

Consideraciones al actual modelo de receta médica en España*

*Resumen autorizado del Informe de la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN) sobre el actual modelo de receta médica en España elaborado por:

Coordinadora: N. Fernández de Cano Martín

Autores: P. L. Casado Pérez, R. Pastor Sánchez y A. Santo González

El modelo de receta utilizado, por su diseño y empleo, no se fundamenta en la necesidad clínica de pautar un tratamiento a un paciente concreto, sino que está dirigido principalmente a solventar el problema del abono de la factura farmacéutica.

Este modelo obliga a la repetición constante de "recetas" para que el ciudadano pueda acceder a la medicación necesaria para su enfermedad, lo que es motivo de sobrecarga burocrática de los profesionales médicos, siendo ello a su vez causa de ineficiencia del sistema, ya que personal altamente cualificado pierde el 30% de su tiempo en la renovación de documentos que han perdido su finalidad clínica inicial.

La realidad sentida por el clínico es que el actual modelo de receta más que una herramienta de trabajo es un problema que complica la actividad asistencial.

La receta oficial actual se diseñó como un documento contable, con intereses administrativos, aunque en las dos últimas décadas se intentó darle un sentido "clínico" al introducir unas casillas, de "obligado cumplimiento", en las que se recoge la duración del tratamiento, la dosificación... Así mismo se asociaba una copia que pretendía ser útil para transmitir recomendaciones tanto al paciente como al farmacéutico. Y todo eso para cada uno de los fármacos prescritos.

Los principales problemas y limitaciones que presenta el actual modelo de receta son:

1) La repetición del acto de cumplimentar las recetas médicas sucesivas tras la prescripción inicial para un proceso patológico. La receta se convierte en un albarán útil para que el farmacéutico pueda facturar al Sistema Nacional de Salud (SNS), pero para el médico supone un consumo ineficiente del tiempo de consulta.

2) Dentro del SNS el médico debe rellenar muchos modelos diferentes de recetas: *verdes* (para los "activos"), *rojas* (para los "pensionistas"), *azules* (para "enfermedades profesionales" y los "accidentes de trabajo cuya cobertura esté a cargo del Instituto Nacional de la Seguridad Social"), *blancas* (para las prescripciones que no están financiadas por la sanidad pública), de estupefacientes y las específicas de algunas Comunidades Autónomas (Andalucía).

3) En algunos casos hay un control *a priori* sobre la prescripción farmacológica mediante los visados de inspección, que enlentece el proceso de atención sanitaria, supone una disminución de la accesibilidad para el paciente (debe acudir en varias ocasiones al Centro de Salud para obtener la receta visada) e implica poner en cuestión la cualificación del médico prescriptor.

4) Existe una utilización escasa de la receta oficial del SNS en las consultas externas hospitalarias y en las urgencias de la sanidad pública, lo que obliga a solicitar de forma irregular los medicamentos en las oficinas de farmacia.

5) Falta de regulación en la sanidad privada (incluyendo Odontología y Veterinaria) salvo en el País Vasco, que deja desprotegidos a los pacientes.

6) Al tratarse de documentos independientes, no favorece la detección de posibles interacciones, al no aportar información sobre otros fármacos prescritos.

7) No se garantiza suficientemente la confidencialidad y el secreto médico en el flujo de información sanitaria, considerado altamente sensible y delicado.

Tras esta relación de puntos conflictivos en el actual modelo, SEMERGEN plantea las siguientes propuestas de mejora del enfermizo modelo oficial de receta actual (independientemente de que su soporte sea en papel o informático):

1) La receta médica debe ser, ante todo y sobre todo, un *documento clínico*, siendo secundario su uso como documento administrativo de carácter contable.

2) La receta médica oficial debe presentarse como un único documento tipo (deben desaparecer las recetas de estupefacientes).

3) Eliminar los visados de inspección médica *a priori* y flexibilizar aquellos que hagan mención a productos específicamente hospitalarios donde el médico de Atención Primaria no pueda ejercer el adecuado control clínico.

4) El nuevo modelo oficial de receta en el SNS debe ser común para todo el Estado Español.

5) La receta médica oficial debe permitir la inclusión de todos los medicamentos prescritos a un determinado paciente y servir para todo el tratamiento: *receta multienvase*.

6) Debe existir un modelo oficial único de receta privada.

7) La información extraída de las recetas debe considerarse como de alta confidencialidad y seguridad, por lo que es recomendable que su registro en bases de datos centralizadas garanticen la no trascendencia de datos de identificación personal.

8) La receta tanto en formato impreso (en papel) como en versión electrónica (tarjetas con microprocesadores) deben ser compatibles y disponer de la misma información. Consideramos de alto interés la progresiva implantación de la *receta electrónica* en soporte de tarjeta con microprocesadores, sobre todo para los pacientes con enfermedades crónicas.

9) La información clínica detallada para los pacientes debería ir separada del soporte "receta" y tener un documento adjunto que permita la lectura clara y detallada de las instrucciones terapéuticas y de manejo de los medicamentos. Incluyendo los consejos higiénico-dietéticos.

10) La receta oficial debe permitir transmitir información profesional del médico al farmacéutico comunitario.

11) Debe ser un documento que recoja información clara sobre:

a) *La identificación del paciente.*

b) *Indicaciones terapéuticas:* donde figurarán los fármacos prescritos para un determinado proceso haciendo constar la dosis, la pauta de administración, y la duración prevista del tratamiento.

c) *Fecha de revisión del proceso.* Dato de importancia relevante, ya que indica el periodo de validez de la receta y permite calcular las necesidades de los fármacos para el periodo.

d) *Indicación de entrega secuencial,* de forma que el paciente no acumule cajas de medicamentos en su domicilio con los riesgos de uso inadecuado que conlleva.

Entendemos que la implantación de un modelo de receta más racional contará con el apoyo masivo de todos los médicos de Atención Primaria, ya que es una demanda planteada en muchas ocasiones y desde hace mucho tiempo. Es una medida que generará resultados globales muy positivos, tanto en términos económicos (tras amortizar la inversión inicial), como en términos de calidad: satisfacción de los profesionales y de los ciudadanos, mejora de la calidad de la prescripción y de la información de los pacientes y, por tanto; en el objetivo final del SNS de cuidar y mejorar la salud de los ciudadanos.