

ORIGINALES

# Prescripción inducida, grado de conformidad y... ¿posibilidad de cambio en atención primaria?

E. Barceló Colomer<sup>a</sup>, J. Grau Bartomeu<sup>b</sup>, N. Serre Delcor<sup>b</sup>, M. Salgado Pineda<sup>b</sup>, M. Martí Dillet<sup>c</sup>  
y M. Hidalgo Ortiz<sup>c</sup>

ABS Raval-Sud. CAP Drassanes. DAP Ciutat Vella. Barcelona.

**Objetivos.** Conocer si la medicación inducida (MI) condiciona la asistencia a través de su prevalencia, su calidad, el grado de conformidad del médico y su capacidad de modificarla.

**Diseño.** Estudio transversal de utilización de medicamentos del tipo prescripción-indicación.

**Emplazamiento.** Área básica de salud.

**Participantes.** Dos mil seiscientos cincuenta y seis prescripciones correspondientes a 678 pacientes entrevistados.

**Mediciones.** En cada entrevista se recogen: tipo de visita, edad, sexo, situación laboral, existencia o no de problemática social y/o de patología psíquica; relación médico-paciente, presentaciones farmacéuticas (PF) recetadas y las que recuerda estar tomando, indicación, origen, duración, especialidad del inductor, conformidad del transcriptor y posibilidad de cambio. En cada prescripción se analizan: grupo terapéutico, valor intrínseco, cronicidad, coste y si se trata de una PF de reciente comercialización.

**Resultados principales.** Un 90% de las visitas acaba con prescripción. Un 58% de los pacientes recuerda tomar una o más MI. Fueron inducidas un 72% de las prescripciones analizadas, que provenían en su mayoría de la asistencia pública (66%), de la medicina privada (20%) y de automedicaciones (11%). No existe conformidad en casi la mitad de la MI, pudiéndose modificar, tan sólo, un 13%. La MI sin conformidad y sin posibilidad de cambio es superior en: mujeres, tercera edad, pensionistas, patologías psíquicas y mala relación médico-paciente. Procede principalmente de mutuas, farmacias, automedicaciones, antiguos cabeceras y privados. Se asocia a signos y síntomas mal definidos, enfermedades circulatorias y locomotoras. No encontramos diferencias significativas ni en el gasto, ni en la utilización de PF de reciente comercialización entre la medicación propia y la MI; sí las hay en lo que atañe a la calidad.

**Conclusiones.** El actual modelo de prescripción de envases origina una gran medicalización de las consultas a expensas de la MI. El médico sólo modifica una pequeña parte de la MI sin su conformidad. Son precisos estudios longitudinales de monitorización de pacientes para conocer la evolución (retirada, sustitución, arrastre o nueva inducción) de la MI.

**Palabras clave:** Atención primaria; Modelos prescripción; Prescripción inducida.

## EXTERNALLY INDUCED PRESCRIPTIONS, DEGREE OF AGREEMENT IN PRIMARY CARE AND... THE POSSIBILITY OF CHANGE IN PRIMARY CARE?

**Objective.** To find whether externally induced prescriptions (EIP) condition attendance through their prevalence, quality, the degree of agreement of the PC doctor and his/her capacity to alter them.

**Design.** Cross-sectional study of use of indication-prescription type medicines.

**Setting.** Health district.

**Participants.** 2656 prescriptions for 678 patients interviewed.

**Measurements.** Each interview recorded: type of visit, age, sex, work situation, existence or otherwise of social problems and/or psychiatric pathology; doctor-patient relationship, pharmaceutical preparations (PP) prescribed and those which the patient remembers he/she is taking, indication, origin, duration, speciality of the prescribing person, agreement of the PC doctor issuing the prescription and the possibility of his/her changing it. For each prescription the following was analysed: therapeutic group, intrinsic value, time it lasts, cost and whether it is a recently marketed PP.

**Main results.** 90% of visits to the doctor end in prescription. 58% of patients remember taking one or more EIP. 72% of the prescriptions analysed were externally caused. They came mostly from the public health system (66%), private medicine (20%) and self-medication (11%). There was no PC agreement with almost half these EIPs, but only 13% could be changed. The EIPs without agreement and without possibility of change were greater in: women, the elderly, people on a pension, psychiatric pathologies and in cases of bad doctor-patient relationship. The EIPs originated in health insurance companies, pharmacies, self-medication, former GPs and private doctors. They were associated with ill-defined signs and symptoms, circulatory diseases and locomotive disease. We found no significant differences in expenditure or use of PP recently put onto the market between self-medication and EIP, though there were in quality.

**Conclusions.** The current model of prescribing medication causes consultations to be greatly «medicined» at the expense of EIP. Doctors only alter a small part of the EIPs they don't agree with. Longitudinal studies are needed to monitor patients to find the evolution of EIPs (withdrawal, replacement, dragging on or new external prescription).

(Aten Primaria 2000; 26: 231-238)

<sup>a</sup>Farmacóloga clínica. <sup>b</sup>Especialistas en Medicina Familiar. <sup>c</sup>Diplomadas de Enfermería.

Correspondencia: Jordi Grau Bartomeu.  
Área Básica del Raval Sud. CAP Drassanes.  
Avda. Drassanes, 17, 7.ª planta. 08001 Barcelona.

Manuscrito aceptado para su publicación el 19-I-2000.

## Introducción

Diversos hechos caracterizan al mercado farmacéutico y al sistema sanitario español: a) la inversión en investigación y desarrollo que realiza la industria en relación con el gasto farmacéutico público es de las más bajas de Europa<sup>1</sup>; b) a mediados de 1998, un 31% de las presentaciones existentes era catalogado como ineficaz<sup>2-4</sup>; c) un 50% de lo que se comercializa anualmente son *me again* y *me too* a precios «actualizados», a diferencia de otros países en que las nuevas especialidades sin mejoras sobre las ya existentes son comercializadas a precios similares<sup>4,5</sup>; d) la medicina privada asume el diagnóstico y la instauración de tratamientos, pero no su financiación, que suele trasladarse a la sanidad pública; e) los hospitales públicos y los especialistas de segundo nivel instauran la mayoría de tratamientos de larga duración (TLD), pero no los asumen<sup>6</sup>; f) aconsejar a familiares y conocidos acerca de remedios y medicinas forma parte de nuestro acervo cultural<sup>7</sup>; g) la automedicación es la actividad terapéutica más frecuente en el 40% de la población, a pesar de que un 39% de los fármacos utilizados requiera prescripción médica<sup>8-9</sup>, y h) es común en las oficinas de farmacia la dispensación, cuando no la prescripción, con el consiguiente «ya me traerá las recetas»<sup>10</sup>.

Siendo la atención primaria (AP) la puerta de entrada al sistema sanitario, al médico se le plantea asumir diariamente un volumen de medicación inducida (MI), con la que a menudo no está de acuerdo, que se le atribuye al analizar los perfiles de prescripción<sup>11</sup>. Para valorar cómo la MI condiciona la asistencia, describimos su prevalencia, calidad, indicaciones, grado de conformidad del médico, capacidad para modificarla y algunas variables asociadas.

## Material y métodos

Estudio de utilización de medicamentos transversal, del tipo prescripción-indicación, realizado en el EAP Raval-Sud, una de las zonas más sociodeprimidas de Barcelona, que con una población adscrita de 19.158 habitantes posee más de 26.931 historias clínicas (HCAP) abiertas, de las que un 26% corresponde a mayores de 65 años. Se recogió una muestra representativa a partir de la proporción estimada de MI en la bibliografía<sup>12-27</sup> (tabla 1). Dos observadores externos entrevistaron, mediante un cuestionario, a pacientes que salían de las consultas durante el último trimestre de 1996. Las entrevistas fueron distribuidas de manera uniforme entre los 10 médicos del centro y estratificadas según la modalidad de la visita (programada por el médico, solicitada por el paciente y dispensación automatizada de medicación crónica). Se contrastó la información recogida con los datos que figuraban en la HCAP y con la opinión del médico. Las variables recogidas en la entrevista fueron: *médico asignado, modalidad de visita* por la que había acudido al centro, *HCAP, edad y género, situación laboral* (activo o pensionista), *existencia o no de problemática social* (si no constaba recogida en la HCAP, se llevó a cabo una detección de las situaciones de riesgo social mencionadas en la bibliografía<sup>28</sup>), *existencia o no de patología psíquica* (en caso de no constar en la HCAP, se hizo el cribado pasando los 2 cuestionarios citados en la bibliografía<sup>29,30</sup>), *relación médico-paciente* (se preguntó directamente al

médico y al paciente, considerando buena la relación en caso de respuesta afirmativa por ambas partes), *presentaciones farmacéuticas (PF) que se le recetaron y las que recordó estar tomando* (codificada mediante la EPhMRA modificada<sup>2</sup>), *indicación de cada prescripción* (codificadas según la CIE-9<sup>31</sup>), *tiempo desde el inicio del tratamiento* (categorizado en menor de una semana, entre una semana y 3 meses y más de 3 meses), *origen de la prescripción* (médico de cabecera actual, antiguo médico de cabecera, hospital privado, hospital público, especialistas de segundo nivel, mutua, médico privado, oficina de farmacia y automedicación), *especialidad del médico inductor, conformidad del médico transcriptor y posibilidad de cambio*.

Se recogió cada PF, mediante un sistema de captación de pantalla, de la base de datos del medicamento<sup>2</sup> en la que constaban la *composición*, el *grupo terapéutico* y el *PVP* en pesetas. Se añadió el *valor intrínseco farmacológico*<sup>32</sup> (elevado o no), el *indicador de cronicidad*<sup>6</sup> y si se trataba de una *PF de reciente comercialización*, es decir, la financiadas durante los 5 años previos a la realización del estudio.

Las pruebas estadísticas utilizadas fueron la distribución de frecuencias, la ji-cuadrado y la corrección de Yates para las variables categóricas; la t de Student o la U de Mann-Whitney para las variables cuantitativas, según si seguían una distribución normal o no, y la regresión simple para las variables cuantitativas.

## Resultados

Se entrevistó a 678 pacientes, procedentes un 78% de visitas espontáneas, un 10,3% de visitas programadas y un 11,7% de dispensación automatizada. La media de edad de los pacientes es de 59 ± 19 años. Un 59% era mujer, el 34,2% estaba en situación laboral activa frente al 65,9% de pensionistas. Un 35% de los pacientes presentaba problemática social, el 32% patología psíquica y un 82% tenía una buena relación médico-paciente.

En un 10,3% de las visitas no se extendió ninguna prescripción. El 91% de los pacientes se trataba con algún medicamento. Un 58% tomaba alguna MI y un 23% tomaba alguna MI sin conformidad del médico. Se recogieron 2.656 presentaciones farmacéuticas (PF) (razón PF/paciente, 4,2). Un 72% de las PF fue inducido (1.916 PF) y procedían en un 66% de los casos de la asistencia pública, en un 20% de la privada y en un 11% de la automedicación. Se trataba de tratamientos crónicos en más del 73% de los casos, un 10% era tratamiento subagudo (inferiores a 3 meses), un 11% era agudo (de menos de una semana) y un 6% era pautas a demanda. La calidad, el grado de conformidad y la posibilidad de cambio de la MI se exponen en la tabla 2.

TABLA 1. Porcentajes de medicación inducida según el origen de la prescripción, coste y calidad encontrados en la bibliografía<sup>12-27</sup>

Autor	Prescripciones (N)	MI (%)	Hospital (%)	Esp. nivel 2 (%)	M. privada (%)	Automedicación (%)	Gasto MI (%)	VIE (MP/MI) (%)
Gervás <sup>26</sup> , 1989 <sup>a</sup>	2.426	39,1	20,7	12,8	1,5	3,3	—	—
Danti <sup>25</sup> , 1991 <sup>a</sup>	2.340	24,5	—	18	—	6	—	—
Turón <sup>12</sup> , 1992 <sup>b</sup>		39,6	16,6	23	—	—	¿?	80/77
Alonso <sup>13</sup> , 1993 <sup>b</sup>	230	77	—	—	—	—	77,1	79/63
Fuentes <sup>21</sup> , 1994 <sup>a</sup>	2.169	9	53,5	46,4	—	—	8,7	—
Esteras <sup>14</sup> , 1995 <sup>d</sup>	1.688	62,1	—	60,7	—	1,4	—	80/74
Pereiró <sup>19</sup> , 1995 <sup>d</sup>	2.163	35 y 55	—	—	—	—	—	73/64
Arroyo <sup>20</sup> , 1995 <sup>a</sup>	3.009	31,6	34,1	65,8	—	—	38	¿/73
Lomeña <sup>22</sup> , 1996 <sup>c</sup>	2.580	43	—	—	—	—	51,4	—
Bárcena <sup>24</sup> , 1996	904	44,5	44,6	55,3	—	—	47,4	—
Alegret <sup>27</sup> , 1996 <sup>a</sup>	2.783	27,9	—	—	—	—	—	Sin diferencias
Franzi <sup>18</sup> , 1997 <sup>a</sup>	34.319	35	18,6	3,7	7,8	3,1	—	78/78
Fidalgo <sup>23</sup> , 1997 <sup>c</sup>	4.878	24,5	—	24,5	—	—	41,8	—
Seguí <sup>16</sup> , 1998 <sup>d</sup>	3.559	55,3	—	53,9	1,4	—	61,4	85/89
Martínez <sup>17</sup> , 1998 <sup>d</sup>	3.055	39,4	—	30,5	—	3,2	—	—
Vallès <sup>15</sup> , 1999 <sup>d</sup>	5.427	45,5	46	23,3	25	5,5	—	—
Actual, 1999 <sup>d</sup>	2.642	70,8	35,8	20,3	20,4	9,9	75,7	82/66

Los distintos estudios son: <sup>a</sup>sólo de visitas a demanda o nuevos tratamientos; <sup>b</sup>sólo de tratamientos de larga duración; <sup>c</sup>sólo del gasto de la MI, y <sup>d</sup>estratificados según modalidad de visitas. MI: medicación inducida; MP: medicación propia, y VIE: valor intrínseco elevado.

**TABLA 2. Distribución del porcentaje, la calidad, la conformidad y la posibilidad de cambio de la MI según su procedencia**

Origen	MI		VIE		MISC		MISCYC	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Hospital público	667	(35,1)	530	(80,3)	166	(24,89)	40	(6)
Especialistas 2.º	378	(19,9)	244	(65,1)	167	(44,18)	51	(13,5)
Antiguo cabecera	218	(11,5)	105	(48,4)	151	(69,27)	59	(11,7)
Automedicación	214	(11,3)	100	(47,2)	129	(60,28)	19	(8,88)
Médico privado	176	(9,3)	109	(61,9)	115	(65,34)	50	(28,41)
Hospital privado	153	(8,1)	99	(64,7)	84	(54,9)	22	(14,38)
Mutua	56	(2,9)	32	(57,1)	40	(71,43)	3	(5,36)
Oficina farmacia	35	(1,9)	16	(43,2)	28	(75,68)	7	(18,92)
Otros	17	(0,6)	15	(88,2)	3	(17,65)	0	(0)
Total	1.916	(100)	1.250	(65,7)	883	(46,09)	251	(13,1)

MI: medicación inducida; VIE: valor intrínseco elevado; MISC: MI sin conformidad, y MISCYC: MI sin conformidad y con cambio.

Describimos 1.741 indicaciones diagnósticas (razón diagnósticos/paciente, 2,8). La distribución porcentual de los principales diagnósticos según sea medicación propia, MI y MI sin conformidad del médico, se exponen

en la **tabla 3**. Los signos y síntomas mal definidos (23%), las enfermedades circulatorias (22%) y del aparato locomotor (12%) son los grupos diagnósticos que más se asocian a la MI sin conformidad y sin posibilidad de

cambio. La distribución por subgrupos terapéuticos más frecuentes de la medicación propia, MI y MI sin conformidad se expone en la **tabla 4**. Los grupos terapéuticos de la **tabla 5** que generan la mayor parte de la MI sin conformidad del médico y sin posibilidad de cambio son: aparato cardiovascular (24%), sistema nervioso (19%) y aparato digestivo (16%). Los 10 principios activos más prescritos que generaban disconformidad son: piketoprofeno tópico (21), paracetamol (20), pirenóxina (17), ranitidina (16), diclofenaco (15), timol-pentano-polisulfúrico (15), diazepam-piridoxina (13), dihidroergotoxina (13), troxerutina (13), citicolina (12), dipiridamol (12) y lactulosa (12). En cuanto al valor intrínseco farmacológico, un 70,4% de las PF tenía valor elevado. Hubo diferencias significativas del valor elevado en la medicación propia y en la MI (82,4 frente a 65,7%), las cuales se acentuaron en la MI sin conformidad del médico (84,6 frente a 41,8%). Los porcentajes de valor intrínseco elevado de la

**TABLA 3. Principales diagnósticos asociados a la MP, MI y MISC según la clasificación CIE-9 expresados en porcentajes respecto al total**

MP	(%)	MI	(%)	MISC	(%)
HTA esencial	(13,4)	Polialgia	(5,6)	Arteriosclerosis	(10,3)
Inf. aguda VRA	(7,7)	Arteriosclerosis	(4,9)	Polialgia	(8,8)
Bronquitis crónica	(5,9)	Bronquitis crónica	(4,3)	Inf. aguda VRA	(4,8)
Polialgia	(4,1)	Angor pectoris	(3,7)	Artrosis	(3,6)
Diabetes mellitus	(3,9)	HTA esencial	(3,7)	Malestar, fatiga	(3,1)
Artrosis	(3,5)	Cefalea	(3,5)	Catarata	(2,6)
Histeria	(3,5)	Inf. aguda VRA	(3,3)	Varices extremidades	(2,6)
Neurosis	(3,1)	Histeria	(3)	Cefalea	(2,6)
Lumbodorsalgia	(2,6)	Insuficiencia cardíaca	(2,8)	Neurosis	(2,4)
Cefalea	(2,3)	Artrosis	(2,8)	Constipación (St)	(2,3)
E. esófago	(2,2)	Neurosis	(2,4)	Alt. visuales subjetiv.	(1,9)
Hiperlipemia	(2)	Asma	(2,1)	Histeria	(1,9)
Artralgia	(2)	Glaucoma	(2)	HTA esencial	(1,8)
Insuficiencia cardíaca	(1,9)	Malestar, fatiga	(1,4)	Lumbodorsalgia	(1,8)
Bronquitis aguda	(1,6)	Catarata	(1,4)	Bronquitis crónica	(1,6)
Osteomielitis	(1,5)	Hiperlipemia	(1,3)	Trastornos circulación	(1,5)
Depresión	(1,5)	Varices extremidades	(1,3)	Hiperplasia próstata	(1,5)
Psicosis afectivas	(1,2)	Profilaxis ulcus GD	(1,3)	Alt. análisis sangre	(1,4)
Bron. crónica agudizada	(1,2)	Diabetes mellitus	(1,3)	Profilaxis ulcus GD	(1,3)
ACV	(1,1)	Psicosis afectivas	(1,2)	Hiperlipemia	(1,3)
Constipación	(1,1)	Constipación (St)	(1,2)	Artralgia	(1,3)
Cervicalgias	(1,1)	IAM antiguo	(1,1)	Alt. sensibilidad piel	(1,3)
Insomnio	(1,1)	Lumbodorsalgia	(1,1)	Alt. sistema nervioso	(1,1)
Subtotal	514	Subtotal	1.086	Subtotal	551
Total	740	Total	1.916	Total	880

**TABLA 4. Distribución de la medicación por los principales subgrupos terapéuticos en la MP, MI y MISC (no se incluyen las fórmulas magistrales)**

Subgrupos terapéuticos	MP		MI		MISC	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Analgésicos-N02	107	(14,5)	197	(10,4)	71	(8,1)
Psicolépticos-N05	66	(8,9)	155	(8,1)	54	(6,2)
Antiasmáticos-R03	56	(7,6)	129	(6,8)	22	(2,5)
AINE y antiartríticos-M01	43	(5,8)	82	(4,3)	33	(3,8)
Antihipertensivos-C02	42	(5,7)	46	(2,4)	15	(1,7)
Antiácidos, antiulcerosos-A02	41	(5,3)	92	(4,8)	36	(4,1)
Diuréticos-C03	39	(5,3)	63	(3,3)	9	(1)
Cardioterapia-C01	31	(4,2)	147	(7,7)	48	(5,5)
Antidiabéticos-A10	30	(4,1)	24	(1,3)	5	(0,6)
Antibióticos-J01	30	(4,1)	40	(2,1)	27	(3,1)
Psicoanalépticos-N06	29	(3,9)	70	(3,7)	35	(4)
Antigripales, antitusígenos-R05	26	(3,5)	39	(2)	30	(3,4)
AINE tópicos-N02	24	(3,2)	45	(2,4)	36	(4,1)
Laxantes-A06	15	(2)	36	(1,9)	29	(3,3)
Hipolipemiantes-B04	15	(2)	28	(1,5)	14	(1,6)
Antivaricosos, antihemorroidales-C05	13	(1,8)	67	(3,5)	66	(7,5)
Subtotal	607	(82,1)	1.260	(66,2)	530	(60,5)
Total	739	(100)	1.903	(100)	876	(100)

**TABLA 5. Grupos terapéuticos (clasificación EphMra modificada) en la MP, MI y MISC (no se han incluido las fórmulas magistrales)**

Grupos terapéuticos	MP		MI		MISC	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Sistema nervioso-N	204	(27,6)	461	(24,2)	167	(19,1)
Ap. cardiovascular-C	136	(18,4)	412	(21,7)	210	(24)
Ap. digestivo, metabolismo-A	110	(14,9)	265	(13,9)	145	(16,6)
Ap. respiratorio-R	96	(13)	203	(10,6)	71	(8,1)
Ap. locomotor-M	82	(11,1)	158	(8,3)	86	(9,8)
Antiinfecciosos-J	41	(5,5)	77	(4)	36	(4,1)
Sangre, hipolipemiantes-B	25	(3,4)	68	(3,6)	34	(3,9)
Dermatología-D	18	(2,4)	52	(2,7)	28	(3,2)
Diversos-V	8	(1,1)	5	(0,3)	4	(0,5)
T. hormonal-H	7	(0,9)	43	(2,3)	18	(2,1)
Órganos sentidos-S	7	(0,9)	82	(4,3)	46	(5,3)
T. genitourinaria-G	4	(0,5)	56	(2,9)	30	(3,4)
Antiparasitarios-P	1	(0,1)	9	(0,5)	0	(0)
Antineoplásicos-L	0	(0)	12	(0,6)	1	(0,1)
Total	739	(100)	1.903	(100)	876	(100)

MI en función de la procedencia se exponen en la **tabla 2**.

La MI sin conformidad del médico supone el 33,2% de toda la medicación y casi la mitad de la MI (46%). La MI sin conformidad y sin posibilidad de cambio supone el 30,6% de la MI, siendo superior en mujeres ( $p < 0,0005$ ), tercera edad ( $p = 0,0005$ ), pensionistas ( $p < 0,001$ ), patología

psíquica ( $p < 0,005$ ), mala relación médico-paciente ( $p < 0,0005$ ), y procede de mutuas, oficinas de farmacia, automedicaciones, antiguos médicos de cabecera, hospital privado y médico privado ( $p < 0,00005$ ). Un 60% de toda la MI fue prescrita por 6 especialidades médicas: medicina general (20%), cardiología (15%), medicina interna (7%), psiquiatría (7%), oftal-

mología (6%) y neumología (6%). Una tercera parte de la MI sin conformidad y sin posibilidad de cambio procede de generalistas. La MI supone el 75,69% del gasto y la MI sin conformidad un 32%. El precio medio por presentación de la medicación propia fue ligeramente inferior, 1.150,8 pts. (DE, 1.627,4), mientras que el de la MI era de 1.388,6 pts. (DE, 3.289), no existiendo diferencias significativas. La **tabla 6** muestra el coste de la MI y la MI sin conformidad según la procedencia. Los principales inductores de prescripción de reciente comercialización fueron las oficinas de farmacia, cerca de un 30% de su inducción, y los hospitales, sobre todo los privados.

## Discusión

Objetivamos una alta medicalización de la visita médica a expensas del 72% de MI encontrado, comparable a estudios con TLD<sup>12,13</sup>, que puede venir motivado: a) porque la MI es un fenómeno dinámico, y nos indica un bajo grado de asentamiento funcional<sup>13</sup> debido al corto período de tiempo transcurrido entre la apertura reformada del centro y el estudio. La sobreestimamos, en parte, por los antiguos cabeceras (11,5%). Su prevalencia real debería situarse alrededor de un 60%, más acorde con au-

**TABLA 6. Distribución del coste promedio (en pesetas) de la MI y la MISC según la procedencia**

Origen	Medicación inducida				Medicación inducida sin conformidad			
	Media	DS	Suma	%	Media	DS	Suma	%
Hospital público	1.971,7	5.074,8	1.305.236	49,3	2.239,5	7.355,4	371.760	33,1
Especialistas 2.º nivel	1.187,7	1.362,6	446.570	16,9	1.145,3	1.273,9	188.972	16,9
Antiguo médico de cabecera	954,9	836,8	207.208	7,9	988,5	780,7	149.266	13,3
Automedicación	426,9	431	90.919	3,4	489,9	503,7	62.709	5,5
Médico privado	1.115,5	1.351,8	196.335	7,4	1.032,5	1.292,5	118.741	10,5
Hospital privado	1.715,4	3.183,1	262.461	9,9	1.505,3	2.033,6	126.450	11,2
Mutuas	1.581,7	2.125,4	88.574	3,3	1.705,9	2.398,3	68.238	6
Oficinas de farmacia	1.046,7	1.328,3	38.727	1,5	1.256,2	1.466,7	35.171	3,1
Otros	713,1	1.000	12.123	0,4	1.666,7	2.041,6	5.000	0,4
Total	1.907	1.388,6	2.648.153	100	1.279,9	3.412,2	1.126.307	100

**TABLA 7. Principales efectos psicosociales en farmacología, sistematizados por L. Salvador-Carulla y I. Leonseguí<sup>46</sup>**

**A. Efectos que inciden en la respuesta terapéutica**

*1. Efecto placebo*

La administración de una sustancia inerte determina efectos clínicos significativos que, en una proporción variable de sujetos, y en determinadas patologías, permite su comparación a los de un fármaco de referencia

*2. Efecto nocivo*

La administración de un sustancia inerte determina efectos adversos significativos que, en una proporción variable de los sujetos, y en determinadas patologías, permite su comparación a los de un fármaco de referencia

*3. Efecto Hawthorne*

Una fuerte motivación de los sujetos de un estudio y/o del personal investigador condiciona el resultado final de la investigación

*4. Efecto de complacencia*

El deseo de presentar resultados positivos por parte del investigador puede condicionar una tasa anormalmente alta de los mismos

*5. Efecto Edipo*

Una fuerte expectativa del médico sobre un fármaco influye de forma significativa en la respuesta terapéutica del paciente. Un vaticinio oracular acaba por producir el propio efecto que vaticina

*6. Efecto Lourdes*

Una fuerte expectativa del paciente sobre un fármaco influye de forma significativa en la respuesta terapéutica

**B. Efectos que inciden en las pautas de prescripción**

*1. Efecto CNN (media effect)*

En determinadas circunstancias, una noticia en los medios de comunicación prima sobre el conocimiento científico disponible sobre la materia, incluso en los propios profesionales

*2. Efecto avestruz*

En determinadas circunstancias, el conocimiento preciso y detallado de los efectos secundarios y de las contraindicaciones parciales de un fármaco determina por parte del médico la elección de un producto alternativo sobre el que la información científica es insuficiente o escasa

*3. Efecto del predicador*

En determinadas circunstancias, las creencias de un experto priman sobre la evidencia científica en las pautas de prescripción y en la toma de decisiones administrativas

*4. Efecto del chivo expiatorio*

En condiciones de estigmatización de un grupo farmacológico, un solo producto puede ser foco de las críticas y ser retirado, aun cuando sus características no difieran de las del resto de la familia

*5. Efecto tomate*

En determinadas circunstancias, un fármaco de demostrada eficacia clínica es rechazado según creencias no científicas o un insuficiente conocimiento sobre su mecanismo de acción

tores de nuestro ámbito<sup>14-16</sup>; b) por la estratificación según modalidad de visitas. Los trabajos que sólo analizan visitas a demanda o nuevos tratamientos<sup>18-21</sup> subestiman la prevalencia<sup>33</sup> al no detectar el arras-

tre<sup>24</sup> encubierto de TLD que tienen su origen en una MI<sup>21</sup>; c) porque no utilizamos criterios restrictivos de inclusión<sup>20-23</sup>, la MI es toda prescripción no indicada por el médico que acepta transcribir; d) por la metodo-

logía<sup>35</sup>: entrevista directa con el paciente, fuera de la consulta, sobre toda la medicación que toma, y e) por variables sociodemográficas<sup>34</sup>: un estudio multicéntrico<sup>15</sup> efectuado en Barcelona indica, paradójicamente,

que los centros más sociodeprimidos son los que presentan una mayor prevalencia de MI. Nuestras características similares a ellos: gran accesibilidad hospitalaria (centro urbano), mala utilización de los servicios de urgencia para solucionar problemas de AP<sup>15</sup> (centro sin atención continuada) y el incremento del número de fármacos que supone el paso por el hospital hacen que sea la principal fuente de inducción<sup>36</sup>. La MI en el hospital es la de mayor coste y la que contiene un mayor número de PF de reciente comercialización, sin embargo tiene más calidad, mayor conformidad y es la más adecuada para ser transcrita informatizada<sup>37</sup> (tablas 2 y 6). La capacidad resolutoria de cada centro se relaciona más con la MI por los especialistas de 2º nivel<sup>19</sup>, de ahí, su variabilidad en los distintos trabajos de la tabla 1, y el relativamente bajo grado de conformidad del médico en la tabla 2. Los especialistas *delegan*<sup>20</sup> el "control"<sup>38</sup> de los pacientes y ejercen un apostolado<sup>23,25</sup> que será utilizado económicamente por la industria. El 20% de MI por la medicina privada en una zona sociodeprimida podría tener su explicación: por la MI en hospitales privados con concierto público y, en menor cuantía, por la reducida oferta de algunas especialidades y las listas de espera<sup>18</sup>. De ahí que no sorprenda la escasa MI por las mutuas (3%), a pesar de que el 22% de la población catalana, con mayor poder adquisitivo, tenga afiliación mutua<sup>39</sup>. Las limitaciones para costear PF publicitarias<sup>40</sup> explicarían el alto porcentaje de automedicación obtenida con recetas<sup>41</sup>. El gran número de automedicados que tienen buena relación con el médico (83%) sugiere que hay que educar al usuario para que la información aumente al mismo tiempo que el autoconsumo<sup>42</sup>. El porcentaje de MI sin conformidad, 33%, es superior al descrito en la literatura: 9,4% y 4,8%<sup>15,17</sup>. Esta diferencia podría explicarse porque en la mayoría de los casos queda infraregistrada y por correlacionarse con el total de MI encontrada<sup>15</sup>. También, la proporción de MI sin conformidad que ha sido cambiada (13%) es la más alta encontrada hasta ahora (1%)<sup>17</sup>. A pesar de que diversos autores<sup>16,22</sup> que analizan el coste de los medicamentos afirman que es superior en la MI, y esto lo atribuyen a las PF de reciente comercialización (ya que la

fecha de comercialización condiciona el precio<sup>4</sup>) y a las presentaciones de uso y/o diagnóstico hospitalario (promedian 21.869 y 17.477 ptas.<sup>4</sup>), no encontramos significación estadística ni en el coste, ni en el número de PF de reciente comercialización, de los medicamentos inducidos y propios.

Hay quien considera a la MI una "falacia" para eludir responsabilidades y justificar perfiles de prescripción cualitativamente inadecuados<sup>43</sup>. Sin embargo, los grupos diagnósticos asociados a la MI sin conformidad han sido descritos como los que más dificultad diagnóstica e incomodidad de prescripción crean<sup>44,45</sup>, ya que en ellos intervienen los principales efectos psicossociales<sup>46</sup>, descritos en la tabla 7, a través de: a) las expectativas de medicalización del paciente<sup>47,48</sup>, que a pesar de no ser compartidas por el profesional originan un 22% de prescripciones por motivos no médicos<sup>49</sup> y varían según el nivel socio-cultural<sup>50</sup>, el *copyng style* y la ansiedad asociada<sup>51</sup>; b) la percepción de estas expectativas por parte del inductor, que aumenta 10 veces la probabilidad de prescribir<sup>52</sup> en detrimento de otras medidas de autocuidado<sup>53</sup>, y conlleva gran variabilidad<sup>54</sup> siendo mayor en los hiperprescriptores<sup>55</sup>; c) la transigencia del transcriptor esperando que el dinamismo de la relación con el paciente (en desarrollo, validada o consolidada) extinga la dependencia externa<sup>56</sup>; d) la información y el tiempo de visita, relacionados con la satisfacción del paciente<sup>57</sup> y que, a menudo inadecuados, son reemplazados por prescripciones<sup>54</sup> ritualizadas de cierre: *para quitarse al paciente de encima*<sup>45</sup>, y e) las entidades mal definidas y las patologías crónicas, para las que no disponemos de fármacos basados en la evidencia (¿cuya opción más económica sería la Medicina Alternativa<sup>59</sup>), que aumentan la probabilidad de dar un tratamiento con algún efecto psicossocial<sup>46</sup> que provocará: una respuesta condicionada<sup>60</sup> que mejorará un 82% de los pacientes<sup>61</sup>, una "ilusión terapéutica" en el médico y una concordancia diagnóstica inferior al 50%<sup>59</sup>. La reticencia administrativa a facilitar recetas en los hospitales, en un intento de evitar los dos principales determinantes del gasto (la accesibilidad y la proporción de prescriptores de recetas por habitante)<sup>62</sup>, origina un modelo de *médico dispensador*<sup>63</sup>, que

supone: no responsabilizar a cada médico de su prescripción, asumir parte de los costes farmacológicos de la medicina privada, aumentar la frecuentación, burocratizar y disminuir el tiempo por consulta. Este modelo también favorece: el *doctor shopping*<sup>64</sup>, los errores de prescripción<sup>65</sup> (el 52% se dan en la MI), las consultas aditivas<sup>66</sup>, la mercantilización de las oficinas de farmacia y su infrautilización como educadores sanitarios<sup>10</sup>. A pesar de que la MI se da en algún país de nuestro entorno<sup>25</sup>, es inexistente en la bibliografía anglosajona<sup>67</sup>. Sus modelos asistenciales, con un incremento anual del gasto inferior al nuestro<sup>1,5</sup>, prescriben tratamientos, ¡no envases!, de cuya adecuación y cumplimiento se encarga la oficina de farmacia<sup>63</sup>. Toda la literatura actual sobre la MI son estudios transversales sobre prescripciones. Debido al dinamismo de la MI, son precisos estudios longitudinales de monitorización de pacientes, para conocer su evolución con el tiempo (porcentaje de arrastre, retirada, sustitución y nuevas inducciones) y con la dependencia (al fármaco, al transcriptor y al inductor).

## Bibliografía

1. Institut Català de Farmacologia. Universitat Autònoma de Barcelona. La despesa en medicaments (1). Butlletí groc 1996; 9: 12-22
2. Catálogo de Especialidades Farmacéuticas. Base de datos del medicamento. BOT. Madrid: Ed. Consejo General de Colegios Farmacéuticos 1992, 1997.
3. Ministerio de Sanidad y Consumo. Real decreto 1663/1998, de 24 de julio, por el que se amplía la relación de medicamentos a efectos de su financiación con cargo a fondos de la Seguridad Social o a fondos estatales afectos a la sanidad. BOE 25-7-1998; núm 177 17793: 25152-25163.
4. Grau J, Benavent J, Casajoana J, Franch J, Salgado M, Cucurull E. Evolución de la calidad y del precio de la oferta farmacéutica financiada por el sistema público de salud. Aten Primaria 1997; 20: 281-286.
5. Bloor K, Maynard A, Freemantle N. Lessons from international experience in controlling pharmaceutical expenditure III: regulating industry. BMJ 1996;313: 33-35.
6. Carrillo R, Herrea A, Grau J, Franch J, Casas J. Propuesta de una nueva categorización para tratamientos prolongados en atención Primaria. Aten Primaria 1996; 17: 48-51.

7. Laporte JR, Saballs P, Campillo F, Marcos JM, Bruguera E, Drobnic L. Els coneixements i la pressió de l'usuari. En: Col·legi de metges, centre d'estudis col·legials. Prescripció i ús dels medicaments. Barcelona. Col·lecció Salut i Sanitat 9. Ed. Laia, SA. 1ª ed, 1986: 95-99.
8. Tejedor N, Zafra E, Sánchez Viso del Y, López Muñoz A, Vidal C, López Castro de F. Trastornos comunes de salud: autocuidado y automedicación. *Aten Primaria* 1995; 16: 27-32
9. Fidalgo ML, Bilbao C. Automedicación: análisis de los resultados de una encuesta realizada a usuarios de oficinas de farmacia. *Medifam* 1995; 5: 245-252
10. Pérez Segarra AC, Grau J, Jové A. Anàlisi qualitatiu d'actuacions a les oficines de farmacia. en: ICS eds. Llibre de ponències de les Jornades sobre medicaments a l'atenció Primària. L'Hospitalet del Llobregat, 1990.
11. Pelaez J, Segú J, Altimiras J, Castillejo J. Estudi quantitatiu i qualitatiu de la prescripció farmacèutica en les ABS: comparació entre els diferents EAP i el total de la regió sanitària. *Salut Catalunya* 1992; 6 (5): 186-188
12. Turón JM, Sanz C, Maza AC, Sisamón C, Castillo C, Torguet F. Estudio del origen de las prescripciones incluidas en tarjetas de largo tratamiento y su valor intrínseco farmacológico. Resúmenes de las comunicaciones y pósters del XII congreso de la SEMFYC. *Aten Primaria* 1992; 10: 1001.
13. Alonso FA, Anzola B, Arratibel J, Gancedo Z. ¿Quién prescribe? Origen y adecuación de las prescripciones crónicas incluidas en un programa informatizado de largos tratamientos en un centro de salud. *Aten Primaria* 1993; 12: 465-468
14. Esteras J, Galván L, Ferrer G. Estudio de prescripción inducida. Libro de Ponencias de las Jornadas sobre medicamentos en la atención primaria. L'Hospitalet del Llobregat, 1995.
15. Induced Prescription Barcelona's Primary Health Care Study Group. (Vallès JA). Induced prescription in primary health care. *European Journal of General practice*. June 1999; 5: 49-53.
16. Seguí M, Bartolozzi E, Ramos J, LLach A, Torrent M, Besco E et al. Prescripciones de utilidad terapéutica baja inducidas en atención primaria. *Aten Primaria* 1998; 22: 227-232
17. Martínez López J, Ballesteros A, Baeza JM<sup>a</sup>, Bonet M<sup>a</sup>V, Gallardo J, Jiménez DM<sup>a</sup>. Libertad y conformidad de prescripción del médico en Atención Primaria. *Centro de Salud, Diciembre* 1998; 6 (11): 712-717.
18. Franzi A, Placencia ML, Rodríguez Latre L. Estudio de la prescripción inducida en las áreas básicas de salud de la Dirección de Atención Primaria de Sabadell. *Aten Primaria* 1997; 20: 408-414
19. Pereiró I, Rodríguez R, Bartual MJ, Guijarro MD, Sanchez G, Suberviola V. Prescripción farmacológica en consultas de medicina general. *Aten Primaria* 1995; 15: 286-288
20. Arroyo MP, Cano E, Celay J, Cortés F, Estremera V. Prescripción delegada por especialistas en atención primaria. *Aten Primaria* 1995; 16: 538-544
21. Pérez Fuentes ML, Moratalla G, Lubián M. Estudio de la prescripción inducida en un centro de salud. *Aten Primaria* 1994; 14: 769-774
22. Lomeña JA, Ceballos M, Medina MT, Mediavilla E, Sarmiento F, Hernández Grande JL. Gasto farmacéutico en atención primaria según el origen de la prescripción. *Aten Primaria* 1996; 18: 75-78.
23. Fidalgo ML, Pujol P, Capataz M, López Rodríguez C, González Martínez Y, López Bilbao C. Análisis de la prescripción inducida por atención especializada en el médico de atención primaria. *Medifam* 1997; 2: 94-102
24. Bárcena Caamaño M, Goldaracena Tanco M, Fustero Fernández M<sup>a</sup>V. Estudio de la inducción y otras características de la prescripción de cuatro subgrupos terapéuticos en un centro de Atención Primaria. *Farm Clín* 1996; 13: 362-371
25. Danti G, Castellani L. La prescripción inducida en medicina general. Investigación orientada a la reflexión sobre los estudios de utilización de fármacos. *Farm Clín* 1991; 8: 236-252.
26. Gervás J. Análisis de los factores que inducen la prescripción. *Farm Clín* 1989; 6: 588-594.
27. Alegret F, Broto A, González MJ, Forns J, Moureló M, Galeras JA. La prescripción inducida a un equip d'Atenció Primària. Comunicacions lliures i pósters del XI congrés d'atenció primària. *Butlletí de la societat catalana de medicina familiar i comunitària. Extra Congrès* 1996; 61: 40.
28. Grau J, Romea S, Franch J, Sánchez M, Ruiz Cabello C. Indicadores para valorar la problemática social en la práctica diaria asistencial. *Aten Primaria* 1996; 18: 546-550
29. Goldberg DP. *Manual of the General Health Questionnaire*. Windsor: NFER. Publishing Co., 1970.
30. Leonard R, Derogatis Ph D. *Administration, Scoring & Procedure Manual for the self. SCL-90-R (2º ed.) USA* 1983.
31. *Classificació Internacional de Malalties 9ª revisió*. Barcelona. Ed: Departament de sanitat i seguretat Social, Generalitat de Catalunya. 2ª edició 1993.
32. Laporte JR, Porta M, Capellà D. Drug utilization studies: a tool for determining the effectiveness of drug use. *Br J Clin Pharmac* 1983; 16: 301-330
33. Gervás J. Sobre la prescripción inducida. *Aten Primaria* 1995; 15:473-474
34. Jiménez Puente A, Ordóñez Martí-Aguilar MV, Córdoba JA, Fernández Gómez MA. Factores relacionados con el gasto y la calidad de la prescripción farmacéutica en atención primaria. *Aten Primaria* 1995; 16: 131-136.
35. Juncosa S. Sobre los estudios comparativos entre las redes de atención primaria. *Aten Primaria* 1993; 12: 314-316
36. Lucena MI, Ruiz J, Andrade RJ, Hidalgo R, González-Correa JA, García Ruiz A, Sanchez de la cuesta F. Impacto de la hospitalización sobre la prescripción de fármacos. *Med Clin (Barc)* 1995; 104: 211-215.
37. Roselló MD, González Solanellas M, Pie I, Pérez Lucena MJ, Sans Lecusán F. Prescripción repetida informatizada. Seguimiento del consumo de fármacos y de las tarjetas de mediación autorizada los 3 primeros años. *Aten Primaria* 1997; 20:251-254
38. Mundet X, Artaza MA, Vidal X, Arnau JM. Estudio de utilización de la digoxina en atención primaria. *Aten Primaria* 1992; 9: 239-244
39. Gallardo A. Sanitat, Societat. El Periòdic, martes 26 de mayo de 1998, pág 20.
40. Bradley CP, Riaz A, Tobias RS, Kenkre JE and Dassu DY. Patient attitudes to over-the-counter drugs and possible professional responses to self-medication. *Family Practice* 1998; 15: 44-50.
41. Carvajal A, Sánchez Sánchez A, Garrido R. Demanda de medicamentos en el consultorio de la seguridad social. *Aten Primaria* 1989; 6: 234-237.
42. Laporte JR. Automedicación: ¿la información de los usuarios aumenta al mismo tiempo que el consumo?. *Med Clin (Barc)* 1997; 109: 795-796.
43. Casajoana J, Bordas J, Comet D, Iglesias M. Características que debería tener un programa de repetición de recetas en un Centro de Salud. Cuadernos de Gestión para el profesional de Atención Primaria 1995; 1: 62-63
44. Bradley CP. Uncomfortable prescribing decisions: a critical incident study. *BMJ* 1992; 304: 294-296.
45. Bradley CP. Factors which influence the decision whether or not prescribe: the dilemma facing general practitioners. *Br J Gen Pract* 1992; 42:454-458.
46. Hemminki E. Review of literature on the factors affecting drug prescribing. *Soc Sci Med* 1975; 9: 111-115.
47. Schwartz RK, Soumerai SB, Avorn J. Physician motivations for non scientific drug prescribing. *Soc Sci Med* 1989; 28: 577-582.
48. Britten N, Ukoumunne O. The influence of patient's hopes of receiving a prescription on doctors' perceptions and the decision to prescribe: a questionnaire survey. *BMJ* 1997; 315: 1506-1510.41.
49. Gillam SJ. Sociocultural differences in patients' expectations at consulta-

- tions for upper respiratory tract infection. *J R Coll Gen Pract* 1987; 37:205-206
50. Webb S, Lloyd M. Prescribing and referral in general practice: a study of patients' expectations and doctors' actions. *Br J Gen Pract* 1992; 42: 454-458.
51. Cockburn J, Pit S. Prescribing behaviour in clinical practice: patients' expectations and doctors' perceptions of patients' expectations—a questionnaire study. *BMJ* 1997; 315: 520-523.
52. Virji A, Britten N A study of the relationship between patients' attitudes and doctors prescribing. *Fam Pract* 1991; 8:313-319
53. Himmel W, Lippert-Urbanke E, Kochen MM. Are patients more satisfied when they receive a prescription? *Scand J Prim Health Care* 1997; 15: 118-122.
54. Cormack MA, Howells E. Factors linked to the Prescribing of benzodiazepines by general practice principals and trainees *Fam Pract* 1992; 9: 466-471.
55. Gore J. Developing, validating and consolidating the doctor-patient relationship: the patients' view of a dynamic process *Br J Gen Pract* 1998; 48: 1391-1393.
56. Hamm RM, Hicks JR, Bemben DA. Antibiotics and respiratory infections: are patients more satisfied when expectations are met? *J Fam Pract* 1996; 43: 56-62.
57. Scott D. Are your patients satisfied? *Postgrad Med* 1992; 92: 169-174.
58. Joyce CRB. Placebo and complementary medicine. *The Lancet* 1994; 344: 1279-1281.
59. Joyce CRB. Placebo and complementary medicine. *Lancet* 1994; 344: 1279-1281.
60. Burunat E, Castellano MA, Rodríguez M. El efecto placebo: entre la mente y el cerebro. *Med Clíin (Barc)* 1989; 92: 232-235
61. Thomas KB. Temporarily dependent patient in general practice. *BMJ* 1974; I: 625-626.
62. Catalán A, Parellada N. Variables que intervienen en la despesa farmacéutica dels Equips d'Atenció Primària. Anàlisi i possibilitats de gestió. Ed: Institut Català de la Salut, 1995.
63. Pedro de Lels F. Usos y hábitos irracionales en la prescripción de medicamentos. *Med Clin (Barc)* 1996; 96: 357.
64. Kasteler J, Kane R, Olsen D. Issues underlying prevalence of "doctor-shopping" behavior. *J Health Soc Behav* 1976; 17: 328
65. Álvarez de Toledo F, Zardain E, Eyalalar T, Dago AM, Arcos P. Detección del error de prescripción en la dispensación farmacéutica: incidencia y tipología. *Aten Primaria* 1993; 11: 70-74.
66. Peláez C, Fernández MI, Suarez P, Malo de Molina A, Diaz A. Las demandas adicionales ("ya que...") en atención primaria. *Aten Primaria* 1996; 17: 12-18.
67. Bradley CP. Induced prescription: what's in a name?. *European Journal of General practice, Editorial*, June 1999; 5: 47-48.