Aten Primaria. 2012;44(2):62–64

Atención Primaria

www.elsevier.es/ap

EDITORIAL

Prescripción inducida en atención primaria: perspectiva bioética

Induced prescription in primary care: a bioethics perspective

Santiago Álvarez Montero*, en nombre del Comité de Ética Asistencial del Área 6 de Atención Primaria (actual Dirección Asistencial Noroeste) del Servicio Madrileño de Salud◊

Recibido el 13 de julio de 2011; aceptado el 6 de septiembre de 2011
Disponible en Internet el 22 de octubre de 2011

Partimos de un escenario clínico para abordar la cuestión de la prescripción inducida desde una perspectiva bioética: Paciente de 19 años que acude a urgencias de su hospital público de referencia, donde se le diagnostica de un esguince de tobillo y se le prescribe Enantyum© y omeprazol. Posteriormente solicita a su médico de familia las recetas de estos fármacos, que ya le han dispensado en la oficina de farmacia. El médico de atención primaria (AP) habría prescrito ibuprofeno (eficacia y seguridad similares con menor coste) y no habría asociado omeprazol (por no constar riesgo de gastropatía).

Consideramos prescripción inducida (PI) aquélla propuesta por alguien diferente al médico que extiende la receta. Supone un 24-77% de todas las prescripciones de médicos de AP[1–8] y solo una minoría (2-13%)[3,8] de ellos las modifican. La PI en Atención Hospitalaria (AH) es más cara (25-100%) que la propia de AP[2,6,8,9]. *Las PI realizadas por los médicos de AP en desacuerdo con quien las induce constituyen un tercio de ellas*[3,5,7,9].

Según el Observatorio de Agresiones de la Organización Médica Colegial, el 31% de agresiones a médicos tuvo relación con discrepancias y el 13% con la no realización de una prescripción solicitada[10].

El caso anterior, aparentemente poco relevante, representa una situación tan frecuente que supone un problema significativo: los médicos de AP se verían movidos a actuar cotidianamente de forma que no habría una coherencia entre su criterio y su acto de prescripción.

La Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, en su artículo 4.7 afirma que «*el ejercicio de las profesiones sanitarias se llevará a cabo con plena autonomía técnica y científica*...». Por otro lado, el derecho del paciente a la obtención de la prestación farmacéutica, se recoge en el artículo 10.14 de la Ley General de Sanidad.

La pregunta que nos planteamos es la siguiente: *ante una PI con la que el médico de AP está en desacuerdo, cuál sería la actuación éticamente más adecuada*. Los problemas éticos y los valores implicados se enumeran en la tabla 1.

Cursos de acción extremos

Una posibilidad es *realizar habitualmente las PI aunque haya discrepancia*. Ésta respeta el criterio de quien la induce, quizá las preferencias del paciente, evita la impresión de descoordinación entre facultativos y salva los intereses del paciente. Además reduce el riesgo de situaciones conflictivas, agresiones y preserva la relación médico-paciente previa.

Sin embargo, así se vulnera cotidianamente la autonomía de prescripción; se configura un modelo de médico que no demuestra un criterio propio; se contribuye a una relación clínica basada en la complacencia y se propicia un tipo de consulta en la que se tiende a la mera emisión de documentos acreditativos de prestaciones económicas. Es

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: santiago.am@telefonica.net
◊ El listado de componentes del Comité se puede encontrar en el Anexo 1 al final del artículo.

0212-6567/$ - see front matter © 2011 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.
doi:10.1016/j.aprim.2011.09.002

Tabla 1 Problemas éticos y valores implicados en el escenario clínico

Problemas éticos	Valores implicados
En relación con los usuarios del sistema sanitario	
• Gestión equitativa del tiempo, dedicando más tiempo a los pacientes que más lo necesitan	• La salud de los otros pacientes, aquellos que consultan o presentan problemas de salud graves
• Crear desconcierto ante una discrepancia de criterios entre médicos	• Los intereses del paciente: su seguridad, su tiempo, dinero, la financiación de lo prescrito
• Conculcar el derecho a una prescripción financiada	• La seguridad y eficacia del tratamiento
En relación con el sistema sanitario	
• Contribuir a la pérdida de seguridad, eficacia, efectividad y eficiencia del sistema, ligadas a la descoordinación de procesos entre niveles	• La seguridad, eficacia, efectividad, eficiencia e imagen del sistema sanitario
• Contribuir a la pérdida de eficiencia ligada a la burocratización de la asistencia	• La eficiencia de la prescripción, que contribuye a su sostenibilidad
En relación con el médico prescriptor	
• Actuar con incoherencia al prescribir algo en contra del propio criterio	• Su seguridad e integridad psíquica y física (riesgo real de agresiones)
• Contribuir a una relación clínica burocratizada	• Su autonomía profesional, en la que se fundan tanto la libertad de prescripción, como la posibilidad de realización profesional digna
• Contribuir a una relación clínica excesivamente complaciente.	• Una relación clínica basada en la confianza y centrada en el ejercicio propiamente médico
• Contribuir al deterioro de la calidad de la prescripción	• El propio marco jurídico, que ampara la libertad del ejercicio profesional
• Contribuir al propio desgaste profesional, ligado a una pérdida de la autonomía profesional	
• Poner en riesgo la relación clínica, ante una forma incorrecta de reconducción de demandas inadecuadas	
• Poner en riesgo la propia seguridad, ante la posibilidad de agresión verbal o física	

lógico pensar que esta opción puede socavar la moral del profesional.

Otra posibilidad es *no realizar nunca una PI con la que se está en desacuerdo*. Esta opción preserva la autonomía del médico, pero puede perjudicar económicamente al paciente, crea descoordinación y configura un tipo de médico severo, con una relación clínica paternalista.

Cursos de acción óptimos

Los cursos de acción éticamente óptimos suelen situarse entre extremos y tienden a salvar los valores implicados (tabla 1). Incluirían:

Informar del bien que se promueve: «*Su médico se ocupa de su salud ante todo, prescribiendo con criterio propio y coordinando los tratamientos de otros especialistas, que adapta si lo considera adecuado*».

Valorar el problema de salud, confirmando el tratamiento, si respeta los principios de no maleficencia, beneficencia y justicia, fundamentos de una prescripción segura, eficaz y eficiente. *Si no hubiera acuerdo con la PI*, se debería informar del motivo, así como de la posibilidad de solicitar la financiación de los medicamentos mediante «reintegro de gastos». Para ello es necesario *estar familiarizado con técnicas de comunicación* orientadas a reconducir demandas inadecuadas. Además, habría que *informar a los superiores de las discrepancias* observadas.

Excepcionalmente sería razonable considerar la realización de una PI en contra del propio criterio: bien cuando la discrepancia sea de bajo grado y el perjuicio grave (principio de no maleficencia); o bien, cuando haya sospecha de riesgo de agresión. Ésta requeriría aplicar los protocolos de «situaciones conflictivas con ciudadanos» y denunciar el hecho.

Uno de los valores implicados más relevantes es la autonomía de prescripción; por tratarse de *autonomía*, es algo estrechamente ligado a la propia dignidad. Aunque la vulneración de la propia libertad de prescripción provenga del mismo profesional (con la mejor voluntad e intentando no causar perjuicios al paciente), la consecuencia previsible de la pérdida de autonomía no puede ser otra que una tendencia al desgaste profesional.

Pero el valor de la libre prescripción solo se hará realidad si es practicado competentemente cada día, «*pues lo que hay que hacer después de haber aprendido, lo aprendemos haciéndolo*»[11]. Y las consecuencias se reflejarán en los indicadores de prescripción, pero incluirán además *otros cambios*.

Entre ellos habrá que contar con modificaciones en la propia forma de ser, en la relación clínica y en el estilo de consulta: pasando de una forma de ser extremadamente

afable, a otra algo menos afable pero más respetuosa consigo mismo como profesional y cuidador *(«sí mismo como otro»[12])*; de una relación clínica de confianza demasiado basada en la complacencia a una basada en la competencia; y de una estructura de consulta plagada de interrupciones burocráticas, a una más libre de esas interferencias.

En resumen, ante una PI con la que el médico de AP no está de acuerdo se propone dirigir la atención a valorar el problema de salud y actuar respetando el propio criterio clínico, indicando al paciente las vías administrativas alternativas para conseguir la financiación de los fármacos, e instando a los responsables a mejorar procesos de coordinación. De llevarse a cabo, estos cursos de acción darían lugar a hábitos profesionales que podrían cambiar los indicadores de prescripción, el modelo de profesional, el paradigma de relación clínica y en parte la propia estructura de la consulta.

Anexo 1. Componentes del Comité de Ética Asistencial del Área 6 de Atención Primaria (actual Dirección Asistencial Noroeste) del Servicio Madrileño de Salud

Santiago Álvarez Montero[a], Salvador Casado Buendía[b], Guadalupe Olivera Cañadas[c], Fátima Bermejo Fernández[a], Nieves Cano Linares[d], Jose Antonio Castillejo Espada[e], Eliana Cortés Troyano[f], Carlos Díaz González[g], Pedro Pablo Gaitero Terradillos[h], Maria Isabel García Arroita[i], Silvia Herrero Hernández[j], Maria Soledad Holgado Catalán[f], Carmelo Jiménez García[k], Fernando León Vázquez[l], Lourdes Pérez González[m], Carolina Ruiz Entrecanales[n] y Adela Villanueva Guerra[o].

[a] Centro de Salud de Torrelodones, Dirección Asistencial Noroeste, Gerencia de Atención Primaria, Servicio Madrileño de Salud, Comunidad de Madrid, España

[b] Centro de Salud de Collado Villalba Pueblo, Gerencia de Atención Primaria, Servicio Madrileño de Salud, Comunidad de Madrid, España

[c] Dirección General de Atención Primaria, Gerencia Adjunta de Planificación y Calidad, Gerencia de Atención Primaria, Servicio Madrileño de Salud, Comunidad de Madrid, España

[d] Unidad de Cuidados Paliativos, Dirección Asistencial Noroeste, Gerencia de Atención Primaria, Servicio Madrileño de Salud, Comunidad de Madrid, España

[e] Servicio de Suministros, Dirección Asistencial Noroeste, Gerencia de Atención Primaria, Servicio Madrileño de Salud, Comunidad de Madrid, España

[f] Centro de Salud de Monterrozas, Dirección Asistencial Noroeste, Gerencia de Atención Primaria, Servicio Madrileño de Salud, Comunidad de Madrid, España

[g] Centro de Salud de Aravaca, Dirección Asistencial Noroeste, Gerencia de Atención Primaria, Servicio Madrileño de Salud, Comunidad de Madrid, España

[h] Unidad de Cuidados Paliativos, Dirección Asistencial Noroeste, Gerencia de Atención Primaria, Servicio Madrileño de Salud, Comunidad de Madrid, España

[i] Centro de Salud de El Escorial, Dirección Asistencial Noroeste, Gerencia de Atención Primaria, Servicio Madrileño de Salud, Comunidad de Madrid, España

[j] Unidad de Farmacia, Dirección Asistencial Noroeste, Gerencia de Atención Primaria, Servicio Madrileño de Salud, Comunidad de Madrid, España

[k] Centro de Salud de Collado Villalba, Dirección Asistencial Noroeste Gerencia de Atención Primaria, Servicio Madrileño de Salud, Comunidad de Madrid, España

[l] Centro de Salud de Pozuelo San Juan, Dirección Asistencial Noroeste Gerencia de Atención Primaria, Servicio Madrileño de Salud, Comunidad de Madrid, España

[m] Centro de Salud de Las Rozas El Abajón, Dirección Asistencial Noroeste, Gerencia de Atención Primaria, Servicio Madrileño de Salud, Comunidad de Madrid, España

[n] Gerencia de Atención Primaria, Servicio Madrileño de Salud, Comunidad de Madrid, España

[o] Unidad de Atención al Paciente, Dirección Asistencial Noroeste, Gerencia de Atención Primaria, Servicio Madrileño de Salud, Comunidad de Madrid, España

Bibliografía

1. Fernández Liz E, et al. Prescripción inducida a médios de atención primaria procedente del hospital de referencia. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Aten Primaria. 2004;33:118–25.
2. Martín G. El coste de la prescripción inducida: una responsabilidad compartida entre Atención Primaria y especializada. Rev Esp Econ Salud. 2002;1:24–6.
3. Robertson J, Fryer JL, O'Connell DL, Sprogis A, Henry DA. The impact of specialists on prescribing by general practitioners. Med J Aust. 2001;175:407–11.
4. Robertson J, Treloar CJ, Sprogis A, Henry DA. The influence of specialists on prescribing by GPs. A qualitative study. Aust Fam Physician. 2003;32:573–6.
5. Florentinus SR, Heerdink ER, Van Dijk L, Griens AM, Groenewegen PP, Leufkens HG. Is new drug prescribing in primary care specialist induced? BMC Health Serv Res. 2009;9:6.
6. Pérez Gil S, Millas Ros J, López Zúñiga MC, Arzuaga Arambarri MJ, Aldanondo Gabilondo A, San Vicente Blanco R. Analysis of the induced prescription in a primary care region. Rev Calid Asist. 2010.
7. Barceló Colomer E, Grau Bartomeu J, Serre Delcor N, Salgado Pineda M, Marti Dillet M, Hidalgo Ortiz M. Prescripción inducida, grado de conformidad y ¿posibilidad de cambio en atención primaria? Aten Primaria. 2000;26:231–8.
8. Feely J, Chan R, McManus J, O'Shea B. The influence of hospital based prescribers on prescribing in general practice. Pharmacoeconomics. 1999;16:175–81.
9. Rojas MO, Lópe J, Ramos RM, Prada U, Alfaro MR. Evolución de la prescripción orignada en atención especializda en un distrito de atención primaria. Revista de la OFIL (Organización de farmacéuticos iberlatinoamericanos). 2008;18: 37–42.
10. Salud registra en 2010 casi un millar de agresiones, aunque Montero resalta el civismo de la mayoría de usuarios. Europapress.es [Internet] [consultado 13/7/2011]; Disponible en: http://www.europapress.es/andalucia/sevilla-00357/noticia-salud-registra-2010-casi-millar-agresiones-montero-resalta-civismo-mayoria-usuarios-20110119145244.html.
11. Aristóteles, EN II 1103 30a. Publicado en: Aristóteles. Ética Nicomáquea. Ética Eudemia. Madrid: Gredos; 2003. p. 161.
12. Ricoeur P. Sí mismo como otro. Madrid: Siglo XXI Editores; 1996. p. 186.