



CARTAS AL DIRECTOR

Impacto de la prescripción inducida sobre la relación médico-paciente

Impact of the induced prescription on the doctor-patient relationship

Sr. Director:

Hemos leído con interés dos recientes artículos de su revista^{1,2} sobre prescripción inducida en atención primaria (AP), donde se hace énfasis en las carencias de gestión y en el elevado gasto asociado. Proponemos, sin embargo, que el concepto de prescripción inducida tiene un impacto mayor en la relación médico-paciente que en la relación médico de familia (MdF)-médico hospitalario, la gestión en la prescripción o el coste asociado a dicha práctica. Existe un elevado porcentaje de desacuerdo entre los MdF con respecto a la prescripción inducida por el especialista hospitalario, con discordancias de formación (24%), científica (21%), clínica (13%) y comercial (28%), entre otras, que generan malestar³ y que tienen como consecuencia una alteración de la relación médico-paciente, siendo esta la intervención que más frecuentemente utiliza el MdF con el enfermo⁴. El medicamento es un objeto relacional. Desde el laboratorio de fabricación pasando por el consultorio del médico hasta llegar al cuerpo del paciente, el medicamento incorpora un mundo de representaciones sociales y de símbolos⁵. En el uso de fármacos, la vertiente relacionada con la farmacología eclipsa totalmente la importancia de los aspectos no farmacológicos de la medicación, que no se consideran y que, sin embargo, adquieren una gran importancia. Los síntomas de la tensión no resuelta del MdF —la inducción por parte del especialista hospitalario de una prescripción con la que desacuerda— lo hacen inseguro respecto a las prescripciones inducidas, y tiende a culpabilizar a otros de su comienzo, pero tampoco se atreve a considerar cambios. En el paciente, el fármaco llega a ser la representación de “algo” que necesita y, por lo tanto, debe de ser bueno y no modificable, y demanda la repetición de su receta. Así, el MdF se siente indeciso, y lo puede aceptar para preservar la paz con el paciente o puede mantener su assertividad y negar la receta. Las prescripciones inducidas parecen, de este modo, tener una función no sólo de cara a la enfermedad del paciente, sino sobre la actitud del MdF sobre su paciente⁶. Y las probabilidades de éxito en un trata-

miento son directamente proporcionales a la calidad de la relación médico-paciente⁷. Es fundamental conocer la farmacología de los medicamentos usados, pero igualmente los aspectos no farmacológicos de estos, que toman relevancia en las prescripciones inducidas —que pueden producir sucesivas visitas al MdF, y la medicación principal de este es él mismo—, como los efectos adversos no específicos (nocebo), el efecto placebo, el incumplimiento, el coste, los significados psicológicos (símbolos, significados, creencias, estigmas), los aspectos éticos, el hecho de ser a veces la prescripción un modo de afrontar el médico su frustración, etc., y que modifican el encuentro médico-paciente y, en consecuencia, pueden condicionar un cambio de actitud en las prescripciones de la práctica cotidiana⁸. Así, el concepto de prescripciones inducidas es un elemento de la relación médico-paciente. Esta es la razón por la que los MdF encuentran difícil tratar a estos pacientes: se pone en riesgo esa relación. Así, pues, estos aspectos no farmacológicos de los medicamentos deberían ser parte de la formación en terapéutica racional, así como un elemento sobre el que reflexionar en nuestra práctica, ya que condiciona los resultados en salud. En nuestra opinión, el abordaje del problema de la prescripción inducida en AP debería realizarse principalmente desde el enorme potencial terapéutico de la relación médico-paciente: no es sólo que el mejor conocimiento del paciente y su contexto pueda ser un elemento clave para la elección de un fármaco, sino por ser la propia relación médico-paciente el fármaco más activo.

Bibliografía

1. Peiró S, Sanfélix-Gimeno G. La prescripción inducida, un falso problema que esconde las carencias de la gestión de la prescripción. Rev Calid Asist. 2010;25:315–7.
2. Pérez Gil S, Millas Ros J, López Zúñiga MC, Arzuaga Arambarri MJ, Aldanondo Gabilondo A, San Vicente Blanco R. Análisis de la prescripción inducida en una comarca de atención primaria. Rev Calid Asist. 2010;25:321–6.
3. Blancafort X, Fernández-Liz E. Prescripción inducida por parte del especialista hospitalario: algo más que burocracia. Med Clin (Barc). 2010;135:314–8.
4. Turabián Fernández JL, Pérez Franco B. Prescripción de medicamentos en medicina de familia: ¿racional, razonable o relevante? Aten Primaria. 2005;36:507–9.

5. Conrad P. The meaning of medications: another look at compliance. *Soc Sci Med*. 1985;20:29–37.
6. Balint M, Hunt J, Joyce D, Marinker M, Woodcock J. *Treatment or diagnosis. A study of repeat prescriptions in general practice*. London: Tavistock Publications; 1984.
7. Turabián Fernández JL, Pérez Franco B. El concepto de tratamiento en medicina de familia: contextualizado y contextual. *Mapa de una ciudad apenas vista*. Aten Primaria. 2010;42: 253–4.
8. Barsky AJ, Saintfort R, Rogers MP, Borus JF. Nonspecific medication side effects and the nocebo phenomenon. *JAMA*. 2002;287:622–7.

J.L. Turabián^{a,*} y B. Pérez Franco^b

^a *Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria, Centro de Salud Polígono Industrial, Toledo, España*

^b *Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria, Centro de Salud La Estación, Talavera de la Reina, Toledo, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jturabian@meditex.es (J.L. Turabián).

doi:10.1016/j.cal.2010.11.002

La gestión sanitaria debe contribuir a reducir (no a incrementar) los problemas asociados a la prescripción inducida

Health management must contribute to reduce (not increase) problems associated with the induced prescription

Sr. Director:

Cocidimos con la carta al Director¹ que comenta nuestro editorial² en que la prescripción inducida, especialmente aquella en la que existe desacuerdo, afecta —o puede afectar— a la relación médico-paciente, en que el médico de familia debe contar con suficientes habilidades relacionales para preservar esta relación ante una situación de conflicto por discrepancia en las estrategias terapéuticas y en la importancia de los aspectos no farmacológicos de los medicamentos.

Este efecto de la prescripción inducida sobre la relación médico-paciente es consustancial a la práctica clínica y, en general, se produce siempre que hay discordancia entre las expectativas concretas de un paciente, propias o inducidas por otro médico, y las estrategias diagnóstico-terapéuticas del médico que lo atiende. En esencia, no es un problema muy diferente de los que se presentan en atención especializada cuando se atiende a un paciente derivado que espera una prueba diagnóstica concreta —tal vez “inducida” por su médico de atención primaria— y el especialista se plantea otra estrategia de manejo. Esta problemática no es específica de España, ni de la relación primaria-especializada, ni es especialmente relevante para la gestión o el gasto. Tiene carácter estructural en la atención médica y, en mayor o menor medida, se produce en cualquier país, ante cualquier tipo de prescripción inducida, incluso la que demanda directamente el paciente o la realizada por otro médico de primaria (el colega que cubrió las urgencias, el que nos sustituyó en vacaciones).

Pero la situación de la prescripción inducida en el Sistema Nacional de Salud (SNS) español excede estos aspectos. La forma actual de gestionar la continuidad de los tratamientos multiplica las situaciones problemáticas y genera,

innecesariamente, importantes cargas de trabajo y de insatisfacción a los médicos de atención primaria. Adicionalmente, incrementa la irracionalidad de la prescripción en gasto y en manejo terapéutico (aunque a veces pueda ser racional realizar una prescripción irracional)³. Aunque es obvio que se trata de cuestiones que afectan a la relación médico-paciente, son problemas de gestión de la relación primaria-especializada y de la calidad y eficiencia de la prescripción. Nuestro editorial¹ trataba de estos problemas y, desde esta perspectiva, una situación anómala, muy específica del sistema sanitario público español en el que la gestión (en un sentido amplio del término, incluyendo la implantación de la prescripción electrónica) debe intervenir para reconducirla a unas dimensiones razonables.

Es cierto que, aun en la situación actual, los médicos de atención primaria que aborden las situaciones conflictivas relacionadas con la prescripción inducida “desde el enorme potencial terapéutico de la relación médico-paciente” podrán reconducirlas y gestionar mejor la atención a sus pacientes. También lo es que, aun solucionados los problemas específicos de repetición de recetas del SNS con la prescripción electrónica, seguirán existiendo —y en buen número— situaciones en que los médicos de familia tendrán que lidiar con problemas relacionados con la prescripción inducida. Pero esto no obsta para que la gestión deba contribuir a reducir (y no a incrementar como sucede actualmente) el número de estas situaciones.

Financiación

Ninguna.

Conflictos de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses en relación con este manuscrito.

Bibliografía

1. Turabián JL, Pérez-Franco B. Impacto de la prescripción inducida sobre la relación médico paciente. *Rev Calid Asist*. 2011;26: 64–5.