

"El trabajo de un gerente sanitario es hacer cuidar a sus trabajadores y hacer que sientan bien haciendo su trabajo, siendo conscientes de que tiene un compromiso ineludible con la salud de la población a la que atiende", algo así le escuché decir el otro día a una gerente de un área sanitaria de Andalucía.

La Comunidad Valenciana ha decidido dar un paso más en el control (no entendido como supervisión sino como manejo teledirigido) de la prescripción de medicamentos instaurando los denominados "[Algoritmos de decisión terapéutica corporativos](#)". Esto consiste en decirle al médico qué medicamento debe prescribir, por ser la alternativa más eficiente, ante algunos diagnósticos y, en el caso de que el médico considere que para el paciente es mejor otro medicamento, deberá justificarlo de forma expresa.

En palabras [Carlos Alberto Arenas](#) (gerente sanitario), los algoritmos "no limitan la prescripción, ni coartan la libertad clínica como dicen algunos, sino que simplemente piden que se justifique porque se prescribe una opción menos coste eficiente al prescribir que otra. No prohíben en absoluto, pero sí controlan, ya que queda constancia del motivo en el sistema, y el facultativo tendrá que elegir entre varias opciones o una explicación libre de por qué hace prescripción distinta a la consensuada según las guías de práctica clínica que se aprueben en el algoritmo" ([leer artículo completo](#))

Hay una cosa singular en estos algoritmos que los diferencia de otras iniciativas como las llevadas a cabo en otras comunidades autónomas (como Andalucía), y es la necesidad de justificar la no elección de la alternativa propuesta por el sistema informático. Podríamos decir que el ordenador se encarga de poner el tratamiento y si el médico no está de acuerdo tiene que intervenir para justificar el porqué de ese desacuerdo. En mi opinión hay tres puntos principales (entre otros) por los que oponerse a esta medida:

1. Obvia los factores narrativos de la prescripción como proceso: elegir un fármaco no es algo tan sencillo como "depresión --> citalopram" o "hipertensión --> enalapril". Sería interesante saber cómo se piensan encajar los determinantes sociológicos y biográficos en la relación e identidad "diagnóstico-->fármaco"... [hay gente que incluso [ha hecho su tesis al respecto de esta parte cualitativa de la prescripción](#), para que nadie piense que esto es una excusa para huir del "control"]... porque ante la respuesta de que "siempre se puede justificar el porqué de la elección de otro medicamento y prescribirlo" pasaríamos al siguiente aspecto.
2. Burocratiza: mientras desde el ministerio de sanidad y las consejerías autonómicas se insiste en que uno de los ejes de las reformas sanitarias es la desburocratización de las consultas, imponer un autovisado (que es lo que vendría a ser esta elección de excepciones) no es sino incrementar las trabas burocráticas en el proceso de prescripción, esto es, disminuir tiempo efectivo de consulta.
3. Pone en el centro del problema la elección de los "gold-standard": ¿quién decide qué fármaco es el más eficiente para cada indicación? ¿las guías de práctica clínica? ¿cuáles? ¿las del NICE? ¿las del SIGN? ¿las de las sociedades científicas españolas? ¿[las del Ministerio de Sanidad](#) (entrad en ese enlace y llorad de vergüenza)? ¿los consensos -que no son sino el acuerdo ante la ignorancia-? Hay que trabajar por eliminar la variabilidad nociva pero sin llegar a uniformizar por completo la práctica clínica, porque las variaciones basadas en el razonamiento clínico/científico son un estímulo para la mejora de la práctica clínica.

Poner atención casi exclusiva en el control de la prescripción (obviando de forma casi sistemática la preocupación por la pertinencia diagnóstica, el correcto desarrollo de la entrevista clínica,...) hace pensar que: 1) se presta atención a la prescripción porque es muy fácil identificar fármaco con euros (cuando en muchas ocasiones el diagnóstico es mucho más determinante) y 2) se presta atención a la prescripción porque es fácil medir lo que se prescribe... es decir, incurrimos una vez más en el [sesgo de la farola](#).

¿Hay que controlar el uso que se hace del dinero público? Por supuesto que sí, y siempre en este blog nos hemos mostrado incondicionalmente favorables a ese propósito... pero hay que saber cuándo uno está excediendo sus funciones y capacidades... igual que desde una consulta es imposible diseñar un plan de ordenación de infraestructuras sanitarias en una comunidad autónoma, desde un despacho es imposible posicionarse como intermediario de la relación médico-paciente en un proceso tan complejo como el de la prescripción (que, aunque lo ignoren, es longitudinal, no

transversal, como las medidas que se imponen).

[Sistemas de apoyo a la toma de decisiones](#), generación de [bibliografía independiente](#) (ojo, independiente de verdad), instauración de medidas impulsadas desde abajo -o desde el lado, como poco-,..., son medidas con las que se puede trabajar por el objetivo de lograr la excelencia en la asistencia sanitaria y la mejora de la salud de la población (en lo que se puede desde los servicios sanitarios)... pero sólo aquellas medidas que se instauren con la colaboración de los profesionales sanitarios se podrán mantener en el tiempo y utilizar para maximizar sus beneficios sobre la salud de la población y del sistema sanitario

Etiquetas:

[política sanitaria](#)