

Receta electrónica: de la utopía a la realidad

J. Suárez-Varela Úbeda^a, C. Beltrán Calvo^b, T. Molina López^c y P. Navarro Marín^d

Objetivo. Valorar si la introducción de la receta electrónica ayuda a desburocratizar las consultas de atención primaria.

Diseño. Estudio descriptivo, transversal.

Emplazamiento. Centro de Salud de Torreblanca, donde desde el 29 de octubre de 2003 se está pilotando, junto con las 9 oficinas de farmacia de la Zona Básica de Salud, la implantación de la Receta Electrónica de Andalucía (Receta XXI) con pacientes reales.

Participantes. Todos los pacientes de un cupo médico que acuden a consulta administrativa para la renovación de tratamientos crónicos entre febrero y junio de 2004.

Mediciones. Número total de consultas administrativas realizadas por todos los pacientes que acuden para la renovación de tratamientos crónicos registrados mediante el sistema operativo DIRAYA (Historia Clínica Digital del Ciudadano) y comparación con el mismo tipo de consulta administrativa registrado en TASS en el período comprendido entre febrero y julio de 2003.

Resultados principales. La media mensual de consultas administrativas entre febrero y julio de 2003 fue de 160, frente a las 64 habidas entre febrero y julio de 2004, lo que supone una reducción de la frecuentación para la renovación de recetas del 60%.

Conclusiones. La introducción de la receta electrónica reduce significativamente la frecuentación de consultas administrativas para la renovación de recetas de tratamientos crónicos, lo que ayudará a desburocratizar de forma importante las consultas de atención primaria cuando se generalice su uso.

Palabras clave: Receta electrónica. Desburocratización. Consultas de AP. Informatización.

COMPUTER-AIDED PRESCRIBING: FROM UTOPIA TO REALITY

Objective. To determine whether the introduction of computer-aided prescribing helped reduce the administrative burden at primary care centers.

Design. Descriptive, cross-sectional design.

Setting. Torreblanca Health Center in the province of Seville, southern Spain. From 29 October 2003 to the present a pilot project involving nine pharmacies in the basic health zone served by this health center has been running to evaluate computer-aided prescribing (the Receta XXI project) with real patients.

Participants. All patients on the center's list of patients who came to the center for an administrative consultation to renew prescriptions for medications or supplies for long-term treatment.

Measures. Total number of administrative visits per patient for patients who came to the center to renew prescriptions for long-term treatment, as recorded by the Diraya system (Historia Clínica Digital del Ciudadano, or Citizen's Digital Medical Record) during the period from February to July 2004. Total number of the same type of administrative visits recorded by the previous system (TASS) during the period from February to July 2003.

Main results. The mean number of administrative visits per month during the period from February to July 2003 was 160, compared to a mean number of 64 visits during the period from February to July 2004. The reduction in the number of visits for prescription renewal was 60%.

Conclusions. Introducing a system for computer-aided prescribing significantly reduced the number of administrative visits for prescription renewal for long-term treatment. This could help reduce the administrative burden considerably in primary care if the system were used in all centers.

Key words: Computer-aided prescribing. Administrative burden. Primary care. Computerization.

English version available at

www.atencionprimaria.com/113.837

A este artículo sigue un comentario editorial (pág. 457)

^aMédico de familia. Centro de Salud de Torreblanca. Máster en Salud Pública y Gestión Sanitaria EASP. Granada. España.

^bFarmacéutica. Distrito Aljarafe. Coordinadora de Farmacia Receta XXI. Sevilla. España.

^cFarmacéutica. Distrito Sevilla. Sevilla. España.

^dTécnico de Indra. España.

Correspondencia: J. Suárez-Varela Úbeda. Hinojo, 2. 41098 Montequinto. Dos Hermanas. Sevilla. España. Correo electrónico: juan.suarez.sspa@juntadeandalucia.es

Manuscrito recibido el 5 de octubre de 2004. Manuscrito aceptado para su publicación el 29 de noviembre de 2004.

Introducción

La renovación de recetas para tratamientos crónicos es uno de los principales motivos de consulta en atención primaria^{1,2}. En el contexto de la gran presión asistencial, el aumento de frecuentación que origina la renovación de estos tratamientos ha hecho que, desde el inicio de la reforma de la atención primaria, se hayan ensayado diversos modelos para sacar estas consultas administrativas del espacio de la atención clínica, tales como mejorar la gestión de la demanda, utilizar cartillas de largo tratamiento^{3,4} y otras estrategias posteriores como la prescripción repetida informatizada mediante la utilización de tarjetas de medicación autorizada^{5,6}. Incluso de manera aislada, la informatización de la prescripción supone un gran avance al reducir los errores de medicación en más del 60%, simplemente asegurando que las prescripciones sean legibles, completas y con un formato estándar^{7,8}.

No obstante, todas estas soluciones adolecen del mismo problema: la receta es un documento público con implicaciones legales para quien lo firma y para quien lo dispensa⁹, y precisa en algún momento del circuito de la firma del médico, lo que impide la completa delegación de esta función. Además, el control y la actualización de la medicación prescrita, así como la supervisión del cumplimiento de los tratamientos, son deficientes con estos modelos cuando se alcanza un volumen importante de pacientes. La receta electrónica (RE) permite obviar este problema al proporcionar una prescripción durante 6 meses o incluso un año hasta la próxima revisión médica. El presente trabajo se diseñó con el objetivo de conocer en qué medida la introducción de un sistema de prescripción mediante RE contribuye a desburocratizar las consultas médicas y a liberar esos recursos para otras actuaciones.

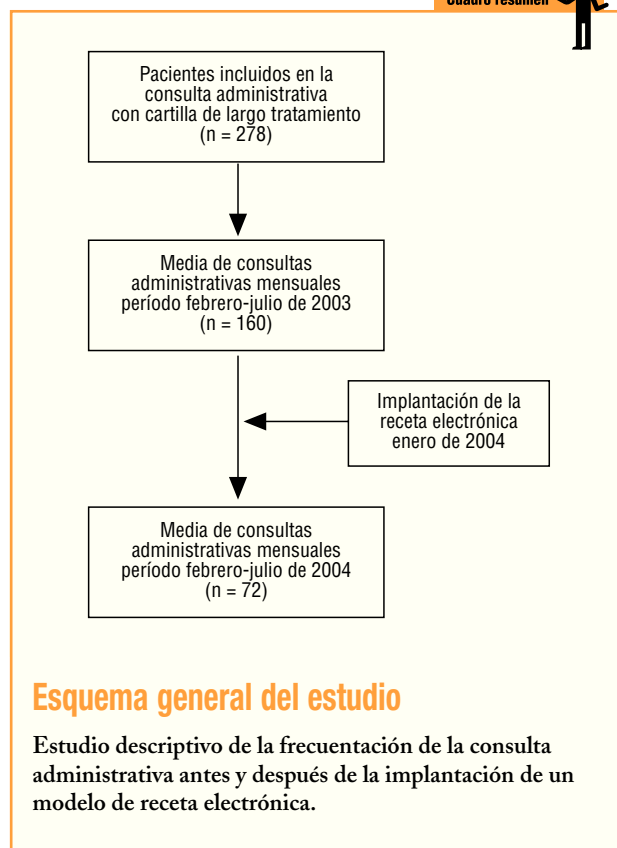
Material y métodos

El estudio se ha realizado en el Centro de Salud de Torreblanca, primer centro de Andalucía donde se ha pilotado la implantación de la RE. Atiende a una población estimada de 22.000 personas de un nivel sociocultural bajo, con importantes bolsas de marginación (2 asentamientos chabolistas), con una pirámide de población relativamente joven (los menores de 14 años constituyen cerca del 20% de la población) y con una alta prevalencia de enfermedades crónicas (diabetes, hipertensión arterial, enfermedades mentales, etc.) y toxicomanías. En agosto de 2003 se instaló un nuevo sistema de historias clínicas informatizadas: Historia Digital del Ciudadano (DIRAYA).

El sistema operativo DIRAYA permite acceder a una base de datos autonómica centralizada en Cartuja, donde se encuentran registrados todos los usuarios del Sistema Sanitario Público de Andalucía. La llave para realizar la RE es la tarjeta sanitaria de cada usuario, personal e intransferible, que permite conocer su vinculación con el sistema y el tipo de prestación farmacéutica al que tiene derecho.

Material y métodos

Cuadro resumen



Cuando el médico realiza la prescripción, los datos quedan grabados en un módulo central de dispensaciones, específico para cada paciente, con un «crédito farmacéutico» que comprende el tratamiento completo prescrito por su médico de familia. El conjunto de las prescripciones se imprime en un nuevo modelo de receta oficial (fig. 1) en la que, además de los datos obligados de posología y duración del tratamiento, pueden incluirse las instrucciones que el médico considere necesarias. Esta receta es custodiada por el paciente y ha de presentarse en las sucesivas dispensaciones hasta su caducidad (máximo un año). El farmacéutico ha de cumplimentar en ella los datos exigidos de cada dispensación (fig. 2).

Para la obtención de los productos prescritos por el médico, el paciente se puede dirigir a cualquier farmacia de la Zona Básica de Salud. En dicho establecimiento debe presentar la tarjeta sanitaria como medio de autenticación que servirá al farmacéutico, debidamente acreditado por el Servicio Andaluz de Salud, para acceder vía *web* al módulo central de dispensaciones, donde constan la medicación prescrita y las características del tipo de financiación que corresponde al paciente.

El médico puede, en cualquier momento, modificar o anular los registros del módulo central de dispensaciones que estime necesario, e informará de ello a su paciente. Asimismo puede consultar las dispensaciones que se vayan facilitando a sus pacientes y supervisar el cumplimiento terapéutico.

Cuando causas asistenciales lo aconsejen, el farmacéutico podrá bloquear, de forma cautelar, la dispensación de una prescripción concreta, de lo cual deberá informar al médico mediante la cumplimentación del informe previsto en el sistema.

Servicio Andaluz de Salud
 CONSEJERÍA DE SALUD

Receta médica

ENFERMEDAD COMÚN O ACCIDENTE NO LABORAL

USUARIO (nombre, apellidos, año de nacimiento y n.º de identificación)
 Juan Suárez-Varela Úbeda, 1953, 600471052209

PRESCRIPCIONES			POSOLOGÍA		Duración del tratamiento (días)	Fecha prevista fin del tratamiento
Consigne el producto, en caso de medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y número de unidades			Unidades por toma	Período entre toma		
1	AAD15210	553926 Paracetamol 1 g, 8 comprimidos efervescente	1	6 horas	2	29/07/2004
2						
3						
4						
5						

ADVERTENCIAS AL FARMACÉUTICO (si procede)

MÉDICO (datos de identificación)

Juan Suárez-Varela Úbeda
 00006119383

FIRMA DEL MÉDICO

2170220004721541715

FECHA DE PRESCRIPCIÓN

27/07/2004

JUICIO DIAGNÓSTICO (si procede)

INSTRUCCIONES AL USUARIO

No válida con enmiendas o tachaduras
 Esta receta tiene validez exclusivamente en la Comunidad Autónoma de Andalucía

(NÚMERO DE LA RECETA)
 213192355

FIGURA
1

Receta médica.

Desde el 29 de octubre de 2003 se está pilotando en nuestro centro la implantación de la RE de Andalucía (Receta XXI) con pacientes reales. Aprovechando que la prescripción repetida informatizada se venía realizando en algunos cupos médicos como una consulta administrativa (CA) específica, se ha comparado la frecuentación de la consulta piloto en que se inició la prescripción con RE en el período comprendido entre febrero y julio de 2004, con la frecuentación previa en el mismo período del año 2003. En

el caso que nos ocupa, la CA se oferta de forma semanal los jueves de 12 a 14 h.

En el estudio se ha incluido a todos los pacientes con tratamiento crónico y cartillas de largo tratamiento que hacían las renovaciones de tratamiento en la CA y que pertenecen al cupo médico que inició la prescripción con RE. Los registros de CA semanal del año 2003 se han obtenido de la base de datos local TASS, y los del año 2004 de la base de datos centralizada DIRAYA. Se ha

HOJA DE CONTROL DE DISPENSACIÓN N.ºDE LA RECETA N.º213192355

FARMACIA (datos de identificación, fecha dispensación y firma)					FARMACIA (datos de identificación, fecha dispensación y firma)					FARMACIA (datos de identificación, fecha dispensación y firma)					FARMACIA (datos de identificación, fecha dispensación y firma)				
Número de envases dispensados de cada producto					Número de envases dispensados de cada producto					Número de envases dispensados de cada producto					Número de envases dispensados de cada producto				
1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Se ha sustituido el producto n.º ☐ por este otro					Se ha sustituido el producto n.º ☐ por este otro					Se ha sustituido el producto n.º ☐ por este otro					Se ha sustituido el producto n.º ☐ por este otro				

FARMACIA (datos de identificación, fecha dispensación y firma)					FARMACIA (datos de identificación, fecha dispensación y firma)					FARMACIA (datos de identificación, fecha dispensación y firma)					FARMACIA (datos de identificación, fecha dispensación y firma)				
Número de envases dispensados de cada producto					Número de envases dispensados de cada producto					Número de envases dispensados de cada producto					Número de envases dispensados de cada producto				
1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Se ha sustituido el producto n.º ☐ por este otro					Se ha sustituido el producto n.º ☐ por este otro					Se ha sustituido el producto n.º ☐ por este otro					Se ha sustituido el producto n.º ☐ por este otro				

FARMACIA (datos de identificación, fecha dispensación y firma)					FARMACIA (datos de identificación, fecha dispensación y firma)					FARMACIA (datos de identificación, fecha dispensación y firma)					DILIGENCIA DE APERTURA DE NUEVA HOJA DE CONTROL POR LA FARMACIA (datos de identificación, fecha y firma)				
Número de envases dispensados de cada producto					Número de envases dispensados de cada producto					Número de envases dispensados de cada producto									
1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5					
Se ha sustituido el producto n.º ☐ por este otro					Se ha sustituido el producto n.º ☐ por este otro					Se ha sustituido el producto n.º ☐ por este otro					EN LA NUEVA HOJA DE CONTROL SE HA CONSIGNADO LA NUMERACIÓN DE ESTA RECETA Y COMO NÚMERO DE HOJA EL CORRELATIVO AL QUE FIGURA EN ESTA				

LAS SUSTITUCIONES LEGALMENTE AUTORIZADAS AL FARMACÉUTICO SÓLO PODRÁN REALIZARSE EN LA PRIMERA DISPENSACIÓN DEL PRODUCTO INDICADO Y SIEMPRE QUE NO SE TRATE DE UN MEDICAMENTO CALIFICADO DE TLD.

FIGURA 2

Hoja de control de dispensación de la receta electrónica para cumplimentar por el farmacéutico.

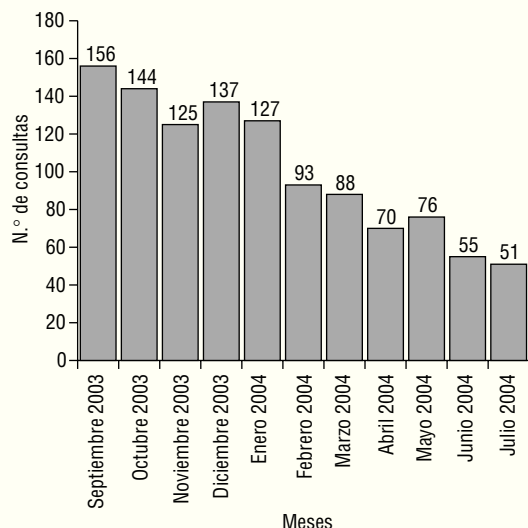


FIGURA 3 Frecuentación de consulta administrativa.

procedido a un análisis descriptivo y comparativo de los datos obtenidos.

Resultados

En la figura 3 se presenta la frecuentación de la CA desde la implantación del sistema operativo DIRAYA en el Centro de Salud de Torreblanca desde septiembre de 2003 hasta julio de 2004. En ella se indica cuándo se comenzó la prescripción con RE en el ámbito de la consulta clínica para pacientes crónicos incluidos en procesos, lo que ya incidió en la frecuentación de la CA, que se redujo discretamente, y cuándo se generalizó la prescripción electrónica a la CA, con una disminución importante de la frecuentación a partir de febrero de 2004, que se acentuó progresivamente en meses posteriores hasta llegar a las 51 consultas mensuales en julio. La reducción media mensual en el período febrero-julio de 2004, en comparación con el mismo período de 2003, fue del 55% (de 160 a 72). Si tenemos en cuenta que aproximadamente entre el 3 y el 5% de las CA eran para retirar partes de confirmación de incapacidad laboral transitoria de larga duración que se mantenían estables, la reducción de la frecuentación para renovación de recetas fue superior al 60%.

El porcentaje de RE sobre el total de recetas prescritas en el período de enero a junio de 2004 fue del 13,24%, con un ascenso progresivo desde el 8,03% de enero hasta el 25,6% de junio. De ella, el 68,4% correspondió a pensionistas y el 31,16% a trabajadores. En total se realizaron 1.480 dispensaciones (número de envases) a 138 pacientes distintos

TABLA 1 Medicamentos prescritos

Medicamentos/productos	N.º de prescripciones	%
Antihipertensivos	126	24
Antiácidos y antiulcerosos	55	10,48
Insulinas y antidiabéticos orales	51	9,71
Neurolépticos, tranquilizantes y antidepresivos	50	9,52
Antiagregantes y anticoagulantes orales	29	5,52
Antiinflamatorios y antirreumáticos	29	5,52
Hipolipemiantes	28	5,33
Analgésicos	26	4,95
Broncodilatadores y esteroides	26	4,95
Tiras reactivas y absorbentes de incontinencia de orina	8	1,52
Otros	97	18,48

en estos 6 meses. Estas dispensaciones correspondieron a 528 prescripciones válidas (fármacos distintos) (media: 3,83).

De las 616 prescripciones, se anularon 88 (14,29%). Las causas fueron la orden médica de anulación (51,1%) y el margen de dispensación superior al establecido (48,9%).

La media de visitas mensual de los usuarios a la farmacia fue de 1,61 veces y los medicamentos prescritos por grupos terapéuticos se presentan en la tabla 1.

Discusión

La introducción de la RE el 29 de octubre de 2003 en el ámbito de la consulta clínica a pacientes con tratamientos estables incluidos en procesos produce inicialmente una discreta disminución de la frecuentación de la CA (fig. 3), ya que algunos de estos pacientes polimedicados estaban también incluidos en dicha consulta, de modo que la media mensual se reduce a 130 pacientes/mes. Tras la introducción, el 15 de enero, de la prescripción electrónica a todos los pacientes crónicos incluidos en CA, la frecuentación mensual disminuye rápidamente y de forma mantenida, de tal manera que la media mensual se reduce a 72 consultas/mes y en el mes de julio es de tan sólo 51 consultas/mes (fig. 3). Esta disminución mantenida de la frecuentación nos permitirá suspender a corto plazo esta CA, con lo que ganaremos las 2 h semanales que se dedican a ella en la atención clínica. Aunque en principio pueda parecer una escasa ganancia, la longitudinalidad de la asistencia que caracteriza a la atención primaria nos permite incluir a 4 pacientes diabéticos y/o con hipertrofia benigna de próstata en procesos semanalmente, a razón de 30 min cada uno, con lo que al final de año tendríamos incluidos a todos los pacientes de nuestro cupo en estos programas.

Discusión
Cuadro resumen


Lo conocido sobre el tema

- El modelo actual de receta médica aumenta la frecuentación de las consultas en atención primaria.
- Las prescripciones repetidas para tratamientos crónicos generan una gran carga burocrática en atención primaria.
- La informatización de la prescripción reduce los errores de medicación más del 60% al asegurar que sea legible, completa y con un formato estándar.

Qué aporta este estudio

- La receta electrónica reduce la frecuentación de las consultas de atención primaria.
- La receta electrónica ayuda a la desburocratización de las consultas de atención primaria.

En cuanto a las anulaciones de RE, la causa más frecuente hasta marzo de 2004 fue el margen de dispensación superior al establecido, ya que inicialmente estaba fijado entre 5 días antes de la fecha de fin de tratamiento y 10 días después. Esta circunstancia llevó a aumentar el margen posterior a la fecha de fin de tratamiento de 10 días a 2 meses, mientras que el margen anterior a la fecha de fin de tratamiento no se modificó, porque la anulación de un fármaco llevaba implícita la anulación del resto de los fármacos incluidos en la prescripción (hasta 5 por prescripción), siendo muy frecuente que ciertos medicamentos como los analgésicos o broncodilatadores que se utilizan a demanda a veces tengan fecha de fin de tratamiento posterior a la indicada en la posología. Desde entonces apenas se han producido anulaciones por esta causa.

La causa más frecuente de orden médica de anulación fue por la anulación de prescripciones realizadas en demostraciones del sistema a diferentes colectivos de médicos y farmacéuticos venidos de otras autonomías (Cataluña, Navarra) y países (Suecia, Francia, Argentina).

La media de visitas mensuales a la farmacia (1,61/mes) la consideramos excesiva y tiene que ver con la imposibilidad de retirar más de un envase por dispensación, con lo que los usuarios deben acudir a la farmacia en función del fármaco que menos les dure. Este problema desincentiva a algunos usuarios, ya que con el anterior modelo se podían

hacer varias dispensaciones del fármaco que menos duraba, las cuales se retiraban conjuntamente, y el número de envases a dispensar se ajustaba a los de mayor duración. Se ha planteado una fórmula similar con Receta XXI para obviar ese problema.

Los grupos terapéuticos más utilizados se corresponden con las patologías crónicas más prevalentes (tabla 1). La baja prescripción por este sistema de tiras reactivas y absorbentes de incontinencia se debe a que son fármacos que precisan visado, y al principio hubo problemas con el visado electrónico. Asimismo, tampoco está satisfactoriamente resuelta la renovación de tratamientos mediante la prescripción electrónica, ya que actualmente debe realizarse una nueva prescripción.

En la búsqueda bibliográfica sólo hemos encontrado un artículo¹⁰ en el que se analizan las características y la seguridad de la prescripción del médico de familia mediante sistemas computarizados, pero no con pacientes reales sino utilizando tests de casos simulados. Por otra parte, en un seminario organizado por EHTEL (European Health Telematics Association) en Amsterdam en junio de 2004, se abordaron más específicamente las estrategias de implementación¹¹ y el grado de desarrollo en los diferentes países europeos de la prescripción electrónica. Dinamarca, con un 70% de recetas emitidas electrónicamente, y Suecia, con un 27%, son los países más avanzados en el desarrollo de esta herramienta. En Inglaterra se encuentran en un nivel similar al nuestro, en la fase piloto. El resto de los países europeos están aún en fases muy iniciales del desarrollo de estos sistemas.

Al tener datos muy preliminares, sólo hemos evaluado las mejoras que introduce la prescripción electrónica en un problema secular de la atención primaria en España, como es la necesidad de prescripciones repetidas para tratamientos crónicos, lo que ocasionaba la masificación de las consultas de atención primaria. Pero, al margen de este problema, el actual modelo de prescripción-dispensación adolece de: errores de dispensación, errores de dosificación, alta burocracia para el pago en farmacia, dificultad para generar una base de datos de medicamentos que pueda usarse para analizar la prescripción, etc. En el mundo desarrollado, cada hora muere una persona por un problema relacionado con los medicamentos (errores, contraindicaciones, sobredosificación o infradosificación, interacciones, efectos secundarios)¹². El sistema de RE ayudará a minimizar todos estos problemas al permitir incluir alertas de contraindicaciones y de interacción de medicamentos y mejorar la codificación y monitorización de los tratamientos¹⁰.

Todo ello hace que la introducción de la RE deba ser una acción prioritaria de los sistemas sanitarios públicos y que constituya un importante criterio de mejora de la calidad asistencial.

Bibliografía

1. González Svatetz, Sanjosé Llongeras. Epidemiología y grupos de riesgo en AP. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF, editores. Manual de atención primaria. 2.ª ed. Barcelona: Doyma, 1989.
2. Gervas J, Palomo L, Pastor-Sánchez R, Pérez-Fernández M, Rubio C. Problemas acuciantes en atención primaria. 2001;28:472-7.
3. Buitrago F, Pozuelos G, Vegas T, García A. Estudio de la población usuaria de cartillas de largos tratamientos en un centro de salud urbano. Un sistema para evaluación y mejora de la calidad asistencial. Rev San Hig Pub. 1990;61:651-60.
4. Quirce F, Gil V, Alonso A, Rigo F, Vázquez MA, Merino J. Unidad de cumplimentación de prescripciones crónicas: estudio de frecuentación. Aten Primaria. 1994;13:492-4.
5. Roselló MD, González M, Pie I, Pérez MJ, Sans F. Prescripción repetida informatizada. Seguimiento del consumo de fármacos y de las tarjetas de medicación autorizadas en los 3 primeros años. Aten Primaria. 1997;20:251-4.
6. López MA, Amat J, Casas J, Ávila F, Rovira A, Mata M. Un nou sistema de registre en les consultes d'atenció primaria: la fitxa de prescripció continuada de medicaments. Ann Med (Barc). 1991;77:34-6.
7. Ferner RE. Computer aided prescribing leaves holes in the safety net. BMJ. 2004;328:1172-3.
8. Anderson JG, Jay SJ, Anderson M, Hunt TJ. Evaluating the capability of information technology to prevent adverse drug events: a computer simulation approach. J Am Med Inform Assoc. 2002;9:479-90.
9. Grupo de trabajo semFYC-SEMERGEM. Actividad burocrática en la consulta del médico de atención primaria. Propuestas para la desburocratización. Aten Primaria. 1998;21:489-93.
10. Fernando B, Savelyich B, Avery AJ, Sheikh A, Baimbridge M, Horsfield P, et al. Prescribing safety features of general practice computer system: evaluation using simulated test cases. BMJ. 2004;328:1171-2.
11. E-Prescribing seminar; 2004, junio. Amsterdam: European Health Telematics Association; 2004.
12. Purves I. Sowery centre for health informatics at Newcastle Ltd. ePrescribing in Europe: strategies and implementations — What has been achieved? E-Prescribing Seminar; 2004, junio. Amsterdam: European Health Telematics Association; 2004.

COMENTARIO EDITORIAL

La prescripción electrónica en España

R. Azagra Ledesma^a y A. Aguyé Batista^b

^aEspecialista en Medicina Familiar y Farmacología Clínica. Profesor Asociado de la Universidad Autónoma de Barcelona. CAP del ICS Badia del Vallés. Barcelona. España.

^bEspecialista en Medicina Familiar. CAP del ICS Granollers Centre. Granollers. Barcelona. España.

Con la extensión de la informática en el sistema sanitario de nuestro país, era de esperar que los gestores de la sanidad se plantearan modificar el sistema de prescripción-dispensación-facturación. El sistema actual, con excepción de aspectos de mecanización como la incorporación de los códigos de barras y papel autocopia en las recetas, es bastante antiguo y ha sufrido pocos cambios estructurales desde la instauración de las recetas oficiales de la Seguridad Social.

Durante muchos años éste ha sido el único sistema de funcionamiento en el proceso prescripción-dispensación-facturación, que se ha mantenido con modificaciones no sustanciales. Antes de la reforma de la atención primaria se producían largas colas en los antiguos ambulatorios de la Seguridad Social para realizar esta tarea burocrática. La reforma de la atención primaria vino acompañada de una mayor atención a las patologías crónicas, con la consecuente medicalización de los procesos, que, junto con otros factores culturales y asistenciales, llevó de nuevo a la masificación de las consultas de los médicos de atención primaria.

Puntos clave

- El sistema actual de prescripción-dispensación-facturación es muy antiguo y ha sufrido pocos cambios estructurales desde la instauración de las recetas oficiales de la Seguridad Social.
- Todo programa que pretenda modificar sustancialmente el modelo actual precisará de nuevos recursos económicos.
- Completar la informatización de los centros de salud y farmacias en que aún no se haya llevado a cabo debería contemplarse como un elemento necesario para la modernización del propio sistema sanitario, independientemente del proceso prescripción-dispensación-facturación.
- Un proceso de cambio debe planificarse de forma metódica; hay que pensar en el beneficio real de todos los implicados, intentar resolver los problemas actuales y evitar crear otros nuevos.

En los últimos años hemos asistido a diversos intentos, más o menos organizados y extendidos, de disminuir la necesidad de que los pacientes acudan a los centros de salud (CS) a retirar las recetas oficiales de medicación continuada y de desburocratizar las consultas¹. Desde los CS se han realizado diversos intentos de disminuir la burocracia y se han ideado sistemas para racionalizar la frecuentación a las consultas², como crear las tarjetas de medicamentos de larga duración y despachos paralelos con personal de enfermería o auxiliares, que también precisan la dedicación de recursos humanos y técnicos. Asimismo se han llevado a cabo experiencias locales con programas informáticos para detectar interacciones de medicamentos asociados a las tarjetas de larga duración o de medicación autorizada³.

El artículo de Suárez-Varela et al que se publica en este número de ATENCIÓN PRIMARIA describe la experiencia, durante 6 meses, de la implantación de la receta electrónica en una consulta de un CS de Andalucía. Con la receta electrónica consiguen reducir en un 60% la media mensual de visitas administrativas para retirar las recetas de los tratamientos crónicos de una consulta específica para este tipo de actividad burocrática. Se trata pues de la evaluación de una de las primeras experiencias de la prueba piloto en la implantación de la receta electrónica en nuestro país, que se está realizando en diversas comunidades autónomas (Andalucía, Comunidad Valenciana y Galicia). El proceso se inició cuando el Congreso de los Diputados aprobó la introducción de la receta electrónica a través de la Ley de Acompañamiento en diciembre de 2003⁴. Los autores utilizan en el título del artículo la expresión «de la utopía a la realidad» como reflexión-resumen de las expectativas que puede generar y del cambio sustancial que significa. No obstante, para el buen desarrollo de un programa de esta índole, y desde la óptica del médico prescriptor, deberían despejarse algunas de las dudas surgidas.

En principio el proceso precisará de nuevos recursos económicos, pero completar la informatización de los CS y farmacias en que aún no se haya llevado a cabo debería contemplarse como un elemento necesario para la modernización del propio sistema sanitario.

La mecanización de la prescripción, por el solo hecho de que no esté escrita a mano, puede reducir hasta el 60% de los errores en la prescripción⁵, pero los ordenadores pueden ayudar en otros aspectos también importantes, como evitar las contraindicaciones conocidas, que explican hasta un 4% de las reacciones graves a los medicamentos, además de las alergias conocidas y duplicidades de principios activos.

Los médicos prescriptores de este país, con más o menos reticencias, estaremos de acuerdo en la necesidad de poner al día a través de la informática 2 de las herramientas básicas de nuestro trabajo, como son la historia clínica y la prescripción de medicamentos. No obstante, por lo que respecta a la informatización de la historia clínica, la ex-

periencia no está siendo fácil (sistemas de comunicación lentos, historias clínicas complicadas, programas informáticos no compatibles, desconexión entre niveles asistenciales y la propia formación de los profesionales, entre otros). Con la prescripción electrónica se plantean dudas que deberán despejarse para facilitar la extensión del proceso y permitir que se generalice esta prueba piloto: ¿será necesario recabar el consentimiento del paciente? ¿Es necesario transmitir datos privados de diagnóstico? ¿Aportará ventajas a la seguridad de los pacientes (alergias, interacciones, contraindicaciones, duplicidades)? ¿Será suficientemente seguro el sistema de firma digital? ¿Será un sistema fácil para todos los agentes implicados? ¿Será ágil el sistema de modificaciones de las prescripciones? ¿Evitará la dispensación masiva actual en las farmacias? ¿Evitará la sustitución indiscriminada de genéricos en las farmacias, tanto en prescripción aguda como en la crónica, como ocurre actualmente? ¿Evitará el problema actual de almacenamiento de medicamentos en las casas? ¿Se evitará la prescripción crónica no consensuada con el médico de familia e inducida por otros especialistas?

Respecto a las 2 primeras cuestiones, desde la Asociación Nacional de Consumidores y Usuarios de Servicios de Salud (Asusalud) ya se han manifestado algunas objeciones respecto a la necesidad de recabar el consentimiento del paciente para el tratamiento y la posible cesión de datos que comporta. Esta asociación de usuarios de la sanidad teme una posible utilización inadecuada de los datos de los pacientes incluidos en el proceso porque, entre otros puntos, no se contempla cómo van a ser custodiados.

Respecto a la seguridad física de los pacientes, los beneficios que el sistema debe aportar son esenciales porque éstos son errores evitables. No resulta fácil, y en países como el Reino Unido, con una mayor utilización que nosotros de la informática en la consulta de los médicos generales, han observado que algunos programas informáticos no detectan con suficiente precisión los errores de la prescripción⁶.

Además de la seguridad, el proceso que debe mejorar, esencialmente, es el de la prescripción por parte del médico y el cumplimiento por parte del paciente, y disminuir, para beneficio de ambos, la frecuentación innecesaria.

Uno de los nuevos problemas es la sustitución indiscriminada de los medicamentos genéricos, incluso en los tratamientos de larga duración, en la oficina de farmacia. No entendemos a quién beneficia la sustitución, porque al paciente sólo consigue crearle confusión. Esperemos que la prescripción electrónica racionalice esta práctica actual y contribuya a que se hagan públicos los datos sobre ella. Otro problema, éste más antiguo, es el conocido como «prescripción inducida por otros especialistas», que debe seguir haciendo el médico de familia. Por supuesto, se trata de una prescripción inducida, no consensuada o acepta-

da por éste. Es sabido que es uno de los canales de introducción de nuevos medicamentos en la práctica. Espere-mos que el nuevo sistema de prescripción electrónica per-mita adjudicar/identificar al responsable de la indicación cuando ésta no esté consensuada.

La implantación de la receta electrónica parece que mejo-rará el proceso administrativo, permitirá disponer de los datos de facturación en tiempo real y evitará las demoras de cerca de 2 meses que supone actualizar los datos con el sistema actual.

Por último, entendemos que, cuando se diseña un proceso de esta envergadura que afecta a casi todos los actores del proceso, debe planificarse de forma muy meticulosa y pen-sar en el beneficio real de todos los implicados y, sobre to-do, intentar resolver los problemas actuales y evitar crear otros nuevos.

Bibliografía

1. Azagra R, Mengual L, Calvet S, De Castro C, Simón C, Medi-na C. Demanda asistencial y sistemas de acceso a la atención pri-maria de salud. *Gac Sanit.* 1992;6:212-5.
2. Quirce F, Gil V, Alonso A, Rigo F, Vázquez MA, Merino J. Uni-dad de cumplimentación de prescripciones crónicas: estudio de frecuentación. *Aten Primaria.* 1994;13:492-4.
3. Roselló MD, González M, Pie I, Pérez MJ, Sans F. Prescripción repetida informatizada. Seguimiento del consumo de fármacos y de las tarjetas de medicación autorizadas en los 3 primeros años. *Aten Primaria.* 1997;20:251-4.
4. Ley 59/2003, de 19 de diciembre, de firma electrónica. BOE núm. 304, de 20 diciembre de 2003.
5. Ferner RE. Computer aided prescribing leaves holes in the sa-fety net. *BMJ.* 2004;328:1172-3.
6. Fernando B, Savelyich B, Avery AJ, Sheikh A, Baimbridge M, Horsfield P, et al. Prescribing safety features of general practice computer system: evaluation using simulated test cases. *BMJ.* 2004;328:1171-2.