



Universidad
de Alcalá

PRESCRIPCIÓN MÉDICA, RECETA ELECTRÓNICA Y RECETA MÉDICA ONLINE

PROF. DR. JOSÉ LUIS ALLOZA Y GASCÓN-MOLINS

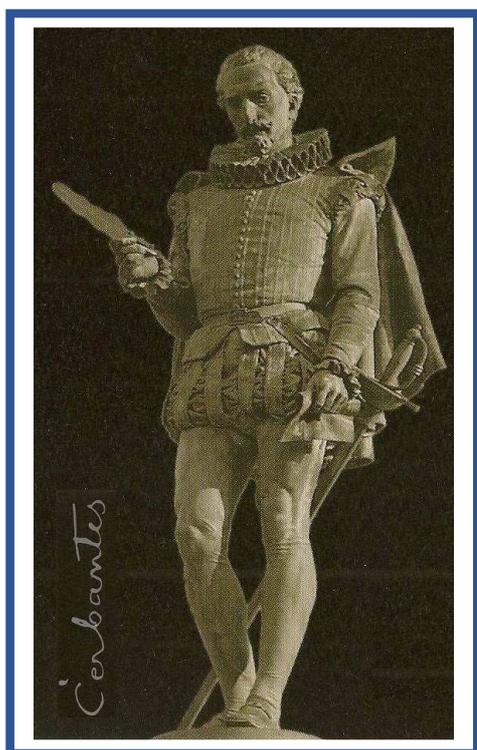
Farmacólogo Clínico

Departamento de Ciencias Biomédicas

Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud

alcala.project@uah.es

Médico Colegiado. Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid



PRESCRIPCIÓN MÉDICA, RECETA ELECTRÓNICA Y RECETA MÉDICA ONLINE

ÍNDICE:

1. LA RED Y SU INFORMACIÓN
2. MÉDICOS Y PRÁCTICA MÉDICA
3. COSAS DE NUESTRA SANIDAD
4. PRESCRIPCIÓN MÉDICA Y RECETA MÉDICA
5. RECETA MÉDICA ONLINE

PRESCRIPCIÓN MÉDICA, RECETA ELECTRÓNICA Y RECETA MÉDICA ONLINE

“Social Pharmacology: Today's society can be defined by a broad range of people whose common denominator is the use of medicines “

(Farmacología Social: La sociedad actual puede definirse por una amplia gama de personas cuyo denominador común es la utilización de medicamentos.)

LA RED Y SU INFORMACION

Aunque nuestra utilización de Internet lleva posiblemente un retraso de unos quince años en comparación con los EE.EE, hay que soslayar que desde hace algunos años Internet se ha convertido en España en la referencia obligada de todo aquel que busca información sobre salud y medicamentos. Profesionales sanitarios y no profesionales acuden a la red en busca de la información que se necesite. La figura del paciente buscando en la enciclopedia de casa y ciertos libros de consulta, ha sido sustituida por un paciente que busca en Internet sobre la enfermedad que sospecha tener y después de visitar al médico, comprueba que efectivamente el diagnóstico se corresponde con los síntomas y con el tratamiento (en todo ello tiene mucho que ver el “Doctor Google”). La relación médico-paciente aumenta con el paciente instruido, participativo y colaborador, e Internet no es un obstáculo, sino un potenciador de esta relación. Nuestros estudios nos demuestran este resultado, que contrasta con los que a priori y sin estudiarlo dicen y piensan que Internet es un obstáculo la praxis médica y la relación médico-paciente (**Figura 1**).

Hemos desarrollado estudios de calidad de Internet en cuanto a las necesidades de información que satisface este escenario para con los medicamentos. Los resultados sobre los contenidos esenciales de la información de los medicamentos de prescripción han sido de escándalo pues de las 8.251 páginas estudiadas de webs en español, sólo 36 (0.4 % del total) fueron consideradas de utilidad para el paciente. (Med Clín (Bar) 2007; 128: 504; Clin Pharmacol Ther 2007; 81 (Suppl. 1): S67) (**Figura 2**).

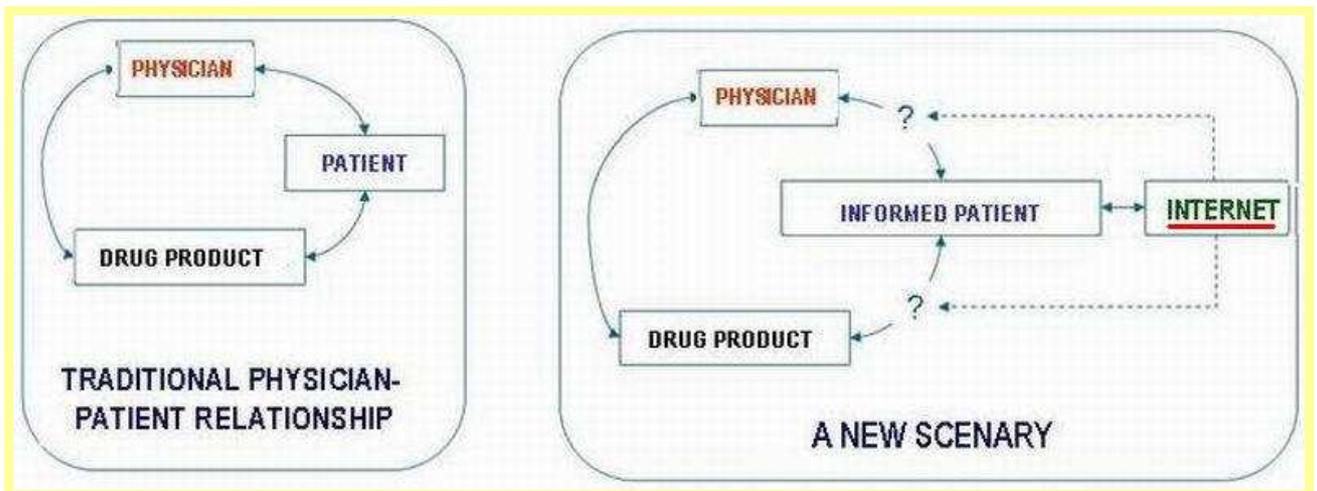


Figura 1: El papel de Internet en la recogida y explotación de información sobre salud y medicamentos, y sus consecuencias en la relación médico-paciente

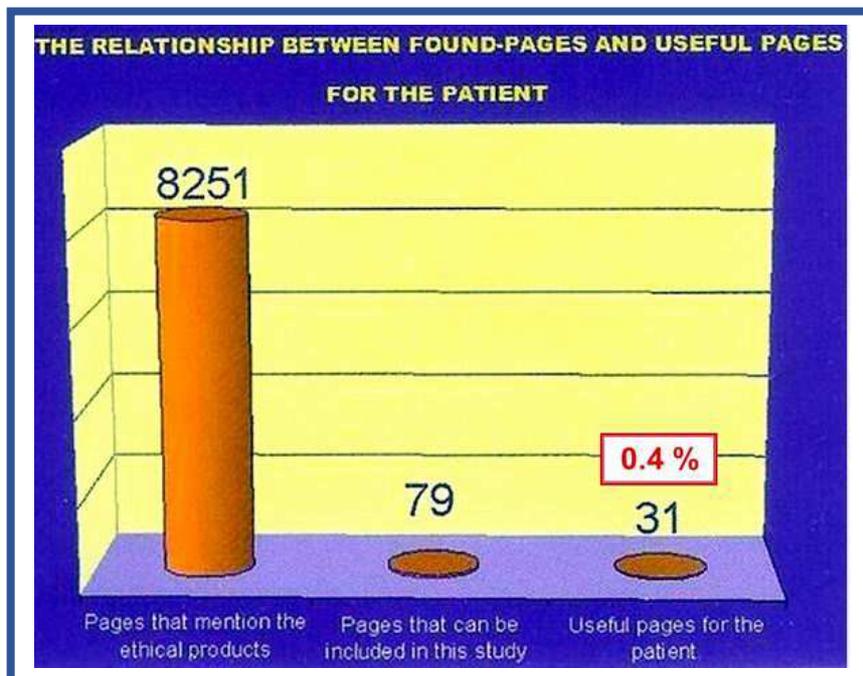


Figura 2. Véase el texto (Alloza JL, Formigós JA. Information about prescription drugs in Spanish language websites on the internet is incomplete. Clin Pharmacol Ther 2007; 81 (Suppl. 1): S67.)

Las ventas y compras por Internet de productos relacionados con la salud son por otra parte preocupantes, el engaño y los productos “fake” (falsos) es lo habitual. Por poner algún ejemplo de actualidad, resulta que algunos escultistas sufren las consecuencias del efecto “fluffing” (espongiforme) que es un tipo de grave deterioro sobre la musculatura, pues se inyectan localmente sustancias de efectos perniciosos de un producto denominado Synthol™, que además tiene dos registros con el mismo nombre, de diferente actividad y utilidad (uno dar brillo a la piel, el otro un locutorio) lo que llega a confundir mucho más al consumidor. Y es normal que en aras de la salud pública que tanto Instituciones como la propia voz de las Admiraciones censuren la compra de productos farmacéuticos fraudulentos por Internet sin el control que hoy día puede establecerse y que pueden ejercer los Estados. En Internet procedemos a múltiples transacciones de alto interés para el ciudadano, de servicios, y de salud, que disponen de mecanismos de protección que avalan tales operaciones. Internet es un gran avance para la ciudadanía cuando se utiliza correctamente.

Por lo tanto no podemos condenar a Internet y tener reticencias preconcebidas por su mal uso, sino que en esta extensísima plataforma de información de todos los tipos, donde hay multitud de aplicaciones científicas, de utilidad profesional, y de un “no va más” de servicios de telemedicina, como diagnósticos médicos, transmisión de datos, urgencias médicas, apoyos para discapacitados, enfermos crónicos, y un sin fin de pacientes necesitados por diversas situaciones de tipo sanitario, y son de alcance global, esto es en todo el mundo y a la vez.

Deseo hablar pues de los servicios de Internet, y hacerlo a favor de aplicaciones que afectan a la investigación clínica, como por ejemplo disponer de unidades posológicas (comprimido, cápsula, etc.) con un chip o equivalente integrado que permite saber el cumplimiento terapéutico del paciente en tiempo real en cualquier parte del mundo, que por ejemplo es de tanta utilidad en los ensayos clínicos con sumas de inversión económica de bastantes millones de euros. La posibilidad de exploraciones de signos vitales, y de variables cardiacas que desde un androide puede dar información en tiempo real a gran distancia como un servicio de un hospital; entonces hablamos de telemedicina, que no tiene techo en su expansión (**Figura 3**).

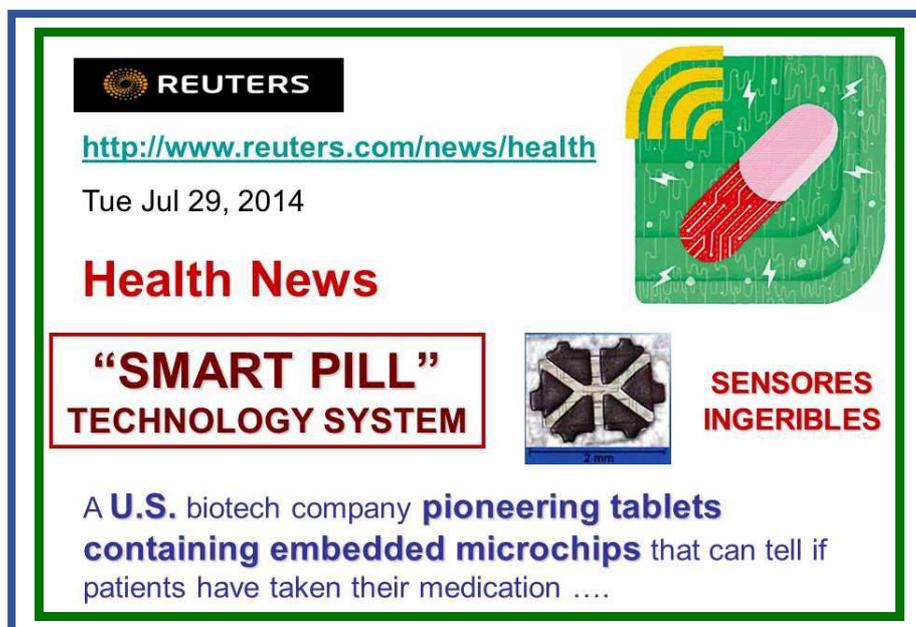


Figura 3: La “pastilla inteligente”. El sensor incorporado al comprimido está confeccionado con ingredientes encontrados en los alimentos. Un parche externo, por ejemplo, capta las señales de respuesta variada como la propia farmacológica y las envía a un androide u otro periférico.

MÉDICOS Y PRÁCTICA MÉDICA

Pues bien, los médicos parecemos “acomplejados” cuando los que no saben de medicina, en muchas ocasiones los políticos no bien informados nos imponen conductas totalmente rechazables. Y habrá que tomar medidas en el escenario de la salud de nuestros ciudadanos. (Recuerdo ahora aquel Ministro de Sanidad del Gobierno del Sr. González que decía que “que los españoles no hacían el amor”, y el caso de la Colza, tantas veces repetido, que el causante es un bichito que si se cae se la pega). Hay un largo etc. que afecta mucho más directo a la praxis exclusiva del médico, donde otras carreras juegan con ese “borde-line” de separación.

Y digo MEDICO y no “facultativo” que se refiere a muchas cosas, entre ellas al “médico”. En definitiva que cada cual haga y hable de lo que sabe, y por eso decimos “zapatero a tus zapatos”. Esta realidad es imposible de evitar: La gente, en general, tienen por norma hablar de fútbol, de política, de derecho y de medicina como si fueran expertos. Algunos que han recibido una formación básica para atender a necesidades del consumidor de productos cosméticos, hasta se creen verdaderos dermatólogos. Pues bien lo que tienen son clientes, no

pacientes (que son exclusivamente del médico). Claro que es buena la formación y tener una experiencia profesional, pero la actividad del médico práctico no es suplantable por nadie. Y no podemos dejar de decirlo. La formación del médico consiste en una carrera que podemos llamar “esférica”. Desde el primer curso de Medicina hasta el final, que todo gira alrededor del paciente –y se lo digo a mis alumnos- pues todas las materias de medicina se complementan para dar una formación completa sobre el abordaje del paciente; exactamente así, como las capas de la cebolla. Esta consideración no es generalizable en otras carreras sanitarias, por mucho que se empeñen. Pues bien, estemos los médicos en paz y dejemos de que tantos desinformados en España sigan inventando la “rueda”, sí la rueda de la Sanidad. Al final todos concluirán –como lo demuestran los ciudadanos- que la profesión médica es la más importante para el paciente, la que resuelve todos los temas del paciente, de sus cuidados médicos, desde el diagnóstico, el tratamiento, el seguimiento del paciente, hasta lo más íntimo personal, su autoestima, donde recae toda la confianza del que se siente enfermo.

La realidad cae por su propio peso. Esa relación médico-paciente es sagrada, y debe de perseverar como siempre ha sido. Aunque nos preocupa mucho el momento actual por las ligerezas de interesados en ser “*Little Doctors*” que pretenden suplantar la medicina que ejercen nuestros profesionales médicos. Sin embargo nos duele por la simplificación de conocimientos que hacen del ejercicio de nuestra medicina pública y privada. Lo peor, que los políticos que nos dirigen nos ignoran, no saben, no entienden, no se enteran, no quieren tomar nota. Y por activa y por pasiva se lo estamos diciendo.

No cabe otro marketing, nada que ver con las continuas provocaciones del actual que sufrimos en nuestra profesión, y es la pura realidad que el defendible es el médico, quien soluciona al completo lo más importante y trascendental para el paciente, se mire por donde se mire: Algo que solo lo puede hacer el médico, en mayúsculas, y nadie más.

Es muy cierto que existió el equipo de profesionales sanitarios, pero hace ahora 15 años en los que se puede contemplar los desaires y malestar. Sería conveniente volver a las andadas, rectificar y dar a cada uno lo que le corresponde, también al sentido común y a la inteligencia lo que es suyo; pero sin entrar en la política tan errática y sesgada a la que nos referimos. Profesionales con profesionales.

En estos tiempos nuevos parece que la historia pretérita de la medicina no existe, y que lo nuevo, y sin mirar atrás es lo mejor. Y hay que recomendar a muchos médicos y sociedades médicas que hay que leer más, hay que aprender de la experiencia del pasado, de los otros

colegas médicos especializados, no pasar por alto esto, y que hay que estar informados de lo que hacen otras sociedades, y otros médicos especialistas; todo ello muy relacionado con la terapéutica, y los medicamentos y su universo clínico. El desconcierto de tantos años en la cabeza de la OMC nos obliga a pedir que los médicos defiendan su profesión de forma mancomunada, atendiendo a los principios que rigen nuestra profesión, aparcando las diferencias políticas. La defensa de la profesión es algo de lo que carecemos, y hace falta cultivar todo lo que une a la profesión, tal y como se concibe fuera de España, algo que tiene un contenido gremial en el hacer, y bueno en su fuerza. En todo esto hay una denuncia, efectivamente, pues diciendo las cosas por su nombre, y sin mala intención, estamos seguros que se nos va a entender (pero desconfiados en que se nos haga caso). Pero que nadie se dé por ofendido. Nuestras discrepancias se hablan en casa; y los médicos tenemos nuestra casa.

Vayamos ahora al tema de la prescripción. La prescripción propiamente dicha en personas es un acto, específico y sin fisuras, completamente médico. Es precisamente el médico quien puede diagnosticar, tratar realizar todo lo que concierne a su desarrollo. Ya sé que me repito con lo que anteriormente he dicho, pero hace falta que este mensaje tenga calado. Pero lo mismo sucede con lo que la clínica manda: El seguimiento del paciente, la evaluación de lo que acontece en cada momento, el pronóstico de ese paciente, es exclusivamente un acto del médico. No hay ningún intermediario. Quien se meta en esta actividad irrenunciable del médico está interfiriendo la relación médico-paciente, en la cual se basa todo acto médico.

COSAS DE NUESTRA SANIDAD

La Sanidad española –en contra de lo que leemos en la prensa sanitaria- no necesita de “*Little Doctors*” de los estadounidenses (no tiene una traducción precisa, posiblemente “*pequeños doctorcillos*”). Lo que necesita es que haya auténticos médicos. En algunos casos hasta se atreven a dictar normas de prescripción a Jefes de Servicios especializados y hospitalarios.

Pues muy bien, que digamos las cosas por su nombre: La intromisión en el acto médico por personas sin la debida calificación, y sin el título de medicina, se llama “intrusismo”. Y hay que poner barreras y alertas contra un intrusismo que alcanza copas de tolerancia; como un “mal menor” que se está soportando, creo que en exceso. La Ley que no

respetar estos principios –que son los que necesita el paciente, y además por los que se rige el mundo occidental – merece ser devaluada. Y lo peor, que cuando hablamos del medicamento, y este está en las manos de quien no sabe de su evaluación clínica, se pasa de un bien de alto valor se pasa a derivación inaceptable, de resultados inesperados (malos y peligrosos). Y es que la experiencia clínica, el saber prescribir no es cuestión de bases de datos, es mucho más, es el ensayo clínico que denomino de “controles históricos” porque el médico compara su experiencia anterior ante la novedad terapéutica en sus pacientes. Y este ensayo, sólo, sólo el médico lo sabe hacer; nadie lo puede reemplazar. La libertad del médico en la prescripción debe ser respetada en beneficio del paciente. Que hayan supuestos casos de médicos no actualizados en terapéutica no echa por tierra lo que decimos, y además son las excepciones de cada profesión.

Nuestros políticos han puesto sus miras en lo objetivable, esto es, números y aritmética sencilla, pero sin tener en cuenta que la selección del “medicamento de elección” (“*rational therapy*”; “*appropriate therapy*”) para ese paciente determinado puede ser un ingrediente económico de ahorro y de ventajas; y no un elemento tan solo de gasto. Las repercusiones de una restauración rápida de la enfermedad, y los beneficios sociales e individuales, son criterios económicos nada desdeñables, que merecen ser estudiados y aportan “**valor**” al medicamento. Lo más singular en el control es el “gasto farmacéutico” sin ver otros elementos económicos del gasto sanitario menos transparentes.

Pero ahora tenemos la impresión que nuestros políticos han erigido como primer actor en la sanidad a la “farmacia” como elemento de cambio. Nos preguntamos ¿Qué cambio desean? Se consigue ignorar (al menos en la prensa, más que en la realidad de cada día) que lo que tiene que recibir el paciente son los cuidados efectivos, y que el ciudadano de calle también en lo que se refiere a su calidad de vida por el trabajo bien hecho en la salud pública de los médicos. Señores políticos, que se está ignorando al médico, esto es, se pretende reemplazar al médico por otro profesional. Tenemos la impresión que se copia muy mal de los EE.UU., y se cae en el grave error de comparar los sistemas sanitarios y la forma de proveer servicios, como si tal cosa, y fueran superponibles. Culturas diferentes, sistemas de gestión distintas, y profesionales sanitarios (estudios diferentes), ni son comparables, ni son extrapolables, sin más ni más. Eso sí, se puede aprender mucho en la gestión de los estadounidenses, y muchas veces hemos recomendado a los que nos gobiernan que se vayan de sabático a aprender en el marco de la FDA, el NIH, y hospitales comarcales (esto es, que no inventen la rueda en cada legislatura).

La salud es un bien muy sensible para el ciudadano que va a votar en las elecciones, y éste no se va a dejar engañar con parches, o políticas que les distraigan de su elección fundamental, que es la calidad de los servicios y cuidados que les proporcionan sus médicos.

PRESCRIPCIÓN MÉDICA Y RECETA MÉDICA

Lo que sigue podría ser lo que justifica todo lo que precede, el haberme puesto a escribir sobre la prescripción, un tema donde hay doctos, conocimiento, avances, y calidad. He pretendido hacer un análisis del entorno, de lo que nos preocupa a los médicos, del medicamento, de la legislación y de normas, de tal manera adivinamos la creación de un barrizal que contiene mucho de “orden y mando” sin oír al disentimiento democrático por múltiples razones, entre ellas: La profesión en su momento actual, la necesidad de aprender de otros, los avances en optimizar resultados con nuevas tecnologías, y la experiencia acumulada de los otros pensantes, tantas veces ignorada.

Hablemos un poco del significado de la prescripción, y coincido con las ideas buenas expuestas recientemente en la prensa, tales como la selección individual del medicamento apropiado para ese paciente y sus circunstancias actuales (diagnóstico, edad, patologías asociadas...), y el saber hacerlo entre otras alternativas, y barajar los conocimientos en farmacología, así como su experiencia clínica anterior (controles históricos), y pautar la dosis más adecuada (pensando en la farmacología clínica del producto), y llegar a la conclusión con el paciente que este asiente al aprender de cómo debe tomarlo, e informado de los pros y los contra de lo prescrito, se interesa por su medicación, y finalmente va a cumplir. Una transacción que no tiene precio, pues el paciente otorga su confianza en su médico. Hablemos también ahora que el concepto de “terapia racional” del día a día y en nuestros hospitales, ambulatorios y demás no coinciden con este criterio, sino con la idea de lo más barato, tristemente. Hay mucha bibliografía al respecto para hacer esta asunción. La “*rational therapy*” y la “*appropriate therapy*” anglosajona, es otra cosa a nuestra “terapia racional” (economicista, exclusivamente).

Ahora bien, ¿de qué nos vale elegir un medicamento, el apropiado para el paciente, si luego, no se le da en la farmacia al mismo?

Es de reconocer aquí el mérito de la industria farmacéutica innovadora, que cuando pierde su marca baja los precios (no tiene otra forma de

competir) cuando aparece el medicamento genérico. Pues bien, si a igual precio que el genérico tengo el medicamento innovador, ¿por qué la Administración hace tal discriminación, y pide al farmacéutico que dispense el genérico? Creo que alguien podrá darme una explicación, no me vale el comentario de que el medicamento innovador no se encuentra en el Glosario de la Seguridad Social. (Figura 4)

Logo of COFM (Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid) featuring a caduceus and the text "COFM COLEGIO OFICIAL DE FARMACÉUTICOS de MADRID".

COLEGIO OFICIAL DE FARMACÉUTICOS DE MADRID
INFORMACIÓN
PARA USUARIOS DE LA FARMACIA

La normativa vigente **OBLIGA** al farmacéutico, cuando el médico receta por principio activo, a dispensar el medicamento de precio más bajo, y en caso de igualdad de precio, el GENÉRICO en vez de la marca comercial.

Gracias por su colaboración

Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. (Modificada por Real Decreto -Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del SNS y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones) Mayo 2012

Figura 4. Circular del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid.

De forma simplificada comento lo que tantas veces aparece en los libros de texto, como las seis reglas de oro para la prescripción, sobre lo comentado anteriormente, del paciente apropiado, el medicamento apropiado y su indicación correcta, la dosis correcta, vía correcta, pauta correcta, fecha correcta, y añadiría sobre todo esto que el buen diagnóstico (o la opción más verosímil) debe de prevalecer sobre todo lo demás. No creo que deba extenderme más. (Figura 5)

PRESCRIPCIÓN MÉDICA

- Rigth Patient** - Paciente apropiado
- Rigth Drug** – Medicamento apropiado
- Right Dose** – Dosis correcta
- Right Route** – Vía correcta
- Right Frequency** – Pauta correcta
- Rigth Date** – Fecha correcta

"6 Rs" americanas
CONCLUSIONES MEDICAS

Figura 5. Ingredientes clínicos de la prescripción

Sobre la prescripción médica y sus consecuencias hay que ahondar en otros terrenos, más que en las formas. Fijémonos en lo que importa al paciente, en lo que importa a los que desean curar, a los que dispensan, así como a todos los mecanismos de información (sinergismos y correlaciones tecnológicas en toda la cadena sanitaria), importa a la formación del paciente, y al mismo Estado que tiene que velar porque el presupuesto a veces –con crecimiento en espiral- se pueda llevar a cabo.

Lamentamos la precipitación de la OMC de aceptar sin discusión abierta los cambios propuestos por la Administración del Estado sobre la receta privada, aceptando el “Real Decreto 1716/ 2010 sobre receta médica”. Y nos quedamos estupefactos. Observamos que hay que pagar por un modelo nada satisfactorio, impuesto como una condición para ejercer, sin libertad para transformar nuestra prescripción privada, sin diferenciación con las recetas de la Seguridad Social, donde el “cupón precinto” es algo serio, pues hay que pagar o cobrar (según se mire), y por tanto esencial en el control económico, pues las recetas de la SS tienen un parecido a un cheque bancario. En su momento estos talonarios de la medicina privada me produjo un sobresalto. Entiendo que no son viables, y va a contracorriente en las opiniones de los países occidentales (**Figura 6**).

BOE BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO

Núm. 17 Jueves 20 de enero de 2011 Sec. I. Pág. 6306

I. DISPOSICIONES GENERALES

MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD

1013 **Real Decreto 1718/2010**, de 17 de diciembre, sobre receta médica y órdenes de dispensación.

MEDICO: RECETA MEDICA

ENFERMERO: ORDENES DE DISPENSACION

Figura 6. Boletín Oficial del Estado: Receta médica / Órdenes de dispensación

Que nuestros colegas dirigentes vayan a la *American Medical Association* (a su sede en Chicago, Illinois), a enseñarles el “avance” en la prescripción mediante estas recetas. Resulta que no se menciona la palabra “médico” quien es el que debe de firmar las recetas, y por el contrario aparece “prescriptor” (tantas veces repetido en el RD arriba mencionado). ¿De qué seguridad se habla?

Me gustaría saber cuántos médicos disienten. Parece que hubo gran entusiasmo en la Comunidad Andaluza. Confío que se nos diga algo a los que queremos valorar este avance. En el formato a rellenar en forma de talonario ya sólo nos falta que aparezcan los rectángulos de los cupones. ¿Dónde está la libertad de actuación de los médicos? Parece que hemos de pasar por los aros, los embudos, el “imperativo legal”, como si se tratase de una medicina de un país de esos, como ya se imagina el lector. **(Figura 7)**



Figura 7: Talonario que ha de pagar el médico privado, que repercute beneficiosamente en la OMC.

No he visto cosa igual. Someter la libertad de prescripción a criterios administrativos cuando nunca los hubo; es el caso de no poder prescribir dos productos uno farmacéutico y otro no, en la misma receta. Efectivamente habrá que armonizar los contenidos de una receta porque la telemática, los “software” etc., nos ayudan a realizar mejor nuestros cometidos, pero cuando hay algo que funciona y define al médico que soluciona problemas, y que escribe en su receta no solo los medicamentos prescritos, sino también la forma de administración, consejos y detalles para llevar a buen término el cometido de la prescripción, es para que el paciente cumpla correctamente (“*Compliance*”, cumplimiento terapéutico, lenguaje médico)

Recuerdo todavía cómo el Colegio de Médicos de Barcelona hizo público un modelo de receta para el médico privado para dar homogeneidad al tema, y me pregunto ahora cuál es la aportación real de lo nuevo. Estoy de acuerdo que puede haber falsificación, y la hay, y la habrá por la condición del hombre; pero no creo que esta receta lo pare. Hoy en ninguna farmacia de España puede ignorarse a cualquier médico colegiado, porque a través de sistemas informáticos tienen toda la información de ese médico. A qué viene tanta prisa. Al menos discutamos el tema. Pues bien, como decía la tecnología nos aporta medios contra la falsificación, que se pueden ajustar, modificar por el médico a su gusto, y cuando quiera. Que le identifique, sus datos de filiación profesional, títulos y reconocimientos. Todo ello en una “matriz de puntos”, que coincide con el denominado QR (Quick Response Code-Código de respuesta rápida). La “autenticación” de los médicos que prescriben en Europa es una nueva tarea en marcha en la Unión Europea, pero ante los datos entre médicos y dispensadores, el trabajo va para rato (**Figura 8**)



Figura 9: Documento de la Comisión Europea (2012)

En cuanto a la Enfermería las “órdenes de dispensación” colman sus necesidades profesionales, y entiendo que no hay que buscar oportunismo político (que sabemos mucho de ello) y llegar a criterios de consenso sobre los conocimientos, y estudios de farmacología que hagan compatible ese compañerismo y suma de esfuerzos que siempre ha presidido el entendimiento profesional. Como ya he dicho antes con la palabra facultativo, deseo que Enfermería no persiga ser una “enfermería-facultativa”, como he llegado a leer en algunas noticias.

RECETA MÉDICA “ONLINE”

La telemática nos ofrece grandes cosas. Desde aproximadamente 1985 que las tarjetas de la Seguridad Social de nuestros ciudadanos que venían provistas de dispositivos para que indistintamente se utilizaran en todo nuestro País y sin problemas. Pues no, a pesar de las grandes inversiones la transferencia sanitaria a las 17 Autonomías hizo que este objetivo fuera un fracaso. Estamos ahora en un momento interesante; es posible que las aportaciones telemáticas que se están desarrollando, sean intercambiables en estas tarjetas de los ciudadanos.

Si la “receta electrónica” se instala en todo el territorio, tendremos un record histórico que celebrar, pues además de la intercambiabilidad entre ellas para este menester, hay posibilidades de aplicaciones médicas y epidemiológicas muy interesantes.

De la receta electrónica no voy a hablar, sencillamente que tiene una serie de exigencias para el paciente, el médico, y el farmacéutico, que son totalmente lógicas en un sistema informático llevado a esta aplicación (**Figura 10**).

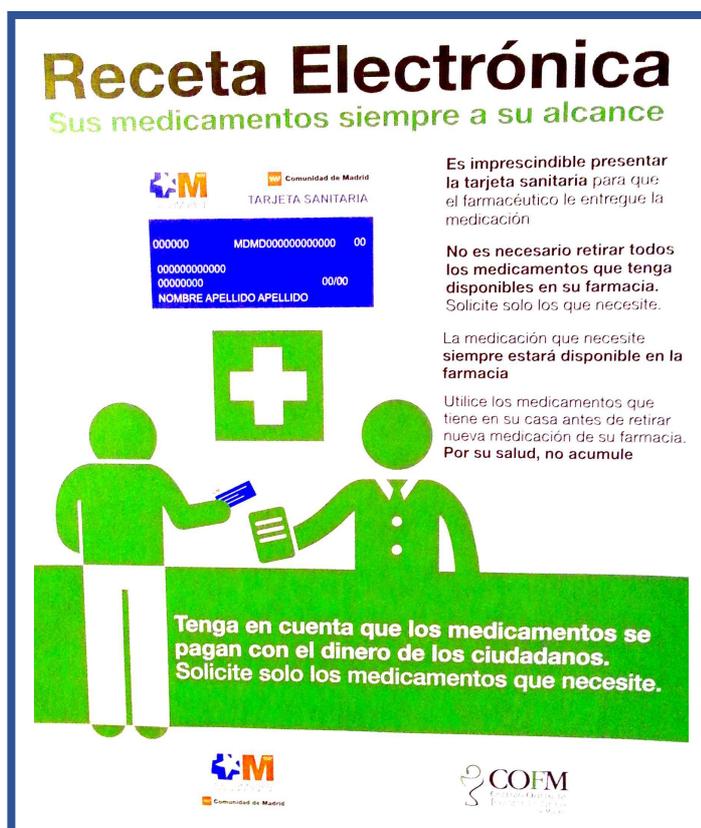


Figura 10: Panfleto de divulgación entre los ciudadanos madrileños

He podido leer en cierta prensa sanitaria que la receta médica online es un disparate: Unos la califican como “receta a la carta”, otros cuestionan su legalidad. Creo que hay mucha alegría en los periodistas de titulares, que entiendo que saben poco de la prescripción médica y su historia, y por otra parte ignoran el futuro que Internet depara para el paciente y su médico. Reiteremos aquí y ahora, “que si no existe crítica, no hay progreso”. Por tanto voy a presentar alternativas a esos pensamientos poco fundados y acusadores. Y lo hago en función de mi experiencia profesional de especialista en farmacología clínica, y como médico. He vivido varios países involucrado en temas de salud, y tengo experiencia de médico práctico, a nivel rural (con y sin la Seguridad Social), hospitalario, y privado.

Esta actividad de que un médico totalmente informado de un paciente, con las debidas cautelas profesionales utilice “la receta médica online”, para facilitar a un paciente el tratamiento de otro médico que además es privado de lo que se denomina Asistencia Sanitaria Privada , consiste en una innovación positiva en el ejercicio profesional de la medicina.

Creo que la confusión aparecida “a bote pronto”, según la entiendo ante la “receta médica online”, ha sido porque no se han separado dos cosas, complementarias, pero diferentes:

- 1) Que el acto de prescribir se hace ante el paciente físico, con todas las consideraciones que podremos consensuar.
- 2) Que no hablamos en la “receta médica online” de prescribir ante paciente, sino de hacer extensión de un tratamiento previamente consensuado por un médico y su paciente, y que el paciente solicita una receta médica a otro médico facultado para hacer una extensión de su tratamiento, utilizando la telemática. En este proceso entraríamos en los ejemplos de la receta electrónica a efectos de la dispensación, y en las cuestiones éticas de la profesión médica. Y en la receta que se practica online a modo de la de los EE.UU. y las denominadas “*Computerized Prescriber Order Entry*” (CPOE).

Una vez más la tecnología y su innovación en diversas aplicaciones ciega la realidad. Antes de un “no” hace falta ponerse en el buen uso, en la rentabilidad y facilitar al paciente cuestiones que le son importantes. Además recurrir a un médico, o a un procedimiento donde hay un médico para ejercer como tal es más deseable que dejar a este paciente abandonado.

No voy a hablar de los negocios de Internet, porque esto no tiene nada que ver con nuestro tema (las falsedades, engaños, etc). En mi primera parte me ocupo de esto. Hace falta ver la buena utilización de

la telemática, y cómo ésta y con médicos cualificados resuelven problemas de la praxis médica del día a día.

Hace falta que el interesado por este tema vaya a la Web www.recetamedicaonline.es, tal y como yo hice, y revisé todos los contenidos. No encuentro fallos desde mi visión de médico práctico, farmacólogo clínico, ni desde el punto de vista deontológico y legislativo. Entiendo que es un servicio de gestión sanitario de ayuda al médico y al paciente.

A modo de revisión rápida apreciamos que los médicos que reproducen una receta actúan con las garantías de un buen trabajo, y aunque la mala fe de solicitante pudiera aparecer, todo quedaría registrado y consignado. Se dotan como es natural de una anamnesis y un consentimiento informado (necesario en toda manipulación de datos clínicos). No hay engaño a nadie, no hay ninguna falsificación que dicen los que hablan por hablar, y se dispone de un historial del paciente sobre el que gravita la extensión de la receta. No se pone en riesgo a nadie. No se trata de reproducir el escenario de una consulta, sino de dar solución a un problema de un paciente con respecto a obtener sus medicamentos de la farmacia, presentando una receta que los avala. Los médicos actúan con prudencia dentro de un contexto que es escribir el documento que se solicita, esa receta médica que le permita ir a la farmacia y obtener su medicación.

No es cuestión de anticiparse como espectador a las noticias, que lo que se discute es abrumador. Sino de ser médico para juzgar desde su experiencia el “cómo cubrir esta necesidad”. No valen opiniones de los que no son médicos, y simplemente atrevidos. Seamos realistas. El médico es quien concibe este instrumento puesto a su disposición para poder dirigir sus recetas a otros médicos (que tienen una estructura ideada para tal fin) que se las continuarán haciendo, ya sea en su ausencia, por falta de tiempo, o por la localización de sus pacientes, en la distancia. Luego lo que se consigue es algo muy positivo desde el punto de vista de la salud pública: Solucionar un mar de dudas: a) Por un lado como lo va a resolver el paciente necesitado; b) por otro evitar la implicación de la farmacia, que en muchos casos y con buena fe, llega a atender a este paciente c) dar una respuesta a través del médico “receta-medica-online” quien le facilita la receta, y aporta una supervisión directa de médico.

Nos encontramos con una solución a los problemas de la falta de la receta para continuar un tratamiento. Apreciamos que se opera con la deontología que dirige los actos médicos. Los temas que aborda es la patología más común y general para con la medicación, y no tiene nada que ver con los denominados “estupefacientes” (medicamentos que producen adicción), ni con medicación de uso exclusivo hospitalario. Hay una acreditación por el paciente de su médico prescriptor, el que le puso el tratamiento. Hay una protección de la confidencialidad de los datos del paciente, y los de carácter personal (Ley Orgánica de Protección de Datos 15/1999). Utiliza sistemas encriptados, que permitan codificar la información para protegerla frente a terceros. Reúne los criterios de una receta electrónica, y deja constancia escrita de las recetas emitidas. Resuelve los temas de prescripción médica de dispensación renovable. Y tiene una dispensación personalizada, y garantizada, mediante una oficina de farmacia determinada, exclusiva y próxima a su domicilio.

Finalmente, y por si fuera poco para los detractores de esta idea, les recomiendo que se lean al menos el contenido de esta Web de la FDA: <http://www.fda.gov/downloads/Drugs/ResourcesForYou/UCM133237.pdf>. Queda claro que la telemática nos abre horizontes. Dejemos andar a la innovación y que la medicina progrese en sus múltiples facetas, y no nos anticipemos con poner palos en las ruedas. El tiempo nos dará la razón. La experiencia de tantos años en EE.UU. nos ayuda a pensar que a lo mejor en España tengamos sus mismos resultados.

A los que me sigan por mi artículo, decirles que más adelante podré desdeñar otras cuestiones relacionadas con la prescripción y sus aplicaciones en nuestro entorno. Por suerte me encuentro entre 150 participantes en una plataforma que pretende mejorar el universo de la prescripción. El hospital Brigham and Womes’Hospital Center / Harward University tiene fondos otorgados por la AHRQ para sacar adelante un gran proyecto que incide en la seguridad de la prescripción, de tres años de duración. De esto hablaremos más adelante.

Aprovecho finalmente para hacer una reflexión que nos sirva de coalición, y es que los sanitarios debemos de hacer un frente común para con la sanidad en beneficio de todos los ciudadanos, y que las diferentes acepciones que nos puedan separar se contemplen con una visión crítica, operativa, y de servicio. **(Figura 11)**



Figura 11: “Juntos podemos hacer mucho más. Sé una parte de nuestro éxito en Farmacología Social” .

Por otra parte creo que la farmacología social que -compete a todo lo relacionado con el medicamento comercializado- nos puede ayudar a superar diferencias, y conseguir objetivos de sumar conocimiento en favor de la sociedad y de los pacientes, porque todos deseamos este bien que está por encima de los intereses individualidades.

Desde mi Universidad miembros como quien suscribe estamos dispuestos a colaborar con todos los profesionales sanitarios, la Industria Farmacéutica, los medios de comunicación (HIT, “*health information technology*”), y la propia Administración en beneficio recíproco de adquirir conocimiento, generar investigación y desarrollo de programas sobre el medicamento que redunden en mejores servicios para el individuo, y sociedad.

© Copyright - Propiedad Intelectual
Prof. José Luis Alloza, MD, PhD. 

