

## Presión de prescripción en atención primaria

### Prescription pressure in primary care

*Sr. Director:*

La idea según la cual unas fuentes de información generan conocimientos en el facultativo y estos conocimientos generan hábitos de prescripción es una visión limitada de la prescripción médica, donde influyen elementos externos dependientes de la relación del médico con el paciente, la administración y la industria<sup>1</sup>.

Diversos autores cifran la presión inducida por los pacientes en torno al 10–30%<sup>2</sup>. No obstante, no debemos olvidar la alta frecuencia de prescripción realizada independientemente de la petición del paciente. Se cifra en un 50–70% el número de consultas de atención primaria que finalizan en prescripción<sup>3</sup>.

El objetivo del estudio fue cuantificar la presión de prescripción ejercida por los pacientes y evaluar las posibles influencias en esta presión de distintas variables, así como evaluar el número de consultas que finalizan en prescripción y cuantificar la prescripción de baja calidad médica en relación con la presión ejercida por los pacientes.

Sin embargo, nuestro estudio presenta una serie de lagunas metodológicas, como son el conocimiento del objeto del estudio por los médicos participantes y la propia ambigüedad del término presión de prescripción.

Se realizó un estudio descriptivo durante diciembre de 2007 mediante un cuestionario cumplimentado por 10 médicos colaboradores pertenecientes a 3 centros de salud del Área III de Atención Primaria de Asturias, con un total de 385 pacientes que acudieron en ese período a consultar por primera vez sobre un problema de salud, quedando excluidos los pacientes de otros centros o áreas y aquellos que acudieron a segundas o a sucesivas consultas o a consultas programadas.

Los resultados del estudio (tabla 1) fueron los siguientes: un 36,6% de los pacientes (intervalo de confianza del 95%: 31,7–41,6%) manifestó el deseo explícito de prescripción; sin embargo, el grado subjetivo de presión manifestado por los facultativos fue, en su mayoría, escaso o muy escaso. La mayor edad, el desempleo y el vivir solo se asoció en los pacientes de manera estadísticamente significativa a una mayor presión de prescripción ( $p < 0,05$ ), al igual que el sexo masculino, la mayor edad y el período de más de 20 o menos de 10 años de ejercicio laboral en los facultativos. Los motivos de consulta más asociados a una presión de prescripción fueron los ginecológicos, psiquiátricos y endocrinológicos.

Por otro lado, un 90,1% de las consultas finalizó en prescripción, y se detectaron prescripciones realizadas a petición del paciente, sin clara indicación médica (de las peticiones solicitadas por los pacientes consideradas como no adecuadas por los facultativos, un 34,6% se obtuvo igualmente).

Llama la atención de los resultados de nuestro estudio el alto número de consultas que finalizaron en prescripción (90,1%), cifra superior a otros estudios<sup>3</sup>. La presión de prescripción registrada, con un 36,6% de consultas en las que hubo manifestación de deseo explícito por parte del paciente de recibir una prescripción, es similar a la de

Tabla 1 Características de la población del estudio

| Variable           | Valor          | Casos | Porcentaje |
|--------------------|----------------|-------|------------|
| Datos del médico*  |                |       |            |
| Edad               | 25–45          | 197   | 51,2       |
|                    | 46–65          | 188   | 48,2       |
| Sexo               | Varón          | 273   | 70,9       |
|                    | Mujer          | 112   | 29,1       |
| Años de ejercicio  | ≤ 10           | 42    | 10,9       |
|                    | 11–20          | 192   | 49,9       |
|                    | > 20           | 151   | 39,2       |
| Edad               | 25–45          | 197   | 51,2       |
|                    | 46–65          | 188   | 48,2       |
| Datos del paciente |                |       |            |
| Edad               | < 25           | 87    | 22,6       |
|                    | 26–45          | 119   | 30,9       |
|                    | 46–65          | 97    | 25,2       |
|                    | > 65           | 82    | 21,3       |
| Sexo               | Varón          | 165   | 42,9       |
|                    | Mujer          | 220   | 57,1       |
| Nivel de estudios  | Sin estudios   | 22    | 5,7        |
|                    | Primarios      | 165   | 42,9       |
|                    | Secundarios    | 160   | 41,6       |
|                    | Universitarios | 38    | 9,9        |
| Situación laboral  | Parado         | 31    | 8,1        |
|                    | Jubilado       | 115   | 29,9       |
|                    | Activo         | 237   | 61,6       |
|                    | Baja           | 2     | 0,5        |
| Vive solo          | No             | 349   | 90,6       |
|                    | Sí             | 36    | 9,4        |

\*Datos expresados en función de los casos atendidos.

otros estudios<sup>4</sup>; sin embargo, el grado de presión percibida es escaso, lo que indica una escasa presencia de actitudes intimidatorias por parte de los pacientes.

Destaca, igualmente, que de las solicitudes consideradas no adecuadas por los médicos, se obtuvo un 34,6%. Esta cifra, aunque elevada e indicativa de una prescripción de baja calidad, es algo inferior a la encontrada en otros estudios<sup>5</sup>, en los que los porcentajes alcanzan al 41–66%.

Como conclusión del estudio, la presión ejercida por los pacientes existe y podría determinar en ocasiones una prescripción de baja calidad; sin embargo, serán necesarios más estudios y a mayor escala para evaluar la presión de prescripción a la que se ven sometidos los profesionales de atención primaria y la posible prescripción de baja calidad secundaria a esta prescripción inducida.

## Bibliografía

1. Caamaño F, Figueiras A, Gestal-Otero JJ. Factores condicionantes de la prescripción en atención primaria. Aten Primaria. 2001;27:43–8.
2. Von Ferber L, Köster I, Prüss U. Patient variables associated with expectations for prescriptions and general practitioners' prescribing behaviour: An observational study. Pharmacoepidemiol Drug Saf. 2002;11:291–9.
3. Cockburn J, Pit S. Prescribing behaviour in clinical practice: Patients' expectations and doctors' perceptions of patients' expectations -a questionnaire study. BMJ. 1997;315:520–3.

4. Delga C, Megnin Y, Oustric S, Laurent C, Pauly L, Vergez JP, et al. Pression de prescription: étude pilote en médecine générale. *Therapie*. 2003;58:513-7.
5. Britten N, Jenkins L, Barber N, Bradley C, Stevenson F. Developing a measure for the appropriateness of prescribing in general practice. *Qual Saf Health Care*. 2003;12: 246-50.

doi:10.1016/j.aprim.2009.06.015

## ¿Llegó la hora de incentivar a los tutores, pero cómo hacerlo?

Now is the time to provide incentives to tutors, but how?

*Sr. Director:*

Las unidades docentes (UD) de medicina familiar y comunitaria vivimos con expectación la aplicación del Decreto 183/2008<sup>1</sup>. Esta norma define y regula cuestiones vitales, como la reordenación en unidades de atención familiar y comunitaria (incluyendo a la nueva especialidad de enfermería familiar y comunitaria), los mecanismos de evaluación, el deber de supervisión de los residentes y su adquisición progresiva de responsabilidades, las rotaciones externas y la incentivación y el reconocimiento de los tutores. Sin embargo, poco a poco han ido surgiendo dudas e inquietudes sobre cómo se implementarán las medidas concretas en el ámbito de cada comunidad autónoma y cada UD.

El reconocimiento del tutor era una cuestión pendiente. A pesar de que son el eje del sistema docente, su labor no había sido, hasta ahora, reconocida oficialmente. El decreto deja en manos de cada comunidad autónoma la decisión del modelo de incentivación que se va a implantar, lo que permite soñar, pero a la vez invita a ser cautos y a analizar detenidamente cada medida: ¿Dinero? ¿Tiempo? ¿Formación? ¿Mejoras laborales? ¿Reconocimiento académico? ¿Participación en las decisiones? ¿O todas las anteriores?

La literatura científica no nos saca de la duda de qué medida es la más idónea. Parece que los modelos de “pago por desempeño” mejoran algunos indicadores de calidad asistencial<sup>2</sup>, pero la variabilidad de los modelos aplicados y de los indicadores de evaluación utilizados no permite tener resultados concluyentes<sup>3</sup>. Específicamente sobre la labor tutorial, no conocemos la utilidad de los sistemas de incentivación económica. Partimos de experiencias previas, como la de Cataluña<sup>4</sup>, pero aún no están evaluadas. Además, la incentivación retributiva abre nuevos debates, como la acreditación por agencias externas, la utilización de criterios de evaluación y de indicadores válidos y fiables, y si la retribución debe ser directa o condicionada a la consecución de objetivos incluidos en contratos de gestión.

Tampoco sabemos si van a contribuir a la aparición de “efectos adversos”, como el “fenómeno de tolerancia”, el “efecto llamada”, la “registritis” ligada a la evaluación, o los posibles recelos entre los tutores y los que no son tutores

Ana Isabel Rodríguez Ruitiña

*Centro de Atención primaria, Área III de Asturias, Asturias, España*

*Correo electrónico:* anarodrui@gmail.com  
(A.I. Rodríguez Ruitiña).

de un mismo centro. Además, lo que puede ser un elemento motivador para un tutor podría no serlo para otro, simplemente por encontrarse en momentos vitales, personales y profesionales diferentes. Sería, por tanto, razonable avanzar hacia un sistema de incentivación individualizado. Por otro lado, algunos autores inciden en los factores que permiten trabajar en unas condiciones satisfactorias para los profesionales y que enriquezcan su labor, más que en proveer de elementos extrínsecos, los que no son motivadores per se<sup>5,6</sup>. Por último, el éxito o fracaso dependerá en gran medida de que se tenga en cuenta el contexto y la realidad de los centros donde se quiere implantar<sup>3</sup>.

En pocas semanas conoceremos qué modelo propone cada comunidad para reconocer la labor de sus tutores. Esperemos respondan a las expectativas y a las necesidades reales de estos profesionales de tan alto valor estratégico para el futuro de la medicina de familia.

## Bibliografía

1. Real Decreto 183/2008 de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada. *Boletín Oficial del Estado*, N.º 45, (2008).
2. Petersen LA, Woodard LD, Urech T, Daw C, Sooknanan S. Does pay-for-performance improve the quality of health care? *Ann Intern Med*. 2006;145:265-72.
3. Schatz M. Does pay-for-performance influence the quality of care? *Curr Opin Allergy Clin Immunol*. 2008;8:213-21.
4. Orden SLT/513/2006 de 26 de octubre, por la que se hace pública la convocatoria del proceso de acreditación por parte del Departamento de Salud de tutores de especialistas en formación médicos, farmacéuticos, químicos, biólogos, bioquímicos, psicólogos y radiofísicos de centros sanitarios acreditados para la formación de especialistas en ciencias de la salud de la red sanitaria de Cataluña. *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya*, N.º 4755, (2006).
5. Herzberg F, Mausner B, Snyderman BB. *The motivation to work*, 3rd ed. New Brunswick: Transaction Publishers; 1999.
6. Maslow AH. A theory of human motivation. *Psychological Review*. 1943;50:370-96.

Enrique Gavilán-Moral\* y Cristina Bravo Cañadas

*Unidad Docente Medicina Familiar y Comunitaria, Plasencia, Cáceres, España*

\*Autor para correspondencia.

*Correo electrónico:* enrique.gavilan.moral@gmail.com  
(E. Gavilán-Moral).