

# Prescripción inducida en atención primaria de la Comarca Bilbao

E. Ruiz de Velasco Artaza<sup>a</sup>, L. Unzueta Zamalloa<sup>b</sup>, J. Fernández Uria<sup>a</sup>, M. Santisteban Olabarria<sup>b</sup> e I. Lekue Alkorta<sup>a</sup>

**Objetivos.** Principales: conocer la proporción de prescripción inducida (PI) en Comarca Bilbao y su procedencia, la proporción de gasto correspondiente a la PI, la proporción de PI en los principales grupos terapéuticos, la actitud del médico de atención primaria ante la prescripción solicitada y su influencia en el gasto, la proporción de desacuerdo con dicha prescripción y los motivos de desacuerdo, y la proporción con informe del especialista. Secundarios: conocer la proporción de PI en los demás grupos terapéuticos, en fármacos VINE, EFG y en los de nula o baja mejora terapéutica.

**Diseño.** Estudio transversal, descriptivo.

**Emplazamiento.** Atención primaria.

**Participantes.** Fármacos financiados prescritos por y/o solicitados a los médicos de familia de EAP.

**Resultados principales.** Se estudiaron 7.922 fármacos. Tipo de prescripción: PI, 48,3% (IC del 95%, 47,2-49,4); del médico de atención primaria (PRO), 50,6% (IC del 95%, 49,5-51,7); desconocida, 1,1% (IC del 95%, 0,9-1,3). Procedencia principal: especialista público (72,2%), especialista privado (16,6%). Un 62,5% del gasto correspondió a la PI. En el grupo terapéutico más prescrito, sistema nervioso central (24,2%), PI, 39,8%; PRO, 58,9%; en aparato cardiovascular (19,1%), PI, 56,2%, PRO, 43,1%. Se prescribió el fármaco solicitado en un 98,4% de los casos, se cambió en el 1,2% y se suprimió en un 0,4%. Proporción de desacuerdo, 11%; motivos de desacuerdo, no hay necesidad de tratar (23,9%), grupo terapéutico (34,4%), principio activo (13,2%), marca comercial (28,5%). Hubo informe de especialista en un 62,4% de los casos.

**Conclusiones.** Se detecta una proporción considerable de prescripción no atribuible a atención primaria y una proporción importante de fármacos que el médico de primaria prescribe sin estar de acuerdo. Sería necesario un sistema que permitiera separar el gasto por niveles, así como mejorar la comunicación entre éstos.

**Palabras clave:** Prescripción inducida. Atención primaria. Desacuerdo. Coste.

## INDUCED PRESCRIPTION IN PRIMARY HEALTH CARE IN AREA BILBAO

**Objectives.** Main objectives: to know the proportion of induced prescription (IP) in Area Bilbao and its source, the proportion of cost IP accounts for, the proportion of IP in the main therapeutic groups, the attitude of GP when requested for prescription and its influence on cost, the proportion of disagreement with requested prescription, the reasons for disagreement, and the proportion with letter from specialist. Secondary objectives: to know the proportion of IP in the remaining therapeutic groups, in drugs of low clinical value, in generic drugs and in new drugs with low or no therapeutic improvement.

**Design.** A descriptive cross-sectional study.

**Setting.** Primary health care.

**Participants.** Drugs prescribable under National Health Service prescribed by and/or requested to GPs.

**Main results.** 7.922 drugs were analysed. Type of prescription: IP, 48.3% (95% CI, 47.2-49.4); GP prescription (GPP), 50.6% (95% CI, 49.5-51.7); unknown source, 1.1% (95% CI, 0.9-1.3). Main source, public specialist (72.2%), private specialist (16.6%). IP accounted for 62.5% of cost. In the most prescribed therapeutic group, central nervous system (24.2%), IP, 39.8%; GPP, 58.9%; in cardiovascular system (19.1%), IP, 56.2%; GPP, 43.1%. 98.4% of requested prescription was actually prescribed, 1.2% was changed and 0.4%, suppressed. Proportion of disagreement, 11%; reasons for disagreement, no need for medical treatment (23.9%), therapeutic group (34.4%), active ingredient (13.2%), brand name (28.5%). There was a 62.4% with letter from specialist.

**Conclusions.** Primary care is not accountable for a substantial proportion of prescription. GP prescribes a considerable proportion of drugs without agreement. It would be necessary a system that allows to separate the cost by care levels and also improve their communication.

**Key words:** Induced prescription. Primary health care. Disagreement. Cost.

<sup>a</sup>Farmacéuticas de AP. Unidad de Farmacia, Comarca Bilbao.

<sup>b</sup>Médicos de Familia. Centros de Salud de Deusto y Rekaldeberri. Bilbao.

Correspondencia:  
Elena Ruiz de Velasco.  
Unidad de Farmacia. Comarca Bilbao.  
C/ Gran Vía 62, 2.º.  
48011 Bilbao.

Correo electrónico:  
rvelasco@ap.osakidetza.net

Manuscrito aceptado para su publicación el 17-IX-2001.

## Introducción

La calidad de la prescripción y el aumento del gasto farmacéutico en atención primaria (AP) han sido objeto de preocupación y estudio en los últimos años, tanto por parte de la Administración como de los mismos profesionales sanitarios. Dentro de nuestro actual modelo sanitario se considera al médico (1) de AP como el principal agente de la prescripción y es a quien se dirigen las principales medidas de racionalización del uso de los medicamentos. Sin embargo, la propia experiencia y diversos estudios al respecto<sup>1-13</sup> indican que una proporción considerable de dicha prescripción no se inicia en AP, sino que deriva de otros niveles de la asistencia sanitaria, fundamentalmente de la especializada. Esta prescripción es considerada como prescripción inducida (PI).

El motivo de preocupación, así como el enfoque de los diversos estudios es variable, comenzando con la misma definición de PI. Así, algunos la definen como la indicada por el especialista, que el médico de AP prescribe aunque no esté de acuerdo<sup>1</sup>; otros sólo consideran PI la indicada por el especialista a pacientes que seguirán controlados en dicho nivel<sup>2</sup>. Hay estudios que incluyen la PI por el propio paciente<sup>1,3-5</sup>, mientras que otros la excluyen<sup>6</sup>. Los trabajos revisados coinciden en incluir y considerar al médico especialista, tanto ambulatorio como hospitalario, como principal origen de la PI. También varían los estudios en cuanto a la unidad de análisis: fármaco<sup>1,2,7</sup>, especialidad farmacéutica<sup>3</sup>, receta<sup>5,6,8</sup>, envase<sup>9,10</sup> y presentación farmacéutica<sup>13</sup>. Otros trabajos hablan de prescripciones<sup>4,11,12</sup> sin especificar más. Aunque la mayoría de estudios analizan todo tipo de prescripción, hay algunos que analizan las prescripciones correspondientes a tratamientos que se inician durante el período de estudio<sup>3</sup> o exclusivamente las prescripciones de largo tratamiento<sup>7</sup>. Teniendo en cuenta estas particularidades, las proporciones de PI halladas oscilan en un 12,8-77%<sup>1-13</sup>. El gasto atribuible a la PI varía también en el 23,8-75,69%<sup>2,6,8-11,13</sup>.

La mayoría de los estudios sobre calidad que analizan la proporción de fármacos de valor intrínseco no elevado (VINE), no han detectado diferencias significativas entre la prescripción propia y la inducida<sup>3,6</sup>, aunque hay un estudio que afirma lo contrario<sup>13</sup>. En nuestro caso estamos más interesados en conocer la distribución de prescripción propia e inducida en los fármacos VINE. En esta línea, un estudio ha encontrado que de la prescripción de utilidad terapéutica baja (12,7% del total), un 52,6% correspondía al médico general, un 45,6% al especialista y un 4,5% al médico con actividad privada<sup>9</sup>.

En general, el hecho de la PI es vivido de manera negativa por el médico de AP por diversos motivos<sup>4</sup>: carga de trabajo extra, rol de sumisión al médico especialista, sensación de sentirse presionado tanto por el especialista como por el propio paciente, con lo que ello pueda conllevar de conflictos en la relación médico-paciente. Aspectos positivos a considerar por parte del

médico de AP serían que, conociendo toda la medicación que sus pacientes toman, tiene la oportunidad de evitar tratamientos no deseables o inapropiados<sup>14</sup>, así como la oportunidad de la intercomunicación con el médico especialista. Es interesante, pues, conocer en casos más concretos la actitud que el médico de AP tiene hacia la PI y su grado de aceptación.

Si tenemos en cuenta lo anterior y la falta de estudios en nuestro ámbito más próximo, nos planteamos realizar este trabajo con los siguientes objetivos.

### Objetivos principales

1. Conocer la proporción de fármacos financiables atribuibles a la PI en la Comarca Bilbao y su procedencia.
2. Conocer la proporción de gasto correspondiente a la PI.
3. Conocer la proporción de PI en los principales grupos terapéuticos prescritos.
4. Conocer la actitud del médico de AP hacia la solicitud de prescripción (aceptación/cambio/supresión) y su influencia en el gasto.
5. Conocer la proporción de desacuerdo con la solicitud de fármaco y los motivos de desacuerdo.
6. Conocer la proporción de informes con la indicación de la prescripción por parte de especialistas.

### Objetivo secundario

Conocer la proporción de PI en los demás grupos terapéuticos, en los fármacos VINE, EFG y en los de reciente comercialización de nula o baja mejora terapéutica (NBMT).

## Material y métodos

Se realizó un estudio transversal descriptivo en la Comarca Bilbao: población urbana, 20 centros de salud, 177 médicos de familia (144 de ellos de EAP) y 35 pediatras, un hospital terciario de referencia, población atendida de 375.035 habitantes.

La población a estudiar fueron los fármacos financiables con cargo al Sistema Nacional de Salud prescritos por y/o solicitados al médico de familia de EAP de la Comarca Bilbao (EAP-CB). Se consideró fármaco prescrito el fármaco recetado mediante receta oficial de Osakidetza-Servicio Vasco de Salud.

Los grupos terapéuticos se definieron según la clasificación anatómica de medicamentos actualizada por la Orden de 13 de mayo de 1985 del Ministerio de Sanidad y Consumo<sup>15</sup>.

Para calificar los fármacos VINE se consideró la clasificación utilizada en el Contrato-Programa 2000 de Osakidetza<sup>16</sup>. Se consideraron fármacos NBMT aquellos comercializados durante los últimos 5 años (1996-2000) que han recibido la calificación C (nula o muy pequeña mejora terapéutica) o D (sin clasificación) en la «clasificación del potencial terapéutico» de la revista *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud*<sup>17-21</sup>.

### Criterios de exclusión

Prescripciones a pacientes desplazados y transeúntes.

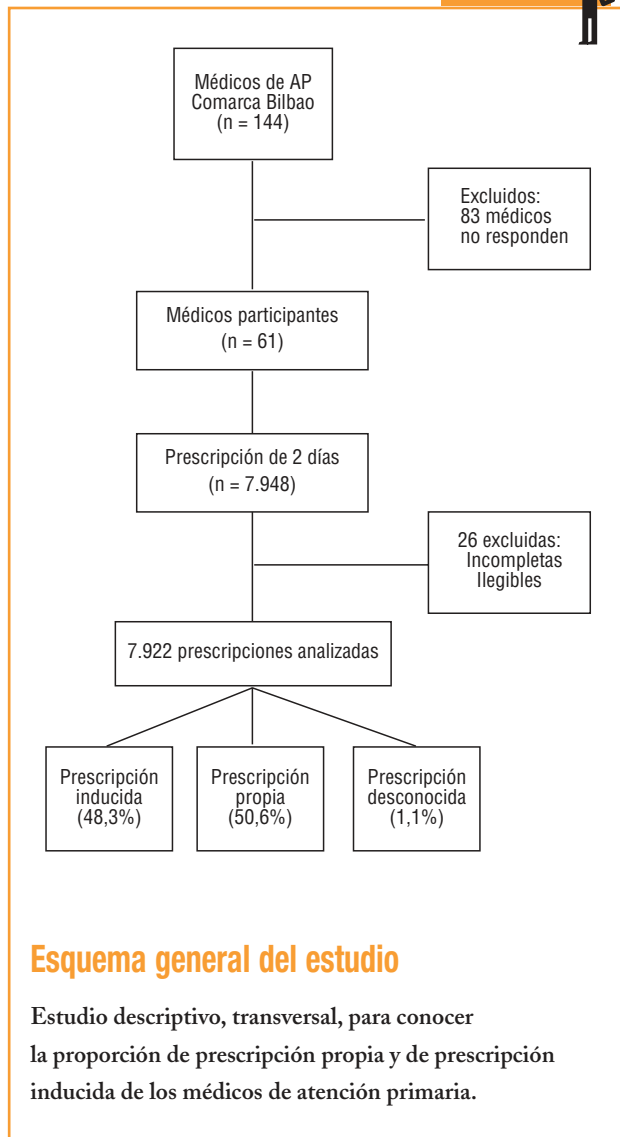
### Muestra

Todos los fármacos financiables con cargo al Sistema Nacional de Salud prescritos y/o solicitados durante 2 días de noviembre de 2000.

(1) En este texto se ha optado por la acepción masculina de médico, queriendo incluir en el mismo a ambos géneros.

Material y métodos

Cuadro resumen



Para el cálculo del tamaño muestral se tuvo en cuenta una precisión de 0,05, un error  $\alpha$  de 0,05 y dentro de los grupos terapéuticos de mayor volumen de prescripción en la Comarca Bilbao aquel que por su menor frecuencia nos exigía mayor tamaño muestral. Dicho grupo fue el de aparato locomotor, con una frecuencia de 7,2%. Estimando una proporción de prescripción inducida del 50%, resultaba una n de 384 por grupo terapéutico. Para conseguir esta cifra estimamos que necesitaríamos 5.325 prescripciones. Teniendo en cuenta el tamaño muestral y el volumen de prescripción diario, y estimando una tasa de respuesta del 55%, se realizó el estudio durante 2 días de consulta.

*Variables*

Las variables analizadas fueron:

*Tipo de prescripción.* PI: fármaco indicado por alguien ajeno al médico de AP y prescrito por éste. Prescripción propia (PRO): fármaco prescrito por el médico de AP tanto por indicación su-

ya como por modificación de indicación ajena. Prescripción desconocida (PD): fármaco de indicación desconocida.

*Procedencia de la prescripción inducida.* Médico AP privado, especialista público (hospitalario y extrahospitalario), especialista privado, urgencias hospitalaria pública, puntos de atención continuada (PAC), oficina de farmacia, propio paciente (fármaco solicitado verbalmente por el paciente, excepto aquel fármaco dado previamente por su médico de AP por un proceso similar), odontólogo, otros (urgencias privada, residencias, módulos...).

*Gasto líquido atribuible al fármaco.*

*Actitud real del médico de AP hacia la prescripción solicitada.* Prescribirla/cambiarla/suprimirla.

*Opinión sobre la prescripción solicitada.* De acuerdo/en desacuerdo.

*Motivo para el desacuerdo con la prescripción solicitada.* No necesita tratamiento; de acuerdo con necesidad de tratamiento, pero no ese grupo terapéutico; de acuerdo con el grupo terapéutico, no con el principio activo; de acuerdo con el principio activo, no con la marca comercial (hay marcas más baratas, hay EFG...).

*Existencia de informe con la indicación de la prescripción*

Los datos se recogieron mediante encuesta elaborada por el equipo de investigación y cumplimentada por el médico participante para cada fármaco prescrito o solicitado de acuerdo a la información existente en la historia clínica del paciente. Se enviaron las encuestas a los 144 médicos de familia de EAP-CB.

Si en la encuesta no constaba alguna de las siguientes características del fármaco: número de unidades/envase, dosis/unidad y marca de EFG, se consideraron la presentación y marca más prescritas en la Comarca Bilbao en noviembre de 2000. Los datos se almacenaron en la base de datos Microsoft Access y se analizaron según el programa estadístico EpiInfo 2000. Se estimaron las proporciones y las medias con un intervalo de confianza del 95%.

**Resultados**

De los 144 médicos a los que se envió la encuesta, respondieron 61 (tasa de respuesta, 42,4%). La media de edad fue de 42 años (DE, 6,4); el 57,4% era mujer y un 42,6% era varón. Se recogió un total de 7.948 encuestas, de las que se excluyeron 26 porque estaban incompletas o el nombre del fármaco era ilegible. Por tanto, se han analizado 7.922 encuestas, en las que se han prescrito un total de 7.908 fármacos (10.824 envases). Hubo 14 encuestas en las que no se prescribió ningún fármaco por haberse suprimido el solicitado.

El tipo de prescripción ha sido el siguiente: 48,3% (47,2-49,4), PI; 50,6% (49,5-51,7), PRO, y 1,1% (0,9-1,3), PD (tabla 1). La procedencia principal de la prescripción solicitada ha sido el especialista público, con un 72,2% (70,8-73,7), seguido del especialista privado, con un 16,6% (15,4-17,8). Dentro del apartado otros (2,8%), un 60,6% ha señalado como procedencia «otro médico de AP» (médico anterior, sustituto, de otra comunidad autónoma). La totalidad de las procedencias, así como la proporción de

**TABLA 1**  
**Tipo de prescripción y gasto atribuible**

Tipo de prescripción	% (IC del 95%)	Gasto (%)
Inducida	48,3 (47,2-49,4)	62,5
Propia	50,6 (49,5-51,7)	36,7
Desconocida	1,1 (0,9-1,3)	0,8
Total	100,0	100,0

**TABLA 2**  
**Procedencia de la prescripción solicitada, proporción de acuerdo con ésta y de su prescripción**

Procedencia	% (IC del 95%)	Acuerdo (%)	Se prescribe (%)
Especialista público	72,2 (70,8-73,7)	91,7	98,5
Especialista privado	16,6 (15,4-17,8)	87,7	98,9
AP privada	3,2 (2,6-3,8)	77,0	100,0
Propio paciente	2,9 (2,4-3,5)	67,8	93,3
Otros	2,8 (2,3-3,4)	69,5	96,4
Urgencias hospital	0,8 (0,6-1,2)	87,5	94,1
Odontólogo	0,8 (0,6-1,2)	87,5	100,0
Oficina de farmacia	0,3 (0,2-0,6)	46,7	86,7
PAC	0,2 (0,1-0,5)	100,0	100,0
Total	100,0	89,0	98,4

acuerdo con el fármaco solicitado y de prescripción de éste, se describen en la tabla 2. Por lo que respecta al gasto, sobre un total de 129.050,23 euros (21.471.765 pts.), un

62,5% ha correspondido a la PI, un 36,7% a la PRO y un 0,8% a la PD. La media de gasto ha sido de 21,24 euros (3.534 pts) en la PI y de 11,95 euros (1.988 pts.) en la PRO (tabla 1).

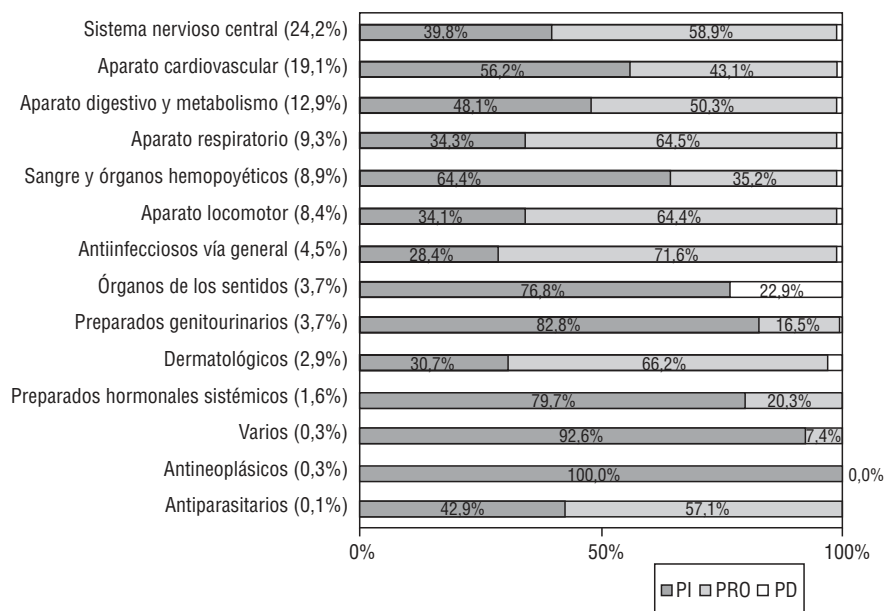
En el grupo terapéutico más prescrito, el de sistema nervioso central (24,2% del total de fármacos), un 39,8% ha correspondido a la PI, un 58,9% a la PRO y un 1,3% a la PD. En el siguiente más prescrito, aparato cardiovascular (19,1% del total de fármacos), un 56,2% ha correspondido a PI, un 43,1% a PRO y un 0,7% a PD. Las proporciones de PI, PRO y PD en los distintos grupos terapéuticos se describen en la figura 1.

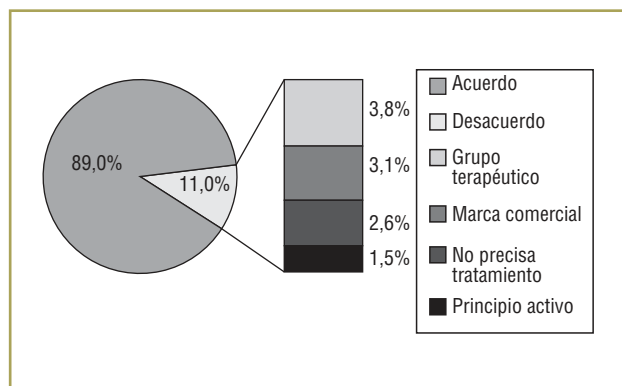
Respecto a los indicadores de calidad de prescripción, de los 568 fármacos VINE prescritos (7,2% del total de fármacos prescritos), un 45,3% ha correspondido a la PI, 51,7% a la PRO y 3,0% a la PD. De los 425 EFG prescritos (5,4% del total de fármacos prescritos), un 12,2% ha correspondido a la PI, un 87,3% a la PRO y un 0,5% a la PD. De los 297 fármacos NBMT (3,9% del total de fármacos prescritos), un 57,4% es atribuible a la PI, un 41,6% a la PRO y un 1,0% a la PD.

En cuanto a la actitud del médico de AP ante la prescripción solicitada, se ha accedido a la prescripción en el 98,4% de los casos (97,9-98,7%), se ha cambiado por otro fármaco en el 1,2% (1,0-1,7%) y se ha suprimido en un 0,4% (0,2-0,6%). El gasto total resultante de estas modificaciones ha sido de 872,69 euros (145.201 pts.); el gasto de los fármacos primeramente indicados hubiera sido de 1.091,84 euros (181.664 pts.), lo que supone un ahorro del 20,1% sobre lo originalmente indicado y un 0,17% sobre el

**FIGURA 1**

Proporciones de prescripción inducida, propia y desconocida en los distintos grupos terapéuticos. PI: prescripción inducida; PRO: prescripción propia, y PD: prescripción de origen desconocido.





**FIGURA 2** Proporción de acuerdo con la prescripción solicitada y motivos de desacuerdo.

total del gasto. Se han suprimido 4 fármacos VINE y se han cambiado 28 fármacos por sus equivalentes genéricos. En la pregunta sobre acuerdo con el fármaco solicitado no hubo respuesta en aproximadamente un 5% de los casos. En las encuestas respondidas, hubo desacuerdo en un 11,0% (10,0-12,1%). Los motivos fueron los siguientes: 23,9% (19,8-28,5%) porque no se creía necesario el tratamiento; 34,4% (29,7-39,3%) porque no se estaba de acuerdo con el grupo terapéutico (de los cuales, en un 5,2% estaba contraindicado); 13,2% (10,1-17,1%) porque no se estaba de acuerdo con el principio activo (de los cuales, en un 2% estaba contraindicado), y 28,5% (24,1-33,3%) porque no se estaba de acuerdo con la marca comercial (fig. 2).

La actitud del médico ante la solicitud de un fármaco con el que no estaba de acuerdo ha sido la siguiente: en un 84,3% de los casos (80,3-87,6%) ha prescrito el fármaco, en un 12,3% (9,3-15,9%) lo ha cambiado por otro y en un 3,4% (2,0-5,8%) lo ha suprimido. La actuación según el motivo de desacuerdo se describe en la tabla 3.

Dentro de la PI de procedencia pública (especialistas públicos y urgencias hospitalarias) la proporción de acuerdo ha sido del 91,6% y la de prescripción del fármaco solici-

tado de un 98,5%; si la procedencia era privada (especialistas y médicos de AP privados), las proporciones han sido 86,0% y 99,1%, respectivamente.

Constaba informe con la indicación de la PI en un 59,4% de los casos (57,7-61,0%) y en un 62,4% (60,7-64,0%) si la procedencia de la prescripción era el especialista (público o privado).

## Discusión

Nuestro estudio presenta algunas limitaciones. En primer lugar, no se envió la encuesta a los médicos de cupo al presuponer que su tasa de respuesta sería muy baja, además de que la mayoría no tiene historias clínicas. La tasa de respuesta de los médicos de equipo, menor de la esperada, no afectó a la precisión de las estimaciones al darse un mayor volumen de prescripción diario al inicialmente estimado. Por otra parte, el número de días y el mes de recogida de datos no se eligieron al azar. Para conseguir la muestra estimada se calculó que eran dos los días necesarios de recogida de datos y se eligió el mes de noviembre de manera que se evitaran periodos vacacionales, epidemias estacionales y antes de que entrara en vigor el Decreto de Precios de Referencia<sup>22</sup>. Pensamos que estas limitaciones pueden influir en los resultados del estudio, probablemente haciendo que las proporciones de prescripción inducida estén infraestimadas. La proporción de PI detectada en nuestro estudio (48,3%) se encuentra en una posición intermedia de la hallada en otros estudios<sup>1-12</sup>, y es muy parecida a la de Vallés et al (45,5%), en un estudio de características similares al nuestro<sup>4</sup>. En cambio, la proporción de gasto atribuible a la PI que hemos hallado (62,5%) es superior a la de la mayoría de los estudios<sup>2,6,8,10,11</sup>. Barceló Colomer et al<sup>13</sup> detectan unas proporciones del 72% y 75,69%, respectivamente; sin embargo, los mismos autores opinan que estas proporciones están sobrestimadas debido al corto período de tiempo transcurrido entre la apertura reformada del centro y la realización del estudio.

La procedencia principal de la PI es el especialista público, que en nuestro estudio representa el 72,2% de la pres-

**TABLA 3** Actuación según el motivo de desacuerdo

Motivo de desacuerdo	Se prescribe	Se cambia	Se suprime	Total
	N.º fármacos (%)	N.º fármacos (%)	N.º de fármacos (%)	N.º fármacos (%)
Grupo terapéutico	125 (92,6)	8 (5,9)	2 (1,5)	135 (100)
Marca comercial	75 (67,0)	37 (33,0)	0 (0,0)	112 (100)
No precisa tratamiento	80 (86,0)	1 (1,1)	12 (12,9)	93 (100)
Principio activo	48 (92,3)	4 (7,7)	0 (0,0)	52 (100)
Total*	328 (83,7)	50 (12,8)	14 (3,6)	392 (100)

\*En 16 casos no se especifica el motivo de desacuerdo.

Discusión  
Cuadro resumen



## Lo conocido sobre el tema

- Una proporción considerable de la prescripción en atención primaria (AP) se deriva de otros niveles de la asistencia sanitaria, fundamentalmente de la especializada. Hay datos dispares sobre la calidad (VINE) de prescripción propia e inducida (PI).

## Qué aporta este estudio

- Confirma la proporción considerable en volumen, y aún más en gasto, de la PI en AP. Aporta datos sobre desacuerdo con la PI y los motivos para dicho desacuerdo, así como de la actuación del médico en caso de desacuerdo. Aporta datos sobre la distribución de fármacos VINE, EFG y de nula o baja mejora terapéutica en la PI y en la propia de AP.

cripción solicitada al médico de AP y un 34,9% de su prescripción total. Vallés<sup>4</sup> refiere que el 69,4% de la prescripción inducida tiene su origen en el especialista de hospital o ambulatorio y Fidalgo<sup>2</sup> cifra en un 34,5% la prescripción originada por la AE (controlada posteriormente por AP o AE). Hay que destacar en nuestro estudio un 19,8% de procedencia privada, que supone un 9,5% de la prescripción total, lo cual indica la influencia que el sistema privado está ejerciendo sobre el público. La prescripción inducida por el propio paciente (2,9%) se encuentra por debajo de lo encontrado en otros estudios: 3,2%<sup>3</sup>, 5,5%<sup>4</sup> y 6,2%<sup>1</sup>. Dicha diferencia puede deberse a que nosotros hemos considerado como inducida por el paciente aquella prescripción solicitada verbalmente por él, excepto aquel fármaco prescrito previamente por su médico de AP para un proceso similar.

Hay que destacar que dentro del epígrafe «otros» en la procedencia de la PI, un 60,6%, lo que supone un 1,7% de la prescripción total, se ha considerado como proveniente de otro médico de AP (médico anterior en la plaza, sustituto, etc.). Si tenemos en cuenta el cuestionario utilizado y la opinión del médico que ha respondido, sería una PI, y como tal se ha incluido en nuestra proporción de PI. Sin embargo, también podría considerarse que su origen es la AP (nuestra proporción de PI sería entonces un 46,6%) o incluso como prescripción de origen desconocido, ya que no es totalmente seguro que el médico que responde en esa situación sepa si la indicación primera era del propio médico de AP o de otro médico ajeno a ésta.

En cuanto a la calidad de la prescripción, el 51,7% de los fármacos VINE se prescribe por indicación propia, resultado similar al 52,6% obtenido por Seguí<sup>9</sup>. No hemos encontrado estudios publicados que analicen otros aspectos

de la PI, como la proporción de EFG o de fármacos NBMT. La proporción global de EFG detectada en nuestro estudio (5,4%) contrasta con el 2,9% de envases EFG facturados en la Comarca Bilbao en noviembre de 2000, diferencia que puede deberse tanto al sesgo de observación como a los hábitos de prescripción de los médicos que respondieron a la encuesta. Casi un 90% de las EFG las prescribe el médico de AP, lo cual evidencia cómo la AP se ha implicado mucho más que el resto de niveles en la política de genéricos. En cuanto a los fármacos NBMT, un 57,4% tiene como origen la PI, lo que viene a constatar que los médicos de AE son más proclives a incorporar a su prescripción los fármacos de reciente comercialización, aunque realmente no supongan avances terapéuticos.

Por lo que respecta a la pregunta sobre acuerdo con la prescripción solicitada, llama la atención la proporción de desacuerdo (11,0%), superior al 4,8%<sup>5</sup> y 9,4%<sup>4</sup> hallado en otros estudios; sin embargo, la proporción de acuerdo con aquella (89,0%) sigue siendo elevada.

Al analizar la actitud del médico ante la prescripción solicitada, destaca la elevada proporción de casos en los que se accede a prescribir lo solicitado (98,4%). La proporción de cambios o supresiones (1,6%) está en la línea de lo hallado en otros estudios (0,98%<sup>5</sup> y 1,5%<sup>2</sup>). Sin embargo, hay que señalar que estas pequeñas modificaciones han redundado en una mejora, aunque modesta, de la calidad de prescripción (disminución de fármacos VINE y aumento de fármacos EFG) y en un importante ahorro. Extrapolando este ahorro al gasto de la Comarca Bilbao en el año 2000, representaría aproximadamente 84.143,21 euros (14 millones de pts.).

Resulta notable el hecho de que el médico prescribe el fármaco solicitado en un 84,3% de las PI con las que dice no estar de acuerdo. Sólo en un 12,3% de los casos de desacuerdo se decide a cambiar la prescripción, y estos cambios se producen mayoritariamente cuando el motivo del desacuerdo es la marca comercial (37/50). En un 3,4% de los desacuerdos se suprime el fármaco solicitado; la mayoría de las supresiones (12/14), como es lógico, se producen cuando el motivo del desacuerdo es que no se considera necesario el tratamiento.

Si nos atenemos a la procedencia pública o privada de la PI, es de destacar que a pesar de ser menor la proporción de acuerdo con la de origen privado, se accede a prescribir lo solicitado en mayor proporción que cuando la procedencia es pública.

A pesar del contraste entre la alta proporción de acuerdo con la PI y la imagen negativa que de ésta tiene en el médico de AP, así como entre el desacuerdo y la baja proporción de cambios y supresiones en nuestro estudio, creemos que en el hecho de las escasas modificaciones de la PI están influyendo otros factores no analizables en este tipo de estudios, como pueden ser la relación médico-paciente, la coordinación entre niveles asistenciales, etc.

Como conclusión, diríamos que una proporción considerable en volumen, y aún más en gasto, de la prescripción

imputada al médico de AP no es atribuible a él, sino inducida desde otros niveles, fundamentalmente el de la AE, lo que limita su capacidad real de mejora en los indicadores de prescripción, tanto cuantitativa como cualitativamente. Se debería establecer un sistema que permitiera separar el gasto correspondiente a ambos niveles.

Además, las medidas para promocionar el uso racional de medicamentos que se están llevando a cabo desde hace años en AP están dando resultados, como indican las enormes diferencias en la proporción de prescripción de genéricos entre AP y AE. Estas medidas de racionalización deberían hacerse extensibles a la AE.

A la vista de que las modificaciones realizadas por el médico de AP en la prescripción que se le solicita, cuando se han hecho, han redundado en una mejora de la calidad de la prescripción y un ahorro en el gasto, creemos que se deberían impulsar medidas de tipo administrativo/legal que faciliten al médico de AP este tipo de actuaciones, dentro de unos estándares preestablecidos. Por ejemplo, favorecer la sustitución de marcas de fantasía por EFG.

En el futuro, sería de interés profundizar en el análisis de calidad realizando estudios de prescripción-indicación tanto en la PI como en la PRO, así como analizar los posibles factores, anteriormente citados, que pueden estar influyendo en el médico de AP a la hora de prescribir o no el fármaco inducido.

Por último, hay una proporción importante de fármacos que prescribe el médico de AP sin estar de acuerdo con ellos, lo que pone en evidencia la necesidad de mejorar la comunicación entre los niveles de AP y AE y potenciar su coordinación (guías de práctica clínica consensuadas entre los dos niveles, sesiones conjuntas, etc.).

## Agradecimientos

Agradecemos la participación de los médicos y personal de enfermería de la Comarca Bilbao que han hecho posible la realización del presente estudio, así como el apoyo de la Gerencia de Comarca Bilbao, al facilitar los medios necesarios.

## Bibliografía

- 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.
- Fidalgo García M, 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.
- Franzi Sisó SA, Placencia Zarzoso ML, Rodríguez Latre L. Estudio de la prescripción inducida de las áreas básicas de salud de la Dirección de Atención Primaria de Sabadell. *Aten Primaria* 1997;20:408-14.
- 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.
- Martínez López J, Ballesteros Pérez A, Baeza López JM, Bonet Ferreira MV, Gallardo Juan A, Jiménez González DM. Libertad y conformidad de prescripción del médico en atención primaria. *Centro de Salud* 1998; dic.;712-7.
- Arroyo MP, Cano E, Ansorena R, Celay J, Cortes F, Estremera V. Prescripción delegada por especialistas en atención primaria. *Aten Primaria* 1995;16:538-44.
- Alonso López FA, Anzola Fernández B, Arratibel Arrondo J, Gancedo González Z. ¿Quién prescribe? Origen y adecuación de las prescripciones crónicas en un programa informatizado de largos tratamientos en un centro de salud. *Aten Primaria* 1993; 12:465-8.
- 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;18:35-58.
- Seguí Díaz M, Bartolozzi Castilla E, Ramos Alexaidés J, Llach Fernández A, Torrent Quetglas M, Besco Villegas E, et al. Prescripciones de utilidad terapéutica baja inducidas en atención primaria. *Aten Primaria* 1998;22:227-32.
- Viñas González B, López Serrano R, Montero Fernández MJ, Cordero García B, Esteban Tudela M, López de Castro F. Prescripción inducida por el nivel especializado en el área sanitaria de Toledo. *Centro de Salud* 1999; jun.;381-5.
- Quinn R, Kelly A. How much of a general practitioner's prescribing is outside his/her control? *Ir Med J* 1998;91:168-72.
- De Vries CS, Van Diepen NM, Tromp TFG, De Jong-Van den Berg LTW. Auditing GP's prescribing habits: cardiovascular prescribing frequently continues medication initiated by specialists. *Eur J Clin Pharmacol* 1996;50:349-52.
- Barceló Colomer E, Grau Bartomeu 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;26:231-8.
- Bradley CP. Induced prescription: what's in a name? *Eur J Gen Pract* 1999;5:47-8.
- Orden de 13 de mayo del Ministerio de Sanidad y Consumo, por la que se actualiza la clasificación anatómica de medicamentos. (Boletín Oficial del Estado, número 121, de 21-V-85, corrección de errores en Boletín Oficial del Estado, número 143, de 15-VI-85).
- Contrato-Programa 2000 de las Comarcas de Atención Primaria de Osakidetza-Servicio Vasco de Salud. Comarca Bilbao. Documento interno.
- Cuesta Terán MT, Martínez de la Gándara M, Sierra Bermejo M. Nuevos principios activos: revisión 1996 (I). *Inf Ter Sist Nac Salud* 1997;21:11-28.
- Cuesta Terán MT, Martínez de la Gándara M. Nuevos principios activos: revisión 1997 (II). *Inf Ter Sist Nac Salud* 1998;22:44-51.
- Cuesta Terán MT, Martínez de la Gándara M. Nuevos principios activos: revisión 1998 (II). *Inf Ter Sist Nac Salud* 1999;23:55-60.
- Cuesta Terán MT, Martínez de la Gándara M. Nuevos principios activos: revisión 1999. *Inf Ter Sist Nac Salud* 2000;24:9-28.
- Cuesta Terán MT, Prieto Yerro C. Nuevos principios activos: revisión 2000 (II). *Inf Ter Sist Nac Salud* 2001;25:53-65.
- Real Decreto 1035/1999, de 18 de junio, por el que se regula el sistema de precios de referencia en la financiación de medicamentos con cargo a fondos de la Seguridad Social o a fondos estatales afectos a la sanidad. (Boletín Oficial del Estado, número 154, de 29-VI-99).