



Revista de Calidad Asistencial

www.elsevier.es/calasis



ORIGINAL

Análisis de la prescripción inducida en una comarca de atención primaria

S. Pérez Gil^{a,*}, J. Millas Ros^b, M.C. López Zúñiga^c, M.J. Arzuaga Arambarri^d,
A. Aldanondo Gabilondo^e y R. San Vicente Blanco^f

^aMedicina Familiar, Grupo de Investigación de la Comarca Oeste de Guipuzcoa (CGO), Centro de Salud de Aretxabaleta, Gipuzkoa, España

^bMedicina Familiar, Grupo de Investigación de la Comarca Oeste de Guipuzcoa (CGO), Centro de Salud de Oñati, Gipuzkoa, España

^cMedicina Familiar, Grupo de Investigación de la Comarca Oeste de Guipuzcoa (CGO), Centro de Salud de Ermua, Gipuzkoa, España

^dMedicina Familiar, Grupo de Investigación de la Comarca Oeste de Guipuzcoa (CGO), Centro de Salud de Elgoibar, Gipuzkoa, España

^eMedicina Familiar, Grupo de Investigación de la Comarca Oeste de Guipuzcoa (CGO), Centro de Salud de Alegia, Gipuzkoa, España

^fMedicina Familiar, Grupo de Investigación de la Comarca Oeste de Guipuzcoa (CGO), Centro de Salud de Zumarraga, Gipuzkoa, España

Recibido el 20 de noviembre de 2009; aceptado el 26 de marzo de 2010

Disponible en Internet el 11 de junio de 2010

PALABRAS CLAVE

Prescripción inducida;
Atención primaria;
Gasto;
Acuerdo;
Indicadores de calidad

Resumen

Objetivos: Conocer la prevalencia, el origen y el gasto atribuible de la prescripción inducida (PI) en atención primaria (AP) en la Comarca Oeste de Gipuzkoa, determinar el grado de acuerdo de los médicos de AP con respecto a la PI y analizar la adecuación de la PI a los indicadores del contrato de gestión clínica de la AP.

Material y métodos: *Diseño:* estudio descriptivo, transversal y multicéntrico. *Ámbito:* AP, 38 médicos pertenecientes a 17 unidades de AP de la Comarca Oeste de Gipuzkoa. *Participantes:* prescripciones farmacéuticas financiables realizadas durante 2 días en consulta a demanda y crónicas generadas por el programa informático Osabide. *Variables analizadas:* tipo de prescripción, origen, especialidad del prescriptor, diagnóstico, precio y grado de acuerdo.

Resultados: Se realizaron 6.919 prescripciones y el 44% fueron PI (intervalo de confianza del 95%: 42,8–45,1). El 62,2% del gasto total se atribuyó a la PI, con un precio medio por

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: sofia.perezgil@osakidetza.net (S. Pérez Gil).

receta de 22,3€ para la PI y de 10,6€ para la prescripción propia. Los subgrupos terapéuticos de mayor gasto fueron los hipolipidemiantes y los broncodilatadores. El grado de desacuerdo de los médicos participantes con la PI fue del 28,8%. La adecuación de los indicadores de calidad de la prescripción fue mayor en la prescripción propia que en la PI.

Conclusiones: Existe un porcentaje elevado de PI asociado a un gasto elevado que se atribuye a la AP. El porcentaje de desacuerdo en AP con respecto a la PI es importante. Se observa una influencia elevada de la PI en la evaluación de los indicadores de calidad establecidos en la AP.

© 2009 SECA. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Induced prescription;
Primary health care;
Costs;
Agreement;
Quality indicators

Analysis of the induced prescription in a primary care region

Abstract

Objectives: To find out the prevalence, origin and cost associated with Induced Prescription (IP) in Primary Health Care (PHC) in the West of Gipuzkoa (WG). To find out the extent to which PHC doctors agree with IP. To analyse the adaptation of IP to PHC clinical management contract indicators.

Materials and methods: Design descriptive multi-centre cross-study.

Location: Primary Health Care, 38 doctors from 17 WG PHC units.

Participants: Pharmaceutical prescriptions eligible for finance over a period of two days in outpatients and chronic diseases generated by the Osabide computer application.

Variables analysed: type of prescription, origin, prescriber, diagnosis, price and level of agreement.

Results: A total of 6.919 prescriptions were made out, with 44% (95% CI: 42.8–45.1) being IP. Of the total cost, 62.2% was put down to IP, with an average price per prescription of €22.3, and in non-induced prescription (NIP) it was €10.62. The therapeutic subgroups with the highest cost were lipid lowering and bronchodilator drugs. The level of disagreement of the doctors taking part in IP was 28.8%. The adaptation to the quality indicators of the prescription was higher in NIP than in IP.

Conclusions: There is a high percentage of IP associated with high costs attributed to PHC. The percentage of disagreement in PHC with regard to IP is significant. There is a high influence of IP on the evaluation of the quality indicators established in PHC.

© 2009 SECA. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

El gasto farmacéutico para la sanidad pública española es fuente de preocupación debido a su fuerte crecimiento en los últimos años. Si se mantiene este aumento, la sostenibilidad del sistema podría verse fuertemente afectada a corto plazo¹.

Dentro de nuestro actual modelo sanitario, se considera al médico de atención primaria (AP) como el principal agente de la prescripción², los diferentes estudios lo hacen responsable de más del 90% del gasto farmacéutico y es a quien se dirigen las principales medidas de racionalización del uso de los medicamentos³.

La prescripción de fármacos se podría definir como un acto libre y responsable del profesional médico que, derivado de una decisión preventiva o terapéutica, conduce a la administración de medicamentos a la población atendida⁴. La experiencia de los que trabajamos en AP, sin embargo, nos dice que esta definición no es válida para el 100% de las prescripciones que realizamos en nuestra consulta, ya que en una proporción considerable nos limitamos a su mera repetición.

La importancia de la prescripción inducida (PI) y su influencia en el gasto farmacéutico ha sido recalçada en

numerosos estudios que señalan que gran parte de la actividad prescriptora del médico de AP está mediatizada por la inducida en otros niveles asistenciales^{3,5}.

La PI varía entre un 9–77% en los diferentes estudios, lo que puede deberse a la diferente definición de PI utilizada en estos así como a la diferente metodología utilizada^{2,5,6}.

Algunos autores consideran que el fenómeno de la PI es propio del sistema sanitario español⁷, sin embargo, hay estudios europeos que analizan la influencia del médico especialista en la prescripción del médico de AP^{2,8–12}.

La argumentación alrededor de la PI responde a la existencia de 2 condiciones¹³: en primer lugar, es una prescripción que tiene un origen externo al propio médico prescriptor y, en segundo lugar, es una prescripción con la que, en ocasiones, este no está de acuerdo, lo que puede generar conflictos en la relación médico-paciente.

Los objetivos de nuestro estudio fueron 3. El primero fue conocer la prevalencia, el origen y el gasto atribuible de la PI en AP en la Comarca Oeste de Gipuzkoa (COG). El segundo objetivo consistió en conocer el grado de acuerdo de los médicos de AP con respecto a la PI, así como los motivos de desacuerdo. El tercero y último fue analizar la adecuación de la PI a los indicadores del contrato de gestión clínica de la AP.

En relación con los indicadores de calidad por los que se evalúa a los profesionales de AP, no hemos encontrado estudios que analicen en qué medida influye la PI, por lo que nuestro estudio aporta el análisis de un aspecto no abordado hasta el momento.

Material y métodos

Se diseñó un estudio descriptivo, transversal y multicéntrico en una comarca de AP (COG-Mendebalde), y participaron 38 médicos que componen el grupo de investigación de la COG, pertenecientes a 17 unidades de AP de las 21 existentes, con una población asignada de 62.543 personas. Se seleccionaron para el estudio todas las prescripciones financiadas realizadas tanto en consulta a demanda como las crónicas generadas por el programa informático Osabide durante 2 días, el 22-02-2008 y el 7-05-2008, que se eligieron de manera aleatorizada, teniendo en cuenta que fuesen días diferentes de la semana y en estaciones diferentes (invierno y primavera). Se excluyeron las prescripciones realizadas a personas no pertenecientes a los cupos participantes en el estudio.

Se consideró PI la prescripción llevada a cabo por el facultativo de AP cuyo origen se encontrara en otro facultativo, ya fuera de consulta especializada o privada, o por el propio paciente, sin que el médico de AP hubiera llevado a cabo el planteamiento diagnóstico-terapéutico o incluso no lo compartiera¹.

Para cada prescripción se recogió la siguiente información: PI, código nacional, fecha de nacimiento, sexo, tipo (aguda, crónica) y origen, procedencia por hospital y especialidad de la PI, precio y grado de acuerdo así como el motivo de desacuerdo.

Para valorar la calidad de la prescripción se tuvieron en cuenta 7 de los indicadores de farmacia del contrato de gestión clínica de 2008: a) porcentaje de especialidades farmacéuticas genéricas (EFG); b) antibióticos de primer nivel frente al total de antibióticos; c) envases de fármacos de nula o baja mejora terapéutica (NBMT) frente al total de la prescripción; d) proporción de antiinflamatorios no esteroideos seleccionados frente al total de antiinflamatorios no esteroideos; e) antihipertensivos (anti-HTA) seleccionados frente al total de anti-HTA; f) proporción de antagonistas de los receptores de la angiotensina II frente al total de anti-HTA, y g) proporción de omeprazol frente al total de inhibidores de la bomba de protones.

Los datos se analizaron mediante el programa estadístico SPSS/PC para Windows (versión 16.0). Se emplearon las frecuencias absolutas y los porcentajes con sus intervalos de confianza (IC) del 95% para la descripción de las variables cualitativas y las medidas de tendencia central para las variables cuantitativas. Se comprobó que los datos siguieran una distribución normal. Para la comparación de variables cualitativas se utilizaron la χ^2 y pruebas de comparación de medias como el análisis de la variancia y la t de Student.

Resultados

Se recogieron 6.919 prescripciones, de las que un 44% fueron PI (IC del 95%: 42,7–45,2) y un 56% fueron prescripciones

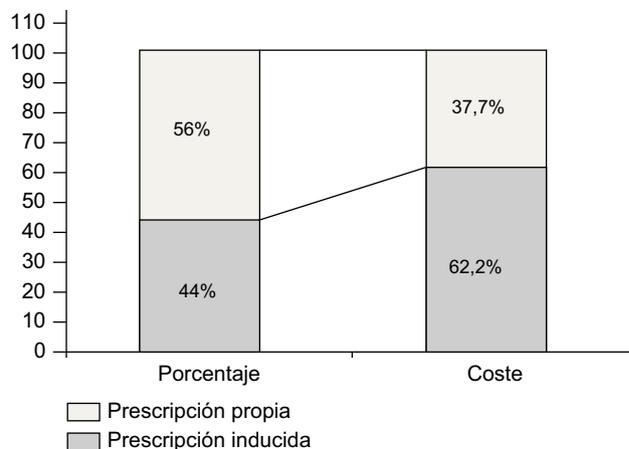


Figura 1 Proporción de prescripción inducida y prescripción propia, y repercusión en el gasto total.

Tabla 1 Porcentaje de gasto y coste medio en euros por receta inducida según la especialidad

Especialidad de origen	Gasto total, %	Media, €
Cardiología	16,6	17,5
Neurología	13,7	38,7
Reumatología	8,7	29,1
Neumología	8,2	38,5
Psiquiatría	7,0	20,4
Urgencias extrahospitalarias	5,9	32,6

propias (PP) (IC del 95%: 54,7–57); la PI representó el 62,2% del gasto total (fig. 1).

El precio medio por receta fue de 15,8 €, el de la PI fue de 22,3 € y el de la PP fue de 10,6 € ($p=0,000$).

Un 48,4% de los pacientes eran hombres y un 51,5% eran mujeres; la edad media fue de 67,3 años (desviación estándar: 15,8). Un 76,7% de las recetas inducidas correspondía a pacientes pensionistas y un 84,9% eran prescripciones crónicas.

En cuanto al origen de la prescripción, un 76,8% procedía de la medicina pública y un 13,1% de la medicina privada. Las especialidades que generaron mayor frecuencia de PI fueron cardiología, con el 21,2%, y neurología, con el 8%.

El gasto de la PI según la especialidad del médico inductor se refleja en la tabla 1; cardiología fue la que generó el mayor porcentaje de gasto.

La tabla 2 muestra el gasto de la PI según el grupo terapéutico; el sistema nervioso aparece en primer lugar con un 23,1% del gasto total. Asimismo, se compara el precio medio por receta de la PI y la PP por grupos terapéuticos.

Los subgrupos terapéuticos de la clasificación Anatomical Therapeutic Chemical Classification System de la Organización Mundial de la Salud que generaron mayor gasto, tanto en la PI como en la PP, y el coste medio por receta, aparece en la tabla 3.

Con respecto a los indicadores de gestión clínica, tanto los NBMT como la proporción de antagonistas de los receptores de la angiotensina II/anti-HTA totales, tal como se ve en la

Tabla 2 Porcentaje de gasto de la prescripción inducida y de la prescripción propia, y coste medio en euros por receta en la prescripción inducida y la prescripción propia según el grupo terapéutico

Grupo terapéutico	Gasto total en la PI, %	Precio por receta en la PI, €	Gasto total en la PP, %	Precio por receta en la PP, €
Sistema nervioso	23,1	26,4	13,8	6,4
Sangre (antiagregantes)	12,7	21,6	13,3	13,7
Aparato cardiovascular	12,5	15,2	22,4	11,7
Aparato respiratorio	10,3	34,5	16,6	17,9
Aparato osteomuscular	6,8	19,5	4,5	5,1
Aparato digestivo y metabolismo	6,5	17,7	10,1	6,6

PI: prescripción inducida; PP: prescripción propia.

Tabla 3 Gasto en euros y coste medio por receta más relevantes en la prescripción inducida y en la prescripción propia*

Subgrupo ATC	PI		PP		p
	Gasto, €	Media/receta, €	Gasto, €	Media/receta, €	
C10A	4.766	30,1	5.198	17,6	0,0
R03A	4.528	47,6	3.916	38,7	0,0
B01A	4.367	17,9	505	6,7	0,0
N03A	3.809	50,1	548	36,5	0,1
M05B	3.497	35,6	454	32,3	0,0
A02B	3.375	18,5	3.440	13,1	0,0
N06A	2.828	22,8	2.045	23,7	0,6
S01E	2.240	17,9	220	20,0	0,3
C09C	2.051	25,9	1.826	27,6	0,1
G04C	1.973	20,5	429	22,5	0,3
R03B	1.602	39,0	1.474	35,9	0,4
M01A	1.187	10,0	1.037	5,5	0,0
C09D	939	30,2	1.869	30,1	0,9

ARA: antagonistas de los receptores de la angiotensina; ATC: Anatomical Therapeutic Chemical Classification System; HBP: hipertrofia benigna de próstata; OMS: Organización Mundial de la Salud; PI: prescripción inducida; PP: prescripción propia; RGE: reflujo gastroesofágico.

*Según los subgrupos terapéuticos de la ATC de la OMS.

tabla 4, fueron más frecuentes en la PI, mientras que el resto de los indicadores apareció en mayor medida en la PP.

El grado de acuerdo de los médicos con la PI fue del 71,2% (IC del 95%: 69,7–72,9); los motivos de desacuerdo fueron la falta de necesidad de tratamiento en el 6,8% (IC del 95%: 6,0–7,7), el desacuerdo con el principio activo en un 10,6% (IC del 95%: 9,6–11,7) y no estar de acuerdo con la marca (o no ser EFG) en el 11,2% (IC del 95%: 10,1–12,4).

Por grupos terapéuticos, el mayor grado de desacuerdo surgió con el aparato locomotor con el 57,1% (IC del 95%: 50,9–63,4), seguido del aparato digestivo con un 46,6% (IC del 95%: 40,4–52,8).

Según el origen de la PI, el mayor grado de acuerdo se dio con la medicina pública (75,2% [IC del 95%: 73,5–77,0]) y el menor con la automedicación (26,9% [IC del 95%: 9,8–43,9]). Entre los motivos de desacuerdo según el origen de la PI,

destacó que en la medicina pública el mayor desacuerdo se debió a la falta de prescripción de EFG (10,4% [IC del 95%: 9,1–11,7]), en la medicina privada se debió a no estar de acuerdo con el principio activo (18,8% [IC del 95%: 15,0–22,6]) y en la automedicación se consideró que no era necesario el tratamiento (53,8% [IC del 95%: 34,7–73,0]).

Discusión

Los resultados obtenidos en nuestro estudio confirman la importancia que tiene la PI, tanto en el gasto en farmacia que se imputa al médico de AP como en la evaluación de la calidad de la prescripción que se le realiza.

En nuestro estudio, la PI representó un 44% del total de la prescripción, cifra que se sitúa en el rango medio de los

Tabla 4 Porcentajes de prescripción de los indicadores de calidad de la prescripción medidos en el estudio en la prescripción inducida y en la prescripción propia

Indicadores de calidad	PI, %	PP, %	Total (PI+PP), %
EFG	7,6	32,7	21,7
ATB de primer nivel	40,5	72,7	65,9
NBMT	5,1	1,4	3,0
AINE seleccionados	43,7	92,7	76,6
AntiHTA seleccionados	69,1	81,5	77,0
ARA II/antiHTA	27,2	18,2	21,5
Omeprazol/IBP	51,8	85,6	71,9

AINE: antiinflamatorios no esteroideos; AntiHTA: antihipertensivos; ARA: antagonistas de los receptores de la angiotensina; ATB: antibiótico; EFG: especialidad farmacéutica genérica; IBP: inhibidores bomba de protones; NBMT: fármaco de nula o baja mejora terapéutica; PI: prescripción inducida; PP: prescripción propia.

estudios publicados, que oscilan entre el 9–77%^{2,5,14–18}, y supuso un 62,2% del gasto total de farmacia, superior a la mayoría de los estudios revisados^{3,5,14–16}.

Es conocido que el coste medio de la receta que realiza el especialista es superior en un 23–25% al de la que realiza el médico de AP^{3,5,8,9}; en nuestro estudio, sin embargo, la diferencia fue superior al 100%. Entendemos que la tipología de los pacientes que llegan al nivel secundario es diferente a la de los que llegan a AP y que el uso de determinados fármacos, de mayor coste, es propio de atención especializada (AE), pero hay datos en nuestro trabajo que también podrían explicar esta diferencia, como el uso de NBMT, muy superior en la PI, o el uso de EFG, muy superior en la prescripción propia (PP). Estamos de acuerdo con Ruiz de Velasco et al¹⁴ cuando afirman que la AP se ha implicado más que el resto de los niveles en la política de genéricos y de uso racional del medicamento. Otro estudio afirma que la AE incorpora más rápidamente que la AP el uso de nuevos medicamentos, que no siempre representan una ventaja terapéutica real¹⁹. Bijl⁸ y Danti² refieren, asimismo, la importante influencia que los especialistas tienen en la asimilación de nuevos medicamentos en la AP.

La PI tiene un efecto negativo en los resultados de los indicadores de gestión clínica con los que se nos evalúa a los profesionales de AP, tal como queda reflejado en la tabla 4, y son los resultados totales los que se tienen en cuenta en la citada evaluación, muy diferentes a los de nuestra prescripción. El objetivo de nuestro estudio no fue analizar la calidad de prescripción de la PI, ya que los indicadores que se evaluaron son específicos para la AP y posiblemente no sirvan para la evaluación de la AE, en la que se deberían considerar indicadores apropiados para esta. Pero lo que sí evidencia nuestro estudio es la influencia que tienen en nuestra evaluación y la escasa capacidad que tenemos para mejorar los citados indicadores. Coincidimos con Ruiz de Velasco¹⁴ y con Lomeña¹⁵ cuando afirman que la PI limita la capacidad real de mejora del médico de AP en los indicadores de prescripción, tanto cuantitativos como cualitativos, y que se debería establecer un sistema que

permitiera separar el gasto y extender los programas de garantía de calidad a la AE.

En nuestro trabajo, el grado de desacuerdo con la PI fue de un 28,8%, bien por entender que este tratamiento no era necesario, por creer que el principio activo no era el adecuado o por pensar que hay presentaciones de menor coste, como las EFG. Los estudios evaluados obtienen un grado de desacuerdo de entre un 5–33%^{14,17,18,20,21}. Esta falta de acuerdo provoca fricciones en la relación médico-paciente y puede suponerle al médico de familia un elevado coste, tanto en términos de recursos como emocional^{22,23}. Además, puede generar desconfianza en el paciente en caso de que el médico de AP intente cambiar la prescripción que se le ha recomendado en la AE y deba tomar parte involuntariamente a favor de uno u otro profesional²⁴.

Nuestros resultados concuerdan con los de Casanovas²⁴ y con los de Bordas¹³ cuando afirman que la PI puede tener aspectos positivos en cuanto a que el médico de AP actuaría como coordinador de los diferentes tratamientos que se instauran sobre nuestros pacientes, sobre todo con enfermedades crónicas, pero creemos que esto no debería ser incompatible con medidas ya planteadas por otros autores, como la responsabilidad compartida del gasto farmacéutico por los 2 niveles (el que genera la prescripción y el que la transcribe) o la responsabilidad de cada nivel de su propia prescripción²⁴. Sería, asimismo, adecuada la extensión de los programas de control de calidad de la prescripción a la AE²⁴, así como hacer llegar a los médicos hospitalarios los criterios de calidad de prescripción exigidos a los médicos de AP^{18,21}.

Hay experiencias de implantación de formularios propuestos desde la AP con resultado de una mejora en la calidad de la prescripción de medicamentos en un área de urgencias hospitalaria²⁵, lo que junto con una mayor comunicación y coordinación entre los diferentes niveles asistenciales puede ayudar a mejorar la calidad de la prescripción.

Nuestro estudio presenta algunas limitaciones. En primer lugar, podría haber un sesgo de selección, ya que el grupo de profesionales que recogió los datos pertenece a un grupo de investigación de la COG, por lo que podría haber diferente prescripción con respecto al resto de los profesionales de esta. Sin embargo, los datos del total de los profesionales de la COG en el primer semestre del año 2008 no difieren de los obtenidos en el estudio (datos de la Unidad de Farmacia de la COG), por lo que pensamos que pueden ser extrapolables a nuestra zona de influencia. En segundo lugar, podría haber un sesgo de memoria en la recogida de los datos de origen de algunas prescripciones que datan de años atrás. La informatización de la historia clínica y la presencia de informes hospitalarios han facilitado en gran medida la obtención de los resultados; no ha sido frecuente que faltase el origen y, en cualquier caso, si no se conocía, se lo consideraba como de PP, por lo que en todo caso supondría una infraestimación de la PI.

Como conclusión, la PI tiene una gran influencia en el gasto que se nos imputa y en los resultados de la evaluación del cumplimiento de los indicadores de calidad que se nos realiza a los médicos de AP, y en un número elevado de casos realizamos la receta aun sin estar de acuerdo con esta por evitar un enfrentamiento con el paciente y por el tiempo limitado de que disponemos para justificar el posible

cambio. El uso de protocolos consensuados, una buena comunicación y la implicación de todos los médicos, tanto de AP como de AE, en el uso racional de los medicamentos ayudarían en la mejora de la calidad de nuestras prescripciones y en la contención del gasto farmacéutico, y disminuiría la sensación de malestar que genera en el médico de AP.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

A M. Rosario Sanz Echave, auxiliar administrativa de la UD Medicina Familiar y Comunitaria de Guipúzcoa, por su colaboración en la informatización de los datos del estudio.

Miembros del grupo de investigación de la COG.

Médicos de familia, miembros del grupo de investigación de la COG: I. Aguirre Arratibel, J.L. Aguirrezabala Tellería, M. Alba Latorre, A. Aramburu Lasa, M.A. Arrondo Beguiristain, A. Asenjo Martín, C. Balmaseda Vildarraz, M.J. Bernaras Iturrioz, F. Dávila García, P. Daza Asumendi, J.F. Egido Arroyo, R. Ganzarain Gorosabel, F.J. Hernando Aizpurua, I. Idarreta Mendiola, M.J. Insausti Carretero, M.I. Irizar Aramburu, M.A. Lopetegi Mendizábal, M. Luque Jiménez, A. Marrodan Eguía, J.M. Martínez Eizaguirre, J. Mugica Campos, M.J. Oyarbide Mondaluze, T. Olano Polo, P. Pacheco Bravo, I. Pérez Irazusta, M.L. Rodríguez Ibáñez, E.M. Rua Portu, M.V. Ruiz Arzalluz, S. Sampietro Echaniz, M.A. Sarasola Izaguirre, V. Tapiz Ibáñez, B. Uriondo San Juan, C. Zabaleta Elosegui.

Bibliografía

- Ramos Guerrero RM, López Palomino J, Márquez Ferrando M, Dávila Guerrero J. Herramienta para el estudio de la prescripción inducida en atención primaria. *Revista de la Ofil.* 2005;15:55-61.
- 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;8: 236-52.
- Figalgo Garcia ML, Pujol Bengoechea P, Capataz Gallego 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;7:94-102.
- Catalán Ramos A. Factores asociados a la prescripción de medicamentos. *Gac Sanit.* 1989;14:497-501.
- Arroyo MP, Cano E, Ansorena R, Celay J, Cortés F, Extremera V. Prescripción delegada por especialistas en atención primaria. *Aten Primaria.* 1995;16:538-44.
- Valles i Callol JA. Induced prescription in primary healthcare. *Eur J Gen Pract.* 1999;5:49-53.
- Bradley C. Induced prescription: What's in a name? *Eur J Gen Pract.* 1999;5:47-8.
- Bijl D, Van Sonderen E, Haaijer-Ruskamp FM. Prescription changes and drug costs at the interface between primary and specialist care. *Eur J Clin Pharmacol.* 1998;54:333-6.
- 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.
- Mitchell G, Del Mar CH, Francis D. Does primary medical practitioner involvement with a specialist team improve patient outcomes? A systematic review. *Br J Gen Pract.* 2002;52:934-9.
- Himmel W, Kochen MM, Sorns U, Hummers-Pradier E. Drug changes at the interface between primary and secondary care. *Intern Jour of Clin Pharmac and Therap.* 2004;42:103-9.
- Sibbald B, Wilkie P, Raftery J, Anderson S, Freeling P. Prescribing at the hospital-general practice interface. II: Impact of hospital outpatient dispensing policies in England on general practitioners and hospital consultants. *BMJ.* 1992;304:31-4.
- Bordas JM, Casajuana J. Prescripción inducida en atención primaria: de la excusa pasiva a la gestión activa. *FMC.* 2000;5: 323-8.
- Ruiz de Velasco Artaza E, Unzueta Zamalloa L, Fernández Uría J, Santisteban Olavaria M, Lekue Alkorta I. Prescripción inducida en atención primaria de la Comarca Bilbao. *Aten Primaria.* 2002;29:414-20.
- Lomeña Villalobos JA, Ceballos Vacas M, Medina Arteaga MT, Mediavilla Cordero E, Sarmiento Jiménez F, Hernández Grande JL. Gasto farmacéutico en atención primaria según el origen de las prescripciones. *Aten Primaria.* 1996;18:75-8.
- Besco Villegas E, Pérez Martos M, Torrent Quetglas M, Llach Fernández A, Seguí Díaz M, Bartolozzi Castilla E, et al. Prescripciones de utilidad terapéutica baja inducidas en atención primaria. *Aten Primaria.* 1998;22:227-32.
- Barceló Colomer E, Grau Bartolomeu J, Serre Delcor N, Salgado Pineda M, Martí Dillet M, Hidalgo Ortiz M. Prescripción inducida, grado de conformidad y... ¿posibilidad de cambio en atención primaria? *Aten Primaria.* 2000;26:81-96.
- Fernández Liz E, Luque Mellado FJ. Revisión sistemática sobre coordinación terapéutica entre atención primaria y atención especializada. *Aten Primaria.* 2007;38:15-21.
- 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. *FAP.* 2007;5:118-23.
- Gallego Álvarez E, Fernández Liz E, Flor Escriche X, Orfila Pernás P, Meliá García R, Rodríguez Mas M. Prescripción inducida: ¿estamos siempre de acuerdo? *Aten Primaria.* 2000;26:308.
- Fernández Liz E, Rodríguez Cumplido D, Diógene Fadini E. Prescripción inducida a médicos de atención primaria procedente del hospital de referencia, Hospital Universitari Vall d'Hebron. *Aten primaria.* 2004;33:118-25.
- Baos Vicente V. La calidad en la prescripción de medicamentos. *Información Terapéutica del SNS.* 1999;23:45-54.
- Pérez Rodríguez MT. Corresponsabilización de la prescripción farmacéutica: ¿quién debe asumir la prescripción de los especialistas del hospital de referencia? *Aten Primaria.* 2004;33 125-125.
- Casanova J, Guerrero A. Prescripción inducida. *FMC.* 2000;7: 329-35.
- Oliva Viñedo JA, Sáenz Hernáiz I, Da Pena Álvarez JM, Galán Díez ML. Efectos sobre la prescripción hospitalaria de la implantación de un formulario propuesto por un equipo de atención primaria. *Aten Primaria.* 2004;34:443-4.