

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: jturabianf@meditex.es (J.L. Turabián).

doi:10.1016/j.cali.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:

Coincidimos 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.

Conflicto 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.

2. 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; doi:10.1016/j.cali.2010.06.005.
3. Gérvas J. La prescripción científica en la práctica clínica. De la teoría a la práctica. En: Meneu R, Peiró S, editores. *Elementos para la gestión de la prescripción y la prestación farmacéutica.* Barcelona: Masson; 2004. p. 223–40.

S. Peiró* y G. Sanfélix-Gimeno

*Centro Superior de Investigación en Salud Pública (CSISP),
Valencia, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: peiro_bor@gva.es (S. Peiró).

doi:10.1016/j.cali.2010.11.003