



Revista de Calidad Asistencial

www.elsevier.es/calasis



EDITORIAL

La prescripción inducida, un falso problema que esconde las carencias de la gestión de la prescripción

The induced prescription: A problem that conceals deficiencies in prescription management

S. Peiró* y G. Sanfélix-Gimeno

Centro Superior de Investigación en Salud Pública (CSISP), Valencia, España

Recibido el 15 de junio de 2010; aceptado el 15 de junio de 2010

Disponible en Internet el 2 de agosto de 2010

Aunque teóricamente la prescripción inducida puede darse en cualquier sistema sanitario, la literatura anglosajona cuenta con pocas referencias a este tema y, cuando las hay, se refieren a «otros» temas: al impacto de los especialistas, la industria farmacéutica o los propios pacientes sobre la prescripción de los médicos de atención primaria¹. En el Sistema Nacional de Salud (SNS) español, por el contrario, existen numerosas publicaciones sobre el tema, casi todas desarrolladas desde la atención primaria (solo excepcionalmente se han realizado estudios desde la atención especializada externa, el hospital o las urgencias hospitalarias) y, más importante aun, tratan de algo muy diferente: la prescripción generada por otro facultativo cuando el médico de cabecera acepta transcribirla aunque no comparta su planteamiento diagnóstico-terapéutico².

Este concepto de prescripción inducida que se utiliza en el SNS es muy idiosincrásico y, como muchos otros rasgos del SNS, responde al legado del Seguro Obligatorio de Enfermedad. Como se señalaba en una muy recomendable revisión sobre el tema «La singularidad de nuestro concepto de [prescripción inducida] obedece, por un lado, a la existencia de una prestación farmacéutica ligada a un modelo de receta oficial que tiene un carácter de documento de facturación de farmacia, no de documento de prescripción y, por otro lado, al hecho de que existen muchos proveedores

de salud privados, que no disponen de este modelo de receta, y muchos proveedores públicos que no lo utilizan. De este modo se genera una triste y ridícula peregrinación de pacientes hacia el médico de atención primaria [...] en busca de una receta (que no de una prescripción) que responde a la indicación de otro profesional»³.

La abundante literatura española sobre el tema, muy resumidamente, viene a decir que: 1) un porcentaje importante de la prescripción -en realidad, de las recetas- realizada por los médicos generales procede de otros facultativos. Este porcentaje varía entre menos del 10% y más del 70% según estudios, en buena medida porque se utilizan definiciones diferentes de prescripción inducida; 2) este tipo de prescripción no afecta por igual a todos los grupos farmacológicos y principios activos, siendo lógicamente más elevada en aquellos grupos y fármacos empleados diferencialmente por los médicos especialistas; 3) la prescripción inducida por los especialistas es más cara, más «innovadora» —con independencia del valor terapéutico añadido del «nuevo» medicamento— e incorpora más marcas de fantasía y menos genéricos⁴; 4) la concordancia entre los principios activos disponibles en la guía farmacoterapéutica del hospital y la prescripción de los especialistas a los pacientes ambulatorios es muy pobre; 5) la información que acompaña esta prescripción es muy insuficiente, incluyendo carencias en orientación diagnóstica, indicación, duración del tratamiento, y los potenciales efectos adversos y controles necesarios; 6) la prescripción inducida es una fuente de insatisfacción para los médicos de familia, no solo

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: peiro_bor@gva.es (S. Peiró).

por la sobrecarga administrativa que conlleva sino también por la escasa información que la acompaña, los conflictos con los pacientes en caso de desacuerdo y porque los indicadores de prescripción de las administraciones sanitarias —ocasionalmente vinculados a incentivos económicos— los identifican como responsables exclusivos de la misma, y 7) el grado de desacuerdo completo de los médicos de familia con la prescripción inducida, aun relevante, no es excesivamente elevado (en torno al 5% en algunos estudios)⁵, pero el desacuerdo parcial puede ser importante y si se incluye la elección de marcas comerciales alcanza cifras en torno al 30%⁶.

El trabajo de Pérez Gil et al, que se publica en este número de *Revista de Calidad Asistencial* viene a corroborar estos hallazgos previos⁷, además de contextualizarlos en un entorno concreto y actualizarlos en el tiempo. Desalentadoramente, sus resultados son tan similares a los de los trabajos publicados en los últimos 20 años que sugiere que hemos avanzado poco en la solución de este problema. Triste, sí. Aunque no inesperado. En realidad, si siempre hacemos las cosas del mismo modo no hay porque esperar grandes cambios en los resultados que obtenemos. Abordar el problema de la prescripción inducida requiere nuevos enfoques y evitar algunos tópicos.

El primero de estos tópicos es, probablemente, considerar que la prescripción inducida es un problema y no una actividad consustancial a la práctica de los médicos de familia que les permite gestionar de forma integral los medicamentos que recibe un paciente. En los pacientes polimedificados, la prescripción de un especialista puede entrar en contradicción con otros tratamientos previos (prescritos por el médico de familia o por otros especialistas), dificultar el control de algunas patologías crónicas (diabetes, hipertensión, etc.) o no haber considerado antecedentes relevantes del paciente que el médico de familia conocía (hemorragia digestiva, problemas renales, hepáticos o, simplemente, intolerancia previa al mismo medicamento). Es más que probable que situar al médico de familia como *gatekeeper* también de la prescripción haya permitido mejorar el manejo terapéutico de los pacientes y evitar muchas reacciones adversas. Y probablemente es justo en esas prescripciones en que el médico de familia muestra su desacuerdo en donde aporta valor. En el SNS es, obviamente, una estrategia que tiene problemas: gestionar la prescripción no es repetir las recetas. Gestionar la prescripción requiere que la información circule fluidamente entre la atención primaria y la especializada (no mediante trasiegos del paciente) y, no menos importante, que los médicos de familia tengan la confianza de sus pacientes.

El segundo tópico es considerar que la prescripción inducida es un problema en sí y no el reflejo de otros problemas. Y este tópico viene acompañado del de que es un problema que crean los «otros» (los especialistas, los hospitales, las urgencias) y sufren los «nosotros» (los médicos generales). Este planteamiento olvida que la mayoría de pacientes que vienen con prescripciones del especialista a atención primaria, son los que previamente fueron derivados al especialista desde la atención primaria⁸. La prescripción inducida tiene mucho de vuelta del boomerang de la derivación a manos del lanzador. Los estudios españoles cifran la tasa de derivación en torno al

6% de las visitas a atención primaria, una cifra intermedia en relación a los países de nuestro entorno⁹ pero que, dada la mayor frecuentación, se vuelve considerable en términos absolutos: una consulta de medicina general puede generar entre 500 y 750 derivaciones anuales (2–3 por día), y estas derivaciones volverán con tratamientos de especializada. La prescripción inducida no es un problema de la atención especializada que padece la primaria, sino que forma parte del problema de la coordinación entre la atención primaria y especializada en el SNS, y debe ser abordado buscando soluciones globales. Desde una mayor capacidad resolutoria en primaria a los protocolos de derivación, de información, y de tratamiento coordinado y corresponsable. Pero, del mismo modo que no puede resolverse la derivación excesiva solo desde la atención especializada, no puede resolverse la prescripción inducida solo desde la atención primaria.

Los tópicos señalados tienen su importancia. Al centrar la atención en el falso problema dificultan encontrar soluciones a los verdaderos problemas. Pero quizás, más importantes aun que estos tópicos son las distorsiones que introduce una gestión sanitaria muy desorientada sobre sus objetos y sus objetivos. Lo cierto es que a estas alturas no se comprende muy bien por qué los indicadores de prescripción siguen basculando sobre la atención primaria y no sobre ambos niveles. Tampoco que la práctica totalidad de las actuaciones de gestión de la prestación farmacéutica estén circunscritas por la frontera infranqueable de la atención especializada. Y tampoco es comprensible que las actuaciones de gestión de la farmacia hospitalaria se confinen a la hospitalización, dejando la consulta externa, la urgencia hospitalaria y la prescripción al alta como terreno de nadie o, peor, como el terreno por el que actualmente se introducen buena parte de las «innovaciones» terapéuticas de escaso valor añadido (y, sin embargo, de alto gasto adicional). Hace tiempo que es tiempo de que los indicadores de prescripción (y los incentivos asociados a los indicadores) recaigan también sobre los especialistas (y sobre los farmacéuticos hospitalarios: ¿por qué no poner sus incentivos en función de la prescripción en receta o, al menos, de la prescripción de un tipo concreto de medicamentos?). Y también deberíamos empezar a cuestionar la lógica de cambiar toda la medicación de los pacientes crónicos bien controlados cuando realizan un ingreso hospitalario electivo para adecuarla a la guía farmacoterapéutica del hospital (o, mejor, de cada uno de los hospitales)¹⁰. Las guías farmacoterapéuticas tienen numerosas ventajas y algunos inconvenientes, en parte evitables. Obligar a los médicos generales a reajustar toda la medicación de pacientes previamente controlados es uno de estos últimos.

El problema, que lo es, de que los médicos generales tengan que repetir las recetas prescritas por otros médicos parece ir en vías de solución gracias a la prescripción electrónica. Acabar con esta especificidad tan arraigada del SNS es importante para que los médicos generales puedan disponer de más —y mejor— tiempo para sus pacientes. Pero también para cerrar el falso problema de la prescripción inducida (¿quién hace las recetas? ¿quién es el responsable del gasto?) y permitir abordar los verdaderos problemas del manejo integral de la medicación de los pacientes, de la adecuada coordinación entre ambos niveles en beneficio de los pacientes, de la rápida incorporación en ambos niveles

de medicamentos innovadores en precio (antes que en valor terapéutico) o del uso de genéricos¹¹. Y también de la seguridad de la prescripción. Solucionar el problema de la «prescripción inducida» no debería suponer que los médicos generales pierdan control sobre el conjunto de la medicación que reciben sus pacientes o que dejen de mostrar su desacuerdo (interviniendo cuando sea preciso) con algunas prescripciones de los especialistas porque ya no tienen que repetir sus recetas: no deben olvidar que —con o sin receta electrónica— mantienen la responsabilidad sobre el manejo terapéutico integral del paciente.

Y con o sin prescripción electrónica no parece razonable que desde las administraciones sanitarias no se aborde también la coordinación de la gestión de la prescripción en todos los niveles asistenciales. Continuar evitando que el instrumental y las actuaciones de gestión de la prescripción entren en las consultas externas, en las urgencias hospitalarias y en la prescripción al alta supone aceptar un importante derroche, deslegitima el resto de actuaciones de gestión farmacéutica, reduce la seguridad de los tratamientos y, a estas alturas, es simplemente injustificable.

Financiación

Ninguna

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Pedro Cervera Casino, Antonio García Ruiz, Beatriz González, Ricard Meneu, Vicente Ortún, Jaume Puig nos ayudaron con comentarios a versiones previas de este trabajo. Obviamente, no comparten necesariamente

el contenido del mismo que es responsabilidad de sus autores.

Bibliografía

1. Bradley C. Induced prescription: what's in a name? *Eur J Gen Pract.* 1999;5:47–8.
2. Danti G, Castellani L. La prescripción inducida en medicina general. Investigación orientada a la reflexión sobre los estudios de utilización de los fármacos. *Farm Clin.* 1991;3:236–52.
3. Bordas JM, Casajuana J. Prescripción inducida en atención primaria: de la excusa pasiva a la gestión activa. *FMC.* 2000;5:323–8.
4. Labarta Mancho C, Aza Pascual-Salcedo MM, Garjón Parra FJ, Celaya Lecea MC, Lallana Álvarez MJ, Elfau Maizal M. Velocidad de incorporación de nuevos medicamentos en la práctica clínica. *Farm Aten Primaria.* 2007;5:118–23.
5. Liz F, Cumplido R. Prescripción inducida a médicos de Atención Primaria procedentes del Hospital de referencia; Hospital Universitario Vall D'Ebrón. *Aten Primaria.* 2004;33:118–23.
6. Ruiz de Velasco Artaza E, Unzueta Zamalloa L, Fernández Uria J, Santisteban Olabarria M, Lekue Alkorta I. Prescripción inducida en atención primaria de la comarca Bilbao. *Aten Primaria.* 2002;29:414–20.
7. Pérez Gil S, Millas Ros J, López Zuñiga MC, Arzuaga Arambarri MJ, Aldanondo Gabilondo A, San Vicente Blanco R. Análisis de la prescripción inducida en una comarca de atención primaria. *Rev Calidad Asistencial.* 2010;25:321–6.
8. Peiró S. La derivación primaria especializada como problema y como síntoma. *Gest Clin Sanit.* 2008;10:84–8.
9. García Olmos L. Cambios en la organización y demanda derivada. Seminarios de innovación en atención primaria 2007. Fundación Ciencias de la Salud. Madrid, 16 de noviembre de 2007.
10. Peiró S. La estrategia de calidad para los servicios de farmacia hospitalaria en el 2010. Algunas reflexiones. En: *Farmacia hospitalaria 2010: La calidad como eje de la planificación estratégica.* Madrid: Fundación Gaspar Casal; 2006.
11. Meneu R, Peiró S, editores. *Elementos para la gestión de la prescripción y la prestación farmacéutica.* Barcelona: Masson; 2004.