

Nuevas soluciones tecnológicas al problema de las prescripciones repetidas

J.I. Oyarzábal Camio

En el contexto del Servicio Nacional de Salud, la receta «verde o roja» (¿nos acordamos de las azules?), por ley, es ante todo una factura que debe acompañar cada envase de fármaco y no un documento de prescripción.

El problema de la prescripción repetida (PR) debería por lo tanto resolverse donde se origina, en la ley, con su oportuna modificación, separando la indicación/prescripción, responsabilidad médica, de la provisión/facturación, responsabilidad farmacéutica. Así en el NHS británico, el «Gi Pi» en una modesta cuartilla escribe «Enalapril, 20 mg cada 12 h, tratamiento para un año».

Hoy por hoy, cuando indicamos el enalapril de este modo, ya sabemos que cada 14 días deberemos repetir la receta y empezamos a sudar calculando que ¡son 26 recetas al año!... y ¡sólo de ese fármaco!

La PR es un problema para el EAP por su enorme volumen. Un 10-30%^{1,2} de la población tiene una PR, según centros y porcentaje de población pensionista, con un promedio de 3,5 fármacos/persona, lo que en un centro de unos 20.000 habitantes supone unas 600 consultas/mes y un total de 90.000-100.000 recetas/año. ¿Podemos ver los bosques talados y los ríos de tinta contaminante que este proceso consume?

Se calcula³ que un 50% de las consultas en un centro «no organizado» se originan por un motivo administrativo previsible (o sea, burocrático), como lo es la receta repetida. Definido así el problema, el objetivo es no ver nunca a un paciente en consulta para

hacerle una receta repetida y poderse administrarla de la forma más simple posible. Conceptualmente, debemos separar las tareas administrativas de las sanitarias. La indicación y su valoración periódica son un acto sanitario, mientras que repetir y entregar un documento, la receta, es un acto administrativo. Ambos procesos deben gestionarse en ámbitos y circuitos diferentes (aunque obviamente intercomunicados), clínico y administrativo respectivamente.

Otro punto debatible es definir qué productos farmacéuticos deben ser incluidos como PR (VINES...). Mi respuesta es todos. Si lo vamos a prescribir de forma repetida, beríamos incluirlo, cualquiera que sea el producto. Hago notar que ese «todos» debería incluir los medicamentos no financiados. Si el servicio de salud correspondiente (Osakidetza, INSALUD...) no incluye el anticonceptivo o el sildenafil en el vademécum informatizado, volvemos al viejo método manual.

El marco organizativo de la PR informatizada⁴ consta globalmente de las fases de indicación, generación/impresión, firma/control, almacen/entrega y revisión.

En la indicación, el sanitario define fármaco, dosis, inicio y fecha de revisión de la PR.

La impresión y entrega de la PR se realiza en el área administrativa (AA) gracias a 2 condiciones:

- La informática casi elimina la tarea, al imprimir las 1.700 recetas que entregaremos la semana siguiente.
- La reorientación del AA hacia un grupo de profesionales multifuncionales al servicio del cliente⁵, superador del... «es que eso no me corresponde».

En los centros informatizados este segundo pacto se refleja en la fecha de no sacar historias en papel.

El paciente tiene un plazo de recogida de «sus siguientes recetas». La fecha de entre-

LECTURA RÁPIDA

▼ La prescripción repetida es un problema por su enorme volumen: implica a un 10-30% de la población.

▼ La indicación del fármaco y su valoración periódica es un acto sanitario, mientras que repetir y entregar un documento (receta) es un acto administrativo. Ambos procesos deben gestionarse en ámbitos y circuitos diferentes.

▼ Todos los productos farmacéuticos que van a ser prescritos de forma repetida, deberían poder incluirse como prescripción repetida.

Centro de Salud Beraun. Rentería. Servicio Vasco de Salud-Osakidetza.

Correspondencia:
J.I. Oyarzábal Camio.
Centro de Salud de Beraun.
Avda. Galtzaraborda, 67.
20100 Rentería (Guipúzcoa).

Correo electrónico:
oyarber@apge.osakidetza.net

LECTURA RÁPIDA

Con la informatización de las prescripciones repetidas todos ganan (sanitario, administrativo y paciente), incluso la farmacia. Y también mejora la calidad e la prescripción.

Como resumen diremos que la informatización con software de gestión integrada de la historia clínica y del conjunto del EAP ha permitido superar el cuello de botella que comporta la RR y la burocratización y frecuentación por ella provocadas

Su implantación debe hacerse sobre una nueva conceptualización y reorganización de las tareas del área administrativa.

Gracias a la técnica, la solución inteligente se hace operativa, consiguiendo nuestro viejo anhelo: prescribir sin hacer recetas.

TABLA 1**Fases de la gestión de la prescripción repetida**

Recetas en consulta	Burocratización
	Alta frecuentación
TMA	Control clínico
	Desburocratización consulta médica
	No separación de tareas sanitarias y administrativas
Informatización RR	Desarrollo de áreas administrativas
	Separación de tareas administrativas y sanitarias
	Automatización del proceso
Receta electrónica	Superación conceptual y técnica de la receta impresa

ga es clave; para ese día el centro tendrá preparadas todas las recetas del paciente para los siguientes (¿3,4... 6?) meses. El intervalo de recogida entre entregas debe ser elegido por el paciente y ser lo más amplio posible (¿p. ej., anovulatorios para un año?). En el sistema así definido, todos ganan: sanitario, administrativo y paciente. Añadiré que también la farmacia gana, y la negociación con ella es muy útil al informatizar la PR.

¿Y la calidad de la prescripción? La experiencia nos muestra que mejora con la informatización⁶. El paso de la tarjeta manual de autorización (TMA) previa al registro informático supone un buen control de calidad; la firma/control semanal; la fecha de revisión de la prescripción, y cualquier discordancia de fechas de entrega, no recogidas, etc. hace que exista un eficaz control de calidad.

Como resumen diremos que la informatización con software de gestión integrada de la historia clínica y del conjunto del EAP ha permitido superar el cuello de botella que comporta la RR y la burocratización y frecuentación por ella provocadas⁷. La técnica debe implantarse sobre una nueva conceptualización y reorganización de las tareas del área administrativa. En el marco público ello es difícil sin el liderazgo local y un pacto médicos-administrativos. Pero, con todo, ¡mi centro ha debido imprimir y repartir 90.441 recetas este año! Una vez más la técnica viene en ayuda del concepto: la receta electrónica elimina la receta impresa (y con ella la labor administrativa) como elemento intermediario entre el sanitario que indica y el farmacéutico que expende el medicamento.

Esta iniciativa, ya puesta en marcha, está siendo liderada por el Colegio de Médicos de Barcelona y se asienta en 3 actores: el Colegio que faculta al médico, la Fábrica de Moneda y Timbre que otorga la firma electrónica y el ICS que otorga al médico la prescripción pública.

Sobre esta base, el médico hace la prescripción informática «virtual», el paciente acude a la farmacia, la cual «descarga» la prescripción y la hace efectiva expendiendo el medicamento.

Gracias a la técnica, la solución inteligente se hace operativa, consiguiendo nuestro viejo anhelo: prescribir sin hacer recetas.

Y eso sin olvidar que lo mejor es no prescribir... si no es imprescindible.

Bibliografía

1. Roselló Farràs MD, et al. Prescripción repetida informatizada. Seguimiento del consumo de fármacos y de las Tarjetas de medicación autorizada los primeros 3 años. *Aten Primaria* 1997;20:251-4.
2. Ruiz Téllez A. Informatización del proceso asistencial de la atención primaria. Documento semFYC n.º 13: Informatización en la Atención Primaria.
3. Casajuana J. ABC de la gestión de un EAP. II Jornadas de Actualización de Medicina de Familia, semFYC-FMC 2001.
4. Alonso López FA, et al. La repetición informatizada de recetas en un centro de salud. *Cuadernos de Gestión para la Atención Primaria* 1995;1:55-60.
5. Peters T. Nuevas organizaciones en tiempos de caos. Bilbao: Deusto, 1995.
6. González Sánchez G, et al. ¿Influye el sistema de entrega de recetas en el cumplimiento terapéutico de los pacientes hipertensos? *Aten Primaria* 1999;24:281-4.
7. Grifell Martín E. La desburocratización de las consultas en atención primaria. *FMC* 1995;2:117-8.