. Gasto total, gastos medios y distribución porcentual del gasto total, del grupo de medicamentos y otros productos farmacéuticos, aparatos y material terapéutico, según tamaño del municipio ...	0
Tabla 63. Gasto total, gastos medios y distribución porcentual del gasto total, del grupo de medicamentos y otros productos farmacéuticos, aparatos y material terapéutico, según densidad de población.....	0
Tabla 64. Gasto total, gastos medios y distribución porcentual del gasto total, del grupo de medicamentos y otros productos farmacéuticos, aparatos y material terapéutico, según edad y sexo del sustentador principal	0
Tabla 65. Gasto total, gastos medios y distribución porcentual del gasto total, del grupo de medicamentos y otros productos farmacéuticos, aparatos y material terapéutico, según nivel de educación del sustentador principal	0
Tabla 66. Gasto total, gastos medios y distribución porcentual del gasto total, del grupo de medicamentos y otros productos farmacéuticos, aparatos y material terapéutico, según situación en la actividad del sustentador principal.....	0
Tabla 67. Gasto total, gastos medios y distribución porcentual del gasto total, del grupo de medicamentos y otros productos farmacéuticos, aparatos y material terapéutico, según situación profesional del sustentador principal	0
Tabla 68. Gasto total, gastos medios y distribución porcentual del gasto total, del grupo de medicamentos y otros productos farmacéuticos, aparatos y material terapéutico, según ocupación del sustentador principal	0
Tabla 69. Gasto total, gastos medios y distribución porcentual del gasto total, del grupo de medicamentos y otros productos farmacéuticos, aparatos y material terapéutico, según composición del hogar.....	0
Tabla 70. Gasto total, gastos medios y distribución porcentual del gasto total, del grupo de medicamentos y otros productos farmacéuticos, aparatos y material terapéutico, según tipo de hogar	0
Tabla 71. Gasto total, gastos medios y distribución porcentual del gasto total, del grupo de medicamentos y otros productos farmacéuticos, aparatos y material terapéutico, según principal fuente de ingresos del hogar de hogar.....	0
Tabla 72. Gasto total, gastos medios y distribución porcentual del gasto total, del grupo de medicamentos y otros productos farmacéuticos, aparatos y material terapéutico, según Comunidad Autónoma..	0
Tabla 73. Médicos de atención primaria y pediatras por gerencias de atención primaria del SESCAM en 2007	0
Tabla 74. Cupo medio de pacientes por médico de familia y pediatra por gerencias de atención primaria del SESCAM en 2007	0
Tabla 75. Cupo medio de pacientes por grupo de edad por médico de familia y pediatra por gerencias de atención primaria del SESCAM en 2007	0
Tabla 76. Prevalencia de diferentes enfermedades y factores de riesgo por gerencia y tipo de médico.....	0
Tabla 77. Características de los médicos que forman la muestra	0
Tabla 78. Percentiles de las variables clave en el cálculo del incentivo de farmacia de AP del SESCAM. 2007	0

Tabla 79. Resultados del modelo de estimación. Médicos de familia	0
Tabla 80. Resultados del modelo de estimación. Pediatras	0
Tabla 81. La distribución muestral de la ENS 2006	0
Tabla 82. La distribución poblacional de la ENS 2006	0
Tabla 83. Ejemplo de pregunta sobre enfermedades crónicas en la ENS de 2006	0
Tabla 84. Componentes a 3 dígitos del grupo salud de la COICOP/HBS.....	0
Tabla 85. Componentes a 5 dígitos del subgrupo 06.1 Productos farmacéuticos, aparatos y equipos médicos	0
Tabla 86. Resumen Bonificación por mantenimiento y/o mejora en aspectos cualitativos de la prescripción....	0
Tabla 87. Resumen de incentivación y bonificación que correspondería ligada a IPPA2007 en Medicina General	0
Tabla 88. Resumen de incentivación y bonificación que correspondería ligada a IPPA2007 en Pediatría.....	0

Índice de gráficos

Gráfico 1.	Consumo de medicamentos por tipo y sexo en porcentaje sobre el total	0
Gráfico 2.	Población que padece una enfermedad y consumo de medicamentos	0
Gráfico 3.	Porcentaje de población que padece una enfermedad y consumo medicamentos por CC.AA. y sexo	0
Gráfico 4.	Porcentaje de población que no padece una enfermedad y consume medicamentos por CC.AA. y sexo	0
Gráfico 5.	Porcentaje de población que consume medicamentos por grupo de edad y sexo	0
Gráfico 6.	Diferencias entre el porcentaje de mujeres con respecto al de hombres que toman medicamentos en las últimas dos semanas por grupo de edad	0
Gráfico 7.	Población que consume medicamentos en las últimas dos semanas por CC.AA.	0
Gráfico 8.	Tasa de consumidores de medicamentos en las últimas dos semanas por CC.AA.	0
Gráfico 9.	Población de 30 a 39 años que consume medicamentos en las últimas dos semanas por CC.AA.	0
Gráfico 10.	Porcentaje de población que toma medicamentos por estado de salud autopercebido y sexo...	0
Gráfico 11.	Porcentaje de población que consume medicamentos en las últimas dos semanas por sexo. Estado de salud declarado muy bueno	0
Gráfico 12.	Porcentaje de población que consume medicamentos en las últimas dos semanas por sexo. Estado de salud declarado bueno	0
Gráfico 13.	Porcentaje de población que consume medicamentos en las últimas dos semanas por sexo, estado de salud declarado muy bueno o bueno y padecer o no una enfermedad crónica en los últimos 12 meses	0
Gráfico 14.	Porcentaje de población que consume medicamentos en función del hábito tabáquico y género. Grupo de edad de 25 a 44 años	0
Gráfico 15.	Porcentaje de población que consume medicamentos en función del número de cigarrillos que fuma al día	0
Gráfico 16.	Porcentaje de población que consume medicamentos en bebedores diarios de los distintos tipos de alcohol	0
Gráfico 17.	Porcentaje de población que consume medicamentos por grupo de IMC y estado de salud autodeclarado bueno	0
Gráfico 18.	Porcentaje de población que consume medicamentos por horas de sueño y género	0
Gráfico 19.	Porcentaje de población que consume medicamentos por clase social del sustentador principal ..	0

Gráfico 20. Porcentaje de población que consume medicamentos por clase social del individuo	0
Gráfico 21. Porcentaje de población que consume medicamentos por relación con la actividad económica y grupos de edad de edad de 25 a 44 años y de 45 a 64 años.....	0
Gráfico 22. Porcentaje de población que consume medicamentos por tipo de seguro sanitario: Seguridad Social versus MUFACE y grupos de edad de edad de 60 a 74 años.....	0
Gráfico 23. Porcentaje de población automedicada por grupo edad y sexo.....	0
Gráfico 24. Porcentaje de población automedicada por comunidad autónoma y sexo	0
Gráfico 25. Porcentaje de población automedicada en función de su relación con la actividad en el grupo de edad de 25 a 44 años	0
Gráfico 26. Porcentaje de población automedicada en porcentaje de la población total por sexo	0
Gráfico 27. Porcentaje de población automedicada en porcentaje de la población que consume cada tipo de medicamento por sexo	0
Gráfico 28. Porcentaje de población en función del número de tipos de medicamentos que consume por sexo	0
Gráfico 29. Porcentaje de población en función del número de recetas de tipos de medicamentos por sexo...	0
Gráfico 30. Porcentaje de población en función del número de tipos de medicamentos para los que se automedica.....	0
Gráfico 31. Porcentaje de población en función del número de tipos de medicamentos para los que se automedica.....	0
Gráfico 32. Distribución por grupo de edad y sexo de las personas que tienen receta pero no consumen el medicamento	0
Gráfico 33. Evolución del gasto medio en medicamentos por persona, hogar y por unidad de consumo de la OCDE	0
Gráfico 34. Evolución del gasto medio del subgrupo de medicamentos por persona, hogar y por unidad de consumo de la OCDE según tamaño del municipio	0
Gráfico 35. Evolución del gasto medio del subgrupo de medicamentos por hogar y CC.AA.	0
Gráfico 36. Evolución del gasto medio del subgrupo de medicamentos por hogar y sexo y edad del sustentador principal.....	0
Gráfico 37. Evolución del gasto medio del subgrupo de medicamentos por hogar y situación frente a la actividad del sustentador principal	0
Gráfico 38. Evolución del gasto medio del subgrupo de medicamentos por hogar y ocupación del sustentador principal	0
Gráfico 39. Médicos de atención primaria y pediatras por gerencias de atención primaria del SESCAM en 2007	0
Gráfico 40. Cupo medio de pacientes por médico de familia y pediatra por gerencias de atención primaria del SESCAM en 2007.....	0
Gráfico 41. Cupo medio de pacientes de 65 y más años por médico de familia por gerencias de atención primaria del SESCAM en 2007	0
Gráfico 42. Porcentaje de población con factores de riesgo en 2007	0
Gráfico 43. Edad, experiencia y antigüedad en el centro de los médicos de la muestra	0
Gráfico 44. Formación por sexo de los médicos de la muestra	0
Gráfico 45. Tipo de contrato por sexo de los médicos de la muestra	0
Gráfico 46. Tipo de centro por sexo de los médicos de la muestra	0

Gráfico 47. Distribución en percentiles del porcentaje de medicamentos prescritos a lo largo de 2007 que se encuentran incluidos “Guía Farmacoterapéutica” del SESCOAM (Factor A).....	0
Gráfico 48. Distribución en percentiles del porcentaje de medicamentos prescritos a lo largo de 2007 que se encuentran incluidos en el listado de “medicamentos eficientes” del SESCOAM (Factor E) ..	0
Gráfico 49. Distribución en percentiles del Importe por Persona Protegida Ajustado (Factor IPPA).....	0
Gráfico 50. Distribución en percentiles del importe recibido por incentivo de farmacia en 2007	0

