



El coste de la prescripción inducida: una responsabilidad compartida entre

## Atención Primaria y especializada

Mientras la Administración exige a los médicos de AP mayor implicación en el control del gasto farmacéutico y uso racional del medicamento, éstos alegan que la responsabilidad en el coste de las prescripciones farmacéuticas que se generan en Atención Primaria no es sólo suya, sino que buena parte de ese coste es fruto de la prescripción inducida desde otros niveles asistenciales.

*Gema Martín*

**E**l paciente, el colectivo médico y la propia organización sanitaria son algunos de los agentes que influyen de manera determinante en una actividad que, a priori, puede parecer autónoma y de responsabilidad exclusiva del facultativo: la prescripción de medicamentos.

De un tiempo a esta parte, existe un creciente interés por el estudio de la prescripción en Atención Primaria en todos sus aspectos, tanto en el económico como en el asistencial, motivado, quizás, por la preocupación generada en torno al incremento del gasto farmacéutico y las posibles medidas que pueden tomarse en este ámbito de la atención sanitaria para conseguir un mayor ahorro en medicamentos del Sistema Nacional de Salud.

*“En un entorno de gasto sanitario creciente es lógico que se intente racionalizar el gasto farmacéutico presio-*

*nando al médico de AP ya que es el principal prescriptor. También es comprensible que el facultativo tenga dificultades para conseguir la racionalización deseada, y una de estas dificultades es la prescripción inducida”,* explica Joaquim Casanovas, delegado territorial de Sanidad de la Generalitat de Cataluña en Gerona.

Así, y mientras desde distintas instancias se insiste en la necesidad de que los médicos de Atención Primaria se impliquen aún más en la contención de la factura farmacéutica, éstos alegan que la responsabilidad en el coste y la calidad de la prescripción farmacéutica no puede ser imputada únicamente a su actividad profesional, sino que, en muchas ocasiones, es producto de la presión que ejercen tanto el paciente como incluso otros niveles asistenciales, mediante la llamada prescripción inducida.

Este concepto hace referencia a la prescripción que tiene un origen externo al propio médico prescriptor, generalmente, la inducida por un facultativo de atención especializada, aunque, según estudios recientes, la presión del usuario puede ser responsable de hasta el 5 por ciento de las prescripciones. *“El paciente suele pensar que el especialista tiene más conocimientos sobre una patología concreta y por tanto, exige que el médico de familia le prescriba exactamente la marca del medicamento aconsejado por el especialista”,* afirma Casanovas.

Las diversas investigaciones que existen en torno a esta cuestión destacan que la prescripción inducida es cuantitativa y cualitativamente relevante y arrojan diferentes porcentajes sobre su prevalencia que oscilan entre el 24 y el 50 por ciento, aunque en pacientes con enfermedades crónicas

ésta puede alcanzar el 77 por ciento. Así, Mateu Seguí, médico de Atención Primaria del centro de salud de Dalt Sant Joan de Mahón (Menorca), asegura que *“el 50 por ciento de las prescripciones de un centro de Atención Primaria corresponde a la inducida; sin embargo, al ser mayor el precio por receta, el gasto que origina es el 60 por ciento de la factura farmacéutica total”*.

Estas cifras coinciden prácticamente con las facilitadas desde la atención especializada. Así, Jesús Tornero, presidente electo de la Sociedad Española de Reumatología, una de las áreas terapéuticas que más prescripción inducida generan, informa que *“en el caso de los reumatismos no articulares, los especialistas asumen el control y seguimiento del 30 ó 35 por ciento de los casos y el resto se remite a AP”*.

### Origen

También los trabajos publicados presentan una amplia variabilidad de porcentajes en lo que se refiere al origen de la prescripción, que puede ser hospitalario (entre el 34 y 53 por ciento de los casos); proveniente de especialistas de ambulatorio (entre el 11 y el 23 por ciento de los casos); de centros privados (el 25 por ciento); y causado por la automedicación (alrededor del 5 por ciento de los casos).

Respecto a la postura de los facultativos de Atención Primaria ante la prescripción inducida, en general es de aceptación de los tratamientos instaurados por los especialistas. Los datos que revelan los diferentes trabajos publicados sobre el tema señalan que sólo entre el 2 y el 9 por ciento de estos profesionales sanitarios modifica el tratamiento indicado por el especialista. No obstante, los expertos insisten en que el último responsable de continuar con un tratamiento prescrito en otros niveles asistenciales es el médico de familia.

*“La realidad es que muy pocas veces el tratamiento instaurado por el médico especialista es retirado o modificado por el médico de Atención Primaria, ya que, ante todo, desea evitar conflictos con el paciente y este hecho a la larga puede crearle desconfianza y frustración”*, señala Casanovas.

## Origen de la prescripción inducida

ORIGEN	ESTUDIO BARCELONA		ESTUDIO MADRID	
	T. PRESCRIPCIONES	P. INDUCIDA%	T. PRESCRIPCIONES	P. INDUCIDA%
Hospital	1025	46,1	400	51,7
Espec. ambulatorio	519	23,3	345	35,4
Médicos Privados	557	29,1	38	4,3
Automedicación	122	5,5	76	8,5
Total	2223		809	

Fuente: Prescripción inducida en atención primaria: de la excusa pasiva a la gestión activa. J.M. Bordas, J. Casajuana. FMC 2000;07(5): 323-328

## Desacuerdo con la P.I. según su origen

ORIGEN	TOTAL DE PRESCRIPCIONES	PRESCRIPCIONES (%)	GRADO DE DESACUERDO (%)
Hospital	1.025	46,1	14
Especialistas Amb.	519	23,3	20
Médicos privados	557	25,1	31
Automedicación	122	5,5	46

Fuente: Induced prescription in Barcelona's Primary Health Care Study Group (Institut Català de la Salut) Induced prescription in primary healthcare. Eur J Gen Pract 1999; 5: 49-53

**La mayor parte de las prescripciones inducidas son debidas a enfermedades cardiovasculares, patologías del aparato respiratorio y del sistema nervioso central, reumatismos no articulares, afecciones genitourinarias y digestivas, y patologías psiquiátricas**

No obstante, Seguí considera que *“muchas veces, el médico de familia se siente desbordado y en desacuerdo con la prescripción inducida, pero sólo una pequeñísima parte de este colectivo cambia el tratamiento indicado desde atención especializada, quizá por la presión asistencial y porque carece de tiempo para analizar en profundidad cada caso concreto y buscar otra alternativa terapéutica”*. Por su parte, Tornero señala que *“es fundamental que los médicos de AP tengan libertad para modificar el tratamiento indicado desde otro nivel asistencial, en las ocasiones en las que asume el control de dicho tratamiento”*, señala Tornero.

Otra opinión que también es compartida por la mayoría de los autores es que la mayor parte de las prescripcio-

nes inducidas son debidas a enfermedades cardiovasculares, patologías del aparato respiratorio y del sistema nervioso central, reumatismos no articulares, afecciones genitourinarias y digestivas, y patologías psiquiátricas.

El gasto generado por recetas es otro de los indicadores que se tienen en cuenta para comparar la prescripción propia y la inducida. En general, el gasto generado por la prescripción inducida es mayor (algunos expertos aseguran que el coste medio por receta es un 25 por ciento más caro), probablemente por la utilización que hacen los especialistas de fármacos más innovadores y eficaces y, por lo tanto, más caros.

Según afirma Casanovas, *“es conocido que los especialistas tienen tenden-*

## La relación coste efectividad de los medicamentos que recetan los especialistas generalmente es alta

cia a prescribir novedades terapéuticas que generalmente son más caras”.

De la misma opinión se muestra Seguí, para quien “la relación coste efectividad de los medicamentos que recetan los especialistas generalmente es elevada, ya que se trata de nuevos medicamentos más eficaces; sin embargo, en casos determinados, las ventajas que aportan respecto a otros tratamientos ya financiados por el Sistema Nacional de Salud son poco relevantes”.

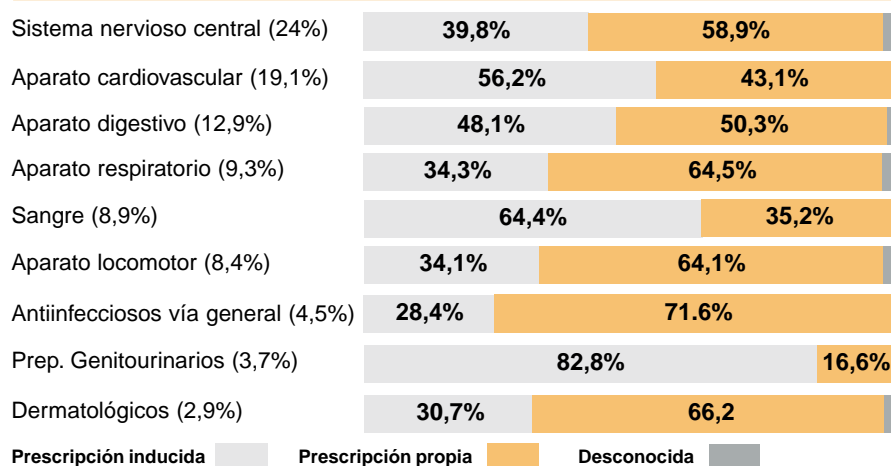
### Valor intrínseco

No obstante, en lo que se refiere al valor intrínseco de los medicamentos, no existen muchas variaciones entre la prescripción inducida y la propia. De hecho, los diferentes estudios señalan que existe una responsabilidad similar entre los médicos de los diferentes niveles asistenciales en relación a los medicamentos que prescriben con Utilidad Terapéutica Baja (UTB); la única diferencia relevante en este sentido es que el médico especialista ocasiona un gasto mayor al tratarse, por lo general, de productos más caros.

En este punto, los autores difieren a la hora de señalar a quién debería imputarse el gasto generado en AP por la prescripción inducida. Así, Seguí considera que “este gasto debería imputarse al centro origen de las prescripciones, ya sea un hospital, un centro de especialidades o uno de Atención Primaria”.

Sin embargo, Casanovas, cree que “el facultativo que prescribe un medicamento es el responsable último de la prescripción, y ya todos los médicos tienen la capacidad de decidir si continúan con el tratamiento iniciado en otro nivel asistencial, la imputación del gasto farmacéutico a efectos de gestión de esta prestación ha de realizarse a quién prescribe el fármaco, aunque dicha prescripción sea inducida”.]

## Proporciones de prescripción inducida, propia y desconocida en Bilbao



Fuente: Prescripción inducida en Atención Primaria de la comarca de Bilbao. Aten Primaria 2002. 30 de abril; 29(7):414-420.

## Gestión adecuada de la prescripción inducida

Algunos autores interpretan la prescripción inducida como un fenómeno negativo, aunque es cierto que también presenta ventajas para el paciente, cuyos diferentes tratamientos terapéuticos pueden ser centralizados en el médico de familia. Para conseguir reducir los efectos negativos de la prescripción inducida (burocratización de la Atención Primaria, desacuerdo y frustración por parte del facultativo de este nivel asistencial, y falta de comunicación y coordinación entre los médicos de familia y los especialistas), los autores consultados por esta publicación han coincidido en destacar la necesidad de mejorar la calidad asistencial de la Atención Primaria, incrementando el tiempo de consulta y potenciando la formación clínica y farmacológica de los facultativos. Por ello, además, del esfuerzo de los profesionales sanitarios, estos expertos también reclaman a la Administración que asuma sus propias responsabilidades y tome las medidas necesarias para conseguir estos objetivos, lo cual repercutirá positivamente en la mejora de la calidad asistencial y en el control del gasto sanitario. De esta manera, se conseguiría reducir el porcentaje de prescripciones inducidas si los médicos de AP incrementaran su capacidad de resolución y disminuyeran el número de derivaciones a la atención especializada. Esto se lograría con una actitud activa y mejor formación del médico, que permita gestionar la prescripción delegada y actuar sobre ella para llevarla a unos niveles adecuados. Al mismo tiempo, es necesario un cambio de relación entre los médicos de Atención Primaria y especializada, que ha de basarse en la consulta y los consejos profesionales, en lugar de la imposición. Pero lo que condiciona en último término que un paciente acepte de buen grado la modificación de un tratamiento indicado por un especialista es el grado de confianza que el paciente tenga en su médico; una confianza que no es espontánea, sino adquirida y que exige disponer de un tiempo mayor de consulta para dedicarlo al paciente.