

LA LIBERTAD DE PRESCRIPCIÓN ES UN DERECHO DEL PACIENTE Y, COMO CONSECUENCIA, UNA OBLIGACIÓN DEL MÉDICO.

Libertad de prescripción es un grupo nominal ambiguo porque puede vulnerar el principio de no contradicción, según el cual una cosa no puede ser simultáneamente algo y su contrario. Como no todos los médicos están igualmente informados y formados sobre los BRIC¹, ante un mismo paciente hipotético un médico óptimamente informado y formado podría prescribirle óptimamente, mientras que otro subóptimamente informado y formado podría prescribirle subóptimamente, y sin embargo ambos podrían invocar a su libertad de prescripción para defender sus distintas y distantes actuaciones para el curso del paciente.

Para desambiguarlo, de modo que no vulnere el principio de no contradicción, en una disciplina de acción, hace falta añadir el fin último de la libertad de prescripción (“*para qué*”), y nos encontraremos con que es “*para el bien último del paciente*”.

Así entendida, la libertad de prescripción se constituye en un derecho del paciente y, como consecuencia, en una obligación del médico. Es el paciente el que exige al médico que esté libre de barreras internas y externas para conocer con precisión la mejor evidencia disponible en forma de BRIC y traducirla en acción.

Las barreras internas se refieren a los sesgos cognitivos de la mente humana² y las limitaciones de la cognición³.

Las barreras externas son las que, expresa o tácitamente, lo constriñen desde fuera quebrando la lealtad con el paciente: conformidad con el grupo, obediencia a la autoridad, conflictos de intereses económicos o de defensa de la imagen, colusión contra el paciente por una inadvertida lealtad a la industria farmacéutica u otro lobby de presión.

El paciente espera del médico que, en función de su competencia, le informe de ese balance BRIC, de modo que, tras una discusión tácita o expresa, éste otorgue o no su con-sentimiento en el marco de sus valores y preferencias.

¹ BRIC significa balance de Beneficios menos Riesgos añadidos que justifiquen los Inconvenientes y los Costes.

² Los errores más importantes que el médico debe evitar son: el sesgo de disponibilidad, la ilusión de la validez, el descuido de la probabilidad, el sesgo de confirmación, el efecto marco, la falacia *post hoc* y la falacia de la verdad a medias.

³ Las limitaciones de la cognición se refieren a la dificultad de comprender y manejar sistemas complejos. Un sistema es un conjunto de variables interrelacionadas, y al actuar expresamente sobre una se afecta impresamente sobre las demás. Se nos enseña a tratarnos con una variable simple con buena voluntad, con o sin talento adicional, pero sin tener en cuenta las demás. Dietrich Dörner, en su libro *La lógica del fracaso*, nos recuerda que la buena voluntad no necesita ningún esfuerzo ni ejercicio cognitivo. Y el talento nos puede llevar a actuar explícitamente sobre una variable simple, olvidando que estamos actuando sobre un sistema complejo, en el que sin querer estamos influyendo implícitamente sobre otras variables que no estamos teniendo en cuenta.

El médico estaría ejerciendo la libertad de prescripción a la que tiene derecho el paciente en un escenario como éste:

Razón ético-científica para utilización de medicamentos, precisada mediante un balance BRIC				
Riesgo basal* de paciente	Disminución del riesgo basal asociado a la intervención: EFICACIA = BENEFICIOS	Aumento del riesgo basal asociado a la intervención: SEGURIDAD = RIESGOS AÑADIDOS	Inconvenientes	Costes
Existe la evidencia desde Estudios Observacionales u otros estudios científicos	Existe la evidencia de la disminución del riesgo basal desde Ensayos Clínicos o Estudios Observacionales.	Existe la evidencia del aumento del riesgo basal desde Ensayos Clínicos o Estudios Observacionales.	Los "Inconvenientes" son la valoración específica de cada individuo sobre la disminución de su calidad de vida (más allá de los riesgos), en el marco de sus valores y preferencias. Es susceptible de ser más profundamente tratado en el ámbito de la autonomía del individuo informado (con-sentimiento intelectual y emocional, no meramente legal) mediado por los costes (como si tuviera que pagarlo él mismo), para extraer el bien del paciente (bien último del	Al menos el coste del tratamiento por día como si tuviera que pagarlo el mismo paciente. Debe tenderse a expresar los costes añadidos y evitados por año respecto a la situación basal sobre la Regla del 1 en el NNT (por cada 1 en el que es efectivo en cuántos no es efectivo); a saber: 1) los costes para los que padecerán el evento incluso con el tratamiento; 2) los costes para los que permanecerán sanos incluso sin tratamiento; y 3) los costes y ahorros para el único paciente en el que es efectivo.
Conoce la evidencia y sabe expresarla en una tabla 2 x 1 que contenga el "Nº y % que permanecen sanos" y "Nº y % que enferman" por año.	Conoce la evidencia y sabe expresarla en RAR (IC 95%) y/o NNT (IC 95%) por año.	Conoce la evidencia y sabe expresarla en AAR (IC 95%) y/o NND (IC 95%) por año.		
Sabe transmitirle al paciente "Nº y % que permanecen sanos" y "Nº y % que enferman" por año en la tabla 2 x 1 y en un gráfico de barras entero.	Sabe transmitírsela al paciente en una tabla de 2 x 2 y en un gráfico de barras que contengan el "Nº y % que permanecen sanos" y "Nº y % que enferman" por año entre los que reciben la intervención y los que reciben el comparador.	Sabe transmitírsela al paciente en una tabla de 2 x 2 y en un gráfico de barras que contengan el "Nº y % que enferman" y "Nº y % que permanecen sanos" por año entre los que reciben la intervención y los que reciben el comparador.		
	Bien tecnomédico: mayor precisión posible en la beneficiencia y no maleficencia		Autonomía e integralidad	Justicia (equidad)
	Autonomía e integralidad del paciente (bien último según sus valores y preferencias), conociendo los costes (privación de otros			
(*) Riesgo Basal se refiere a la probabilidad (o porcentaje) de incidencia de un evento grave (puntuaciones 9, 8 ó 7 de la puntuación ordinal GRADE) en un tiempo determinado. Acudiendo al ejemplo de la enfermedad cardiovascular, la mortalidad tendría una puntuación 9 en el orden de importancias para el paciente, el infarto de miocardio tendría un 8 y la angina de pecho no confirmada tendría un 7. Para la unidad de tiempo utilizamos 1 año, siempre y cuando los estudios han durado un año o más.				

¿Podría decirse que el médico está en condiciones de ejercer la libertad de prescripción en un escenario como éste?:

¿Libertad de prescripción?		
Riesgo basal* de paciente	Disminución del riesgo basal asociado a la intervención: EFICACIA = BENEFICIOS	Aumento del riesgo basal asociado a la intervención: SEGURIDAD = RIESGOS AÑADIDOS
Existe la evidencia desde Estudios Observacionales u otros estudios científicos	Existe la evidencia de la disminución del riesgo basal desde Ensayos Clínicos o Estudios Observacionales	Existe la evidencia del aumento del riesgo basal desde Ensayos Clínicos o Estudios Observacionales.
"Cree subjetivamente" que conoce la evidencia pero no como para expresarla en una tabla 2 x 1 que contenga el "Nº y % que permanecen sanos" y "Nº y % que enferman" por año.	"Cree subjetivamente" que conoce la evidencia pero no como para expresarla en RAR (IC 95%) y/o NNT (IC 95%) por año.	"Cree subjetivamente" que conoce la evidencia pero no como para expresarla en AAR (IC 95%) y/o NND (IC 95%) por año.
"Cree subjetivamente" que podría transmitírselo al paciente pero no como para expresarlo como "Nº y % que permanecen sanos" y "Nº y % que enferman" por año en la tabla 2 x 1 y en un gráfico de barras entero.	"Cree subjetivamente" que podría transmitírselo al paciente pero no como para expresarlo en una tabla de 2 x 2 y en un gráfico de barras que contengan el "Nº y % que permanecen sanos" y "Nº y % que enferman" por año entre los que reciben la intervención y el comparador.	"Cree subjetivamente" que podría transmitírselo al paciente pero no como para expresarlo en una tabla de 2 x 2 y en un gráfico de barras que contengan el "Nº y % que permanecen sanos" y "Nº y % que enferman" por año entre los que reciben la intervención y el comparador.
	Bien tecnomédico: mayor precisión posible en la beneficiencia y no maleficencia	

¿Y como éste?:

¿Libertad de prescripción?		
Riesgo basal* de paciente	Disminución del riesgo basal asociado a la intervención: EFICACIA = BENEFICIOS	Aumento del riesgo basal asociado a la intervención: SEGURIDAD = RIESGOS AÑADIDOS
Existe la evidencia desde Estudios Observacionales u otros estudios científicos	Existe la evidencia de la disminución del riesgo basal desde Ensayos Clínicos o Estudios Observacionales	Existe la evidencia del aumento del riesgo basal desde Ensayos Clínicos o Estudios Observacionales
Ignora el "Nº y % que permanecen sanos" y "Nº y % que enferman" por año.	Ha leído que la reducción del riesgo es estadísticamente significativa pero ignora la RAR (IC 95%) y/o NNT (IC 95%) por año.	Ha leído que el aumento del riesgo es estadísticamente significativa pero ignora la AAR (IC 95%) y/o NND (IC 95%) por año.
Al ignorarlo, no puede transmitir al paciente el "Nº y % que permanecen sanos" y "Nº y % que enferman" por año en la tabla 2 x 1 y en un gráfico de barras entero.	Al ignorarlo, no puede transmitir al paciente el "Nº y % que permanecen sanos" y "Nº y % que enferman" por año entre los que reciben la intervención y el comparador.	Al ignorarlo, no puede transmitir al paciente el "Nº y % que permanecen sanos" y "Nº y % que enferman" por año entre los que reciben la intervención y el comparador.
	Bien tecnomédico: mayor precisión posible en la beneficiencia y no maleficencia	