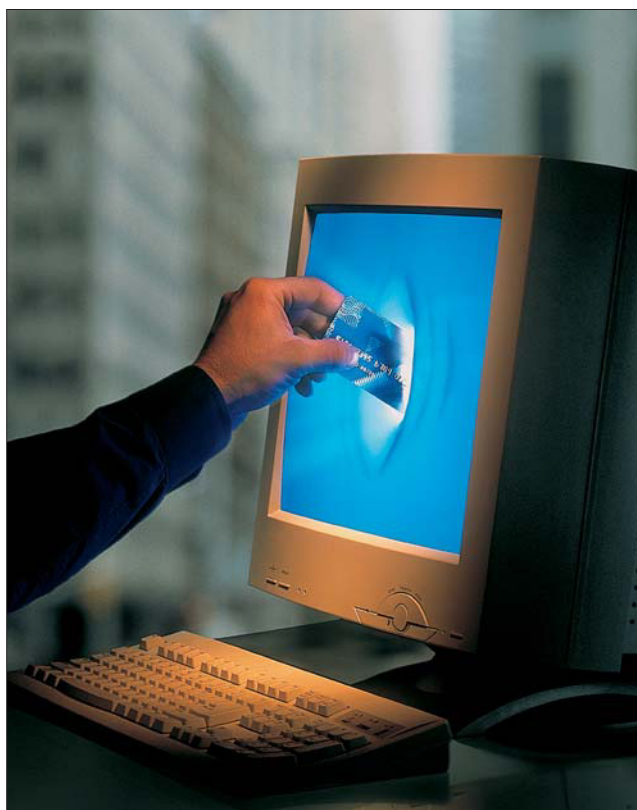


Receta electrónica (I). Proyecto Pista y repercusiones sobre la oficina de farmacia

ANTONIO CORDOBÉS

Farmacéutico.



En el presente trabajo se aborda el proyecto de implantación en España de la denominada «receta electrónica», así como sus ventajas, inconvenientes y posibles repercusiones sobre la oficina de farmacia. En la segunda parte del trabajo se detallarán los distintos proyectos que se están poniendo en marcha en las comunidades autónomas para las recetas de financiación pública y, en algún caso, también para las privadas.

Se ha dado en llamar receta electrónica al registro por medios informáticos, en una base de datos, de una prescripción farmacológica hecha por un médico. Tal prescripción puede ser consultada y «bajada» de esa base de datos por un farmacéutico, a petición del paciente, procediendo a la dispensación del

medicamento, quedando anotado en ella tal acto farmacéutico, y pudiendo incluso ser éste remunerado, sin participación alguna ulterior de un colegio profesional que se ocupe del cobro de la remuneración.

El proceso informático que lo permite suele usar las denominadas «autopistas de la información», en

las que es esencial Internet. Tales procesos informáticos son aplicables a muchos sectores, con repercusiones de todo orden e importantísimas. Por ello, el Ministerio de Ciencia y Tecnología ha desarrollado, dentro del contexto de la Unión Europea, la iniciativa denominada PISTA (Promoción e Identificación de Servicios

Emergentes de Comunicaciones Avanzadas), una de cuyas secuelas sanitarias es la receta electrónica.

Proyecto PISTA

Objetivos y estructura

Entre las iniciativas que la Secretaría de Estado de Telecomunicaciones y para la Sociedad de la Información (en lo sucesivo, SE de Telecomunicaciones) tiene en marcha, se encuentra la de promocionar la utilización de redes de telecomunicaciones avanzadas, que redunde en la mejora de las prestaciones de servicios a los ciudadanos, la optimización de los medios de administración de las empresas y el aprovechamiento máximo de las potencialidades de información.

En este contexto, la SE de Telecomunicaciones puso en marcha un proyecto, denominado PISTA, con el que se pretendía promover e incentivar el uso de telecomunicaciones a través de las llamadas autopistas de la información.

La gran novedad de PISTA respecto a anteriores proyectos similares promovidos por distintas administraciones está en que la definición de las necesidades y aplicaciones de servicios, cuyos prototipos se piensan desarrollar, recaen en grupos de usuarios que se comprometen a utilizar posteriormente los desarrollos que satisfagan esas necesidades a costes de tráfico y mantenimiento previamente conocidos.

Características

- Está orientado a la puesta en marcha de pilotos que hagan uso de comunicaciones de banda ancha en entornos reales.

- Aprovechamiento al máximo de los desarrollos ya existentes.

- La mayor parte de la actividad se estructura en torno a grupos de usuarios.

- Contempla actuaciones especiales de carácter complementario.

- Es de vigencia temporal.

- La Administración aporta 9.015.181 euros.

En PISTA, los grupos de usuarios de carácter sectorial dan unidad y coherencia a las diferentes fases, se mantienen durante todo el

ciclo de vida del programa, y definen y validan las aplicaciones con interés para el sector.

El proyecto PISTA se dirige a muchos sectores, entre ellos a la sanidad. Inicialmente se seleccionaron en este Sector dos planes piloto: uno dentro del área asistencial y otro dentro del área de salud pública. Posteriormente se identificaron otros tres grupos de usuarios interesados en tres grupos de aplicaciones denominadas:

- Piloto de Aplicaciones Intranet para un área de trabajo colaborativo en entornos clínicos.

- Red Nacional de Información en Salud Pública o Sistema Integral de Salud Pública.

- Receta electrónica y gestión farmacéutica.

En PISTA,
los grupos de usuarios
de carácter sectorial
dan unidad y coherencia
a las diferentes fases,
se mantienen durante
todo el ciclo de vida
del programa, y definen
y validan
las aplicaciones
con interés para
el sector

La receta electrónica según PISTA

La informática farmacéutica española nació en el Instituto Nacional de la Salud como consecuencia de los conciertos firmados con los colegios oficiales de farmacéuticos y a partir de los datos suministrados por éstos. En 1973, las recetas dispensadas con cargo a la Seguridad Social eran comprobadas y facturadas a través del proceso mecanizado conocido como P-29. En 1979, se implementó la base de datos ESPES (especialidades farmacéuticas autorizadas), y 2 años más tarde se desa-

rolló la base de datos ECOM (consumo de medicamentos en la Seguridad Social). En la década de los noventa, el Ministerio de Sanidad modernizó el proceso mediante la aplicación FAR90, a la vez que se implementaban en las áreas de salud programas como el SIFAR o similares para la gestión farmacéutica de este entorno, pero todos ellos basados en las cintas de facturación suministradas por los colegios farmacéuticos a través de la obligación contraída con las Administraciones sanitarias por la firma de los distintos conciertos.

Posteriormente, el desarrollo de la electrónica, en particular de la informática y la aparición de Internet, han permitido el desarrollo de las llamadas «autopistas de la información» y originado el proyecto PISTA dentro del que se han identificado en el campo sanitario las aplicaciones anteriormente señaladas.

Una vez identificadas tales aplicaciones, la SE de Telecomunicaciones (anteriormente era competencia del Ministerio de Fomento) procedió a convocar, previa elaboración de un pliego de condiciones, un concurso público entre empresas que desarrollaran tales proyectos. La empresa ganadora para desarrollar el Proyecto de Receta Electrónica y Gestión Farmacéutica fue Bilbomática, que presentó el 22 de junio de 1999 el que llamaremos Proyecto PISTA I «Expediente Único» para generar un único historial clínico de cada paciente. Por entonces, el Consejo General de COF y el COF de Madrid se incorporaron, junto con otros interesados, al «grupo de usuarios» del proyecto en cuestión, haciendo las sugerencias y propuestas que consideraron oportunas.

Como consecuencia de las aportaciones realizadas se convocó un nuevo concurso de desarrollo, que fue adjudicado nuevamente a Bilbomática, y se redactó un nuevo proyecto que se denominó PISTA II.

El 27 de junio de 2000 se celebró una primera reunión con el grupo de usuarios del proyecto PISTA II, en el que estaban diversos colegios farmacéuticos, pero también representantes de las comunidades autónomas de Madrid, Cataluña, País Vasco, Canarias y Asturias, además de agentes relacionados con la salud,

colegios médicos y asociaciones de consumidores. Se presentó el primer documento del proyecto denominado *Análisis de requisitos del sistema*, que detalla el ámbito y las herramientas de trabajo que soportarán el proyecto. Esta fase se concluyó el 4 de abril de 2001.

El paso siguiente fue definir «la arquitectura del sistema de información», para proceder posteriormente a su «prueba» y decidir finalmente su implantación o no. En 2002, el sistema está ya listo para decidir sobre su implantación, siendo un punto importante y pendiente la coordinación del sistema con los que entre tanto se han ido desarrollando en otras comunidades autónomas, como el programa GAIA en Valencia o el denominado Receta XXI en Andalucía.

Defectos del proyecto

Según los responsables de los colegios farmacéuticos¹, el citado documento, tenía los siguientes defectos graves:

- No recogía las funciones del farmacéutico establecidas en la Ley 16/1997, de 25 de abril, de Regulación de Servicios de las Oficinas de Farmacia en lo relativo a la vigilancia, control y custodia de recetas médicas dispensadas, a la información y seguimiento de los tratamientos farmacológicos a los pacientes, y a la detección de las reacciones adversas a los medicamentos.

- No recogía colaboración alguna en los programas promovidos por las Administraciones sanitarias sobre garantía de calidad de la asistencia farmacéutica y de la atención sanitaria en general, promoción y protección de la salud, prevención de la enfermedad y educación sanitaria, así como tampoco en la colaboración con estas administraciones en la formación e información dirigidas al resto de los profesionales sanitarios y usuarios sobre el uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. En resumidas cuentas, no recogía nada de lo que está englobado bajo el concepto de atención farmacéutica.

- El seguimiento de los tratamientos farmacológicos sólo es posible si el farmacéutico puede acceder

a la base de datos de los tratamientos farmacológicos de los pacientes y si a ésta se incorporan los otros medicamentos no prescritos por el Sistema Nacional de Salud, siempre con la previa aceptación del paciente. Igualmente, para que el farmacéutico pueda detectar eventuales reacciones adversas del medicamento es necesario que pueda disponer de un fichero en el que se incluya la información sobre esas reacciones (medicamento y fecha, descripción y duración de la reacción). También debe poder evacuar las consultas recibidas de los pacientes en la oficina de farmacia.

Para que el farmacéutico
pueda detectar
eventuales reacciones
adversas del
medicamento
es necesario que pueda
disponer de un fichero
en el que se incluya
la información sobre
esas reacciones
(medicamento y fecha,
descripción y duración
de la reacción)

- El documento no se ajustaba al concierto de receta acordado con el INSALUD, no recogiendo la posología ni la duración del tratamiento, ni tampoco las firmas del médico y del farmacéutico. No se contemplaba el diseño para los tratamientos de larga duración, ni para las vacunas. Tampoco la configuración de los ficheros permitía la prescripción de fórmulas magistrales, dado que no era posible la introducción de las sustancias medicinales, el texto explicativo de la fórmula, ni su valoración económica. Tampoco se tenía en cuenta el período transcurrido desde la fecha de dispensación o visado.

- Facilitaba los fraudes a la Seguridad Social, ya que, al no existir una receta impresa, tampoco se le podía adherir el cupón-precinto,

que es el justificante de la entrega del medicamento al paciente.

- No permitía la relación del farmacéutico de oficina con el médico prescriptor para expresar dudas o sugerencias, relegando al farmacéutico al papel de «mero despachador».

- La situación de la Base de Datos Central de Recetas y Dispensaciones es muy importante, ya que si está situada exclusivamente en el servicio estatal o autonómico de salud ello permitiría a estos servicios realizar acuerdos individuales con farmacias o grupos de farmacias que ofrecieran condiciones más favorables (p. ej., descuentos adicionales). Los farmacéuticos defienden que la base de datos esté situada en el colegio farmacéutico o, al menos, que en éste exista una base duplicada de la del INSALUD.

- Los colegios farmacéuticos ven también con reticencia que la facturación de las recetas de cada oficina de farmacia se pueda hacer directa y automáticamente con el INSALUD, ya que ello, si bien abarataría el proceso, supondría dejar a los colegios sin su principal base económica. A este respecto, el 18 de enero de 2001 el Ministerio de Sanidad y Consumo afirmó que los aspectos relativos a la facturación no son los objetivos del proyecto.

Es muy curioso, pues a mi juicio encubre una subterránea defensa de las grandes farmacias, la manifestación, hecha por el presidente del COF de Madrid en la ponencia presentada en las III Jornadas sobre Protección de Datos celebradas en la Universidad Carlos III de Madrid y recogida, entre otros lugares, en la iniciativa 9 del COF de Madrid de los comentarios a la ResAF.2001.2 del Consejo de Europa², que este colegio está fomentando un Código de Buenas Prácticas con las miras puestas en una futura dispensación a través de Internet; eso sí, manteniendo el criterio de que aunque la operación se lleve a cabo electrónicamente, la oficina de farmacia suministradora sea la más próxima al domicilio del paciente, pudiendo garantizar así una futura atención al paciente a través de Internet, con unos mínimos de calidad

y seguridad que de otro modo serían difícil de obtener.

Hay que señalar que los colegios médicos se oponen al posible acceso de los farmacéuticos a la historia clínica de los pacientes —en Galicia, incluso a la farmacoterapéutica—, ya que consideran que va contra la confidencialidad de la relación médico/paciente.

En conclusión, el proyecto PISTA II se plantea en la actualidad con cinco módulos: M1 o Sistema de Información Central; M2 de prescripción asistida; M3 de visado de inspección; M4 de dispensación validada, y finalmente la Base Central de Datos. El médico seguirá utilizando los programas informáticos que actualmente tiene instalados para ayudarle a prescribir el medicamento, mientras que el farmacéutico seguirá usando sus programas de gestión de oficina de farmacia adaptados para su acceso a la Intranet de receta electrónica.

La labor del farmacéutico al dispensar la receta cambiará dependiendo de que la farmacia a la que se dirige el paciente esté o no informatizada y de que el médico haya hecho uso o no de la prescripción automatizada. Si no estuviera informatizada, el farmacéutico dispensará siguiendo el método tradicional; si lo está y el médico ha hecho uso de la prescripción automatizada, procederá a leer el código de barras de la receta en papel y con este número de prescripción y su identificación automática de oficina de farmacia reconocida por el sistema accederá a la base de datos de recetas, que están codificadas en formato PDF 417, previa identificación del paciente a través de los datos de su tarjeta sanitaria y validación de la dispensación. Así, dispensaría el medicamento recortando el cupón-precinto, como viene haciendo hasta ahora, marcando en la base de datos su conformidad con la dispensación. Si ésta no es validada por el sistema por existir interacciones o contraindicaciones, se remitirían las incidencias al médico.

Si la prescripción ha sido manual y la farmacia está informatizada, ésta procedería a identificar al paciente con los datos de su tarjeta



sanitaria, y capturaría la dispensación más el número de la receta y los transmitiría a la base de datos de las recetas, confirmaría la dispensación y dispensaría el medicamento. De esta forma, la base de datos completaría el historial farmacoterapéutico del paciente, lo que de otra forma no podría hacer.

Ventajas y desventajas

Entre las ventajas del sistema, según el anterior director general de Farmacia y Productos Sanitarios, Federico Plaza³, se señalan las siguientes:

- Evitará los fraudes de los pacientes que utilizan las recetas de pensionista, a nombre de familiares o amigos, para conseguir los medicamentos gratuitamente. También evitará la posible dispensación por el farmacéutico de recetas caducadas.

- Facilitará la prescripción al paciente crónico sin que éste o algún familiar se desplace al centro médico para adquirir las recetas oportunas. Ello permitirá un ahorro para el SNS, ya que se calcula que cada visita de un paciente a un centro de salud genera al menos dos recetas.

- Se podrá verificar si realmente los pacientes utilizan correctamente los fármacos.

- Se podrá saber si el uso de los medicamentos en España se ajusta a los patrones de morbilidad o de mortalidad que tenemos, o si se usan bien los medicamentos indicados para un tratamiento en aquellas zonas donde existe la prevalencia de una determinada enfermedad.

- Permitirá la adopción de las medidas correctoras que se consideren precisas por parte de la Administración, tanto por desviaciones de tipo terapéutico como económico. También mejorará la calidad asistencial.

- Contribuirá a armonizar los sistemas informáticos que están implantando en este campo las distintas comunidades autónomas, y permitirá que todos los españoles reciban un medicamento recetado en su comunidad autónoma en cualquier otra. Esto se conseguirá mediante un *software* que creará una interfase o módulo intermedio que tendrá en consideración los distintos sistemas de gestión asistencial o de farmacia que presentan las comunidades autónomas.

- Se podrá conocer en tiempo real la prescripción y dispensación de medicamentos, así como eventuales desviaciones en la prescripción relacionadas con unos determinados laboratorios o por cualquier otra causa.

- Disminuirá la labor burocrática en las consultas médicas, lo que hará aumentar el tiempo de atención a los pacientes.

- Evitará errores de los farmacéuticos en la lectura de las recetas médicas, muchas de ellas poco legibles.

En cuanto a las desventajas, la mayoría de ellas se señalan al analizar la repercusión de la receta electrónica en la oficina de farmacia, pero merece la pena apuntar aquí dos muy importantes y de carácter general:

- La dependencia del adecuado funcionamiento del sistema informático y de telecomunicaciones español, cuyos datos se transmiten a velocidad de caracol por la tecnología poco evolucionada que se está utilizando, y los eventuales riesgos de *caída* del sistema.

- Será casi imposible *blindar* la seguridad de los datos recogidos ante el asalto de *hackers* y *crackers*, que pueden encontrar compradores más que suficientes de los datos obtenidos en laboratorios, compañías de seguros o, simplemente, en personas que por cualquier razón, incluso por motivaciones políticas, desean hacerse con esos datos.

Diversidad de proyectos

Hay que señalar que, además del proyecto PISTA II, pensado para su aplicación en toda España y en el que se han basado los proyectos de receta electrónica de las comunidades autónomas de Madrid, País Vasco, Canarias y Cataluña, hay otros proyectos desarrollados por otras comunidades autónomas: en Cataluña —para las recetas privadas—, el GAIA en Valencia, el Receta XXI en Andalucía y el proyecto del SERGAS en Galicia, actualmente en desarrollo o incluso en fase de pruebas. Su ámbito no es en todos ellos idéntico al previsto en el proyecto PISTA II. Las transferencias de la sanidad y el poco interés en colaborar de las distintas comunidades autónomas hacen temer 17 sistemas sanitarios y 17 recetas electrónicas distintas, y en algunos casos no compatibles.

El Ministerio de Sanidad y Consumo ha sido el gran ausente de estos proyectos, pero es evidente que se necesita su compromiso activo para el diseño de un modelo coordinado de receta electrónica que asegure la compatibilidad de los proyectos de las comunidades autónomas. El Pacto de Estabilidad Farmacéutica apuesta por la receta electrónica, y el Grupo de Trabajo Tarjeta Sanitaria-Receta Electrónica, constituido como consecuencia de él, debe servir de base para presentar un proyecto conjunto al Consejo Interterritorial del SNS.

También debemos hacer notar que el Gobierno central presentó, a finales de enero de 2001, el Plan de Acción de la Iniciativa Info XXI, cuyo objetivo es popularizar el uso de las nuevas tecnologías entre la Administración y los ciudadanos, y que cuenta con una dotación de uno 5.000 millones de euros para 3 años. En este plan existe un proyecto de creación de un portal en Internet para coordinar la atención domiciliaria en colaboración con las asociaciones de enfermos crónicos. En particular, a través de este sitio web se plantea la posibilidad de prescribir recetas médicas a aquellos colectivos de enfermos crónicos que presenten dificultades para su desplazamiento hasta la consulta.

Repercusiones

Lo primero que debe señalarse es el absurdo que se está originando por la pretensión de cada comunidad autónoma de establecer como crea conveniente su propio sistema de receta electrónica, y ello aunque tengan atribuciones para organizar sus sistemas de información sanitaria. No puede haber 5 o 17 sistemas diferentes de receta electrónica, ya que ello complicaría la atención farmacéutica a todos los que salgan de su comunidad autónoma.

Haga o no haga atención farmacéutica el farmacéutico de oficina, es evidente que la receta electrónica formará parte de su actividad profesional futura, si es que quiere seguir dispensando y viviendo de su farmacia

La segunda cuestión es que no se está prestando la debida atención a la Ley de Protección de Datos de Carácter Personal y se va a infringir el artículo 98 de la Ley del Medicamento sobre la información agregada, que va a dejar de ser conocida por el Estado.

De todas formas, haga o no haga atención farmacéutica el farmacéutico de oficina, es evidente que la receta electrónica formará parte de su actividad profesional futura, si es que quiere seguir dispensando y viviendo de su farmacia, ya que las recetas actuales tienen los días contados; en concreto, el Servicio Catalán de Salud ha fijado el año 2004 como tope para su implantación.

A continuación analizaremos los tipos de repercusiones que la receta electrónica tendrá sobre la oficina de farmacia.

Aspectos económicos

La implantación le va a costar al farmacéutico mucho dinero en la

adquisición y mantenimiento de instalaciones informáticas de alto nivel con equipos de última generación, bajo entornos Windows o Linux, conexión a Red Local Ethernet y multimedia, conexión a Internet por banda ancha, incluso con antena LMDS, tarifa plana de 24 horas, etc. Todos estos equipos se caracterizan por la rapidez de su obsolescencia, y habrá que agregar los costes de mantenimiento y los de formación para el titular farmacéutico y su personal, que serán considerables. Igualmente, los gastos en teléfono aumentarán notablemente, así como las necesidades de espacio para alojar todos los equipos necesarios. Además, será conveniente que las instalaciones estén duplicadas, funcionando una por Internet y otra por otro sistema operativo. El tiempo que habrá que dedicar a la dispensación aumentará bastante, pues aun conectados ya al inicio de la labor diaria con la base de datos donde se graban las recetas prescritas, habrá que «llamar» cada vez al código del paciente, marcar el propio, «bajarse» la receta, imprimirla (la impresión de una receta costaría hoy unos 0,07 euros) para fijarle el cupón-precinto, pues la Administración querrá comprobar que el farmacéutico no ha llegado a un acuerdo con el paciente para defraudar. Finalmente, el farmacéutico dispensará y, además, tendrá que hacer atención farmacéutica, pues si inicialmente ésta será voluntaria, al final se convertirá en obligatoria por el doble juego de la competencia entre farmacias y por lo fácil que le resultará a la Administración sanitaria obligar a los farmacéuticos a prestarla vía BOE, ya que ello le resulta económicamente y políticamente ventajoso. Todo ello exigirá probablemente la contratación de algún otro profesional dedicado a la labor material de conexión, mientras el farmacéutico se dedica al contacto con el paciente y a la atención farmacéutica.

Se abre la posibilidad de los conflictos individuales entre la Administración sanitaria y determinadas farmacias que, teniendo en cuenta la enorme diferencia de fuerza negociadora entre las partes, se

traducirán en descuentos especiales y en la ruina de las oficinas de farmacia que queden fuera de la posibilidad de negociar o de conceder esas condiciones especiales.

Protección de datos

Debe señalarse que la protección de los datos del usuario, que van a disfrutar de la más alta protección legal prevista —nivel de seguridad alto—, costará entre 1.200 y 12.000 euros al farmacéutico. Las contravenciones de la ley pueden conllevar multas y sanciones de entre 60.101 y 300.506 euros. Los costes de la «firma electrónica» del farmacéutico dispensador también recaerán probablemente sobre él.

Control laboral

Los farmacéuticos estarán mucho más controlados, pues su intervención y presencia se puede asegurar mediante códigos, e incluso existen sistemas para que el proceso electrónico funcione mediante la huella digital. La dispensación, no cumpliendo al 100% las normas de los conciertos, se hará imposible (p. ej., dispensar medicamentos con recetas cuyo plazo de validez ha expirado, tamaños grandes por pequeños, adelantos de medicamentos, etc.).

Cuestionamiento de la farmacia

Ya hay voces que pretenden introducir la teleconsulta y la teleprescripción electrónica (de hecho, se va a implantar para los enfermos crónicos), la llamada «consulta virtual», que ya existe en los Estados Unidos. Ello permitiría disminuir la burocracia, mejorar la gestión de los recursos, descongestionar las consultas y, finalmente, ahorrar dinero a la Administración.

El paso siguiente puede ser la autorización para suministrar los medicamentos sin la presencia física del paciente o su representante en la oficina de farmacia, y la apertura a los envíos por correo o por mensajero, lo que en el fondo supone la no necesidad de la oficina de farmacia y la introducción de los medicamentos en las grandes superficies. En Spokane (Washington) se están haciendo pruebas con una máquina expendedora remota de medicamentos⁴ que en

España podría sustituir a los botiquines, y que avisa al propietario en tiempo real de sus existencias para permitir la reposición. En las IX Jornadas de EFP y Parafarmacia, celebradas en abril de 2002 en Madrid, había expuesta una máquina para la dispensación automática dentro de la farmacia con un precio de 36.000 euros.

Por otro lado, el sistema se presta a la eliminación de la oficina de farmacia en la dispensación de recetas para ciertos sectores. El SERGAS tiene prevista, para las residencias de mayores con más de 100 camas, la prescripción electrónica, su dispensación por el farmacéutico de atención primaria, que se hace obligatorio incluso en las privadas, y el suministro directo del SERGAS a la residencia de los medicamentos que necesiten los pacientes.

Aspectos fiscales

Todos los datos de las transacciones farmacéuticas quedarán registrados, especialmente en el caso de los fármacos dispensados con cargo a la Seguridad Social, pero probablemente sucederá también con los medicamentos dispensados por médicos privados o sociedades (Cataluña está ensayando precisamente la receta electrónica para el sector privado).

Objeción de conciencia

La libertad de conciencia del farmacéutico de oficina podrá ser mediatizada fácilmente, especialmente en casos en que se le exija por parte de la Administración pública la dispensación de un determinado medicamento como puede ser la denominada píldora del día siguiente, que en Andalucía se ha hecho de tenencia y dispensación obligatoria, negándose expresamente la objeción de conciencia al farmacéutico. Ello podría dar lugar a la aplicación de sanciones máximas a las farmacias que no quieran hacerlo (el artículo 108.2b.15 de la Ley del Medicamento considera la negativa a vender un medicamento, sin causa justificada, como falta grave, y la reincidencia como muy grave). En el futuro puede exigirse al farmacéutico su colaboración en una

eutanasia, pues ya se están aprobando leyes al respecto en Europa.

En cuanto se implante la receta electrónica, ya no le será posible al farmacéutico que no desee colaborar en tales prácticas decir «no tengo» o «se me ha acabado», ya que en el Registro Central de Recetas quedan registradas todas sus dispensaciones y a la Administración le será muy fácil demostrar que teniendo el medicamento no lo ha querido dispensar, con lo que infracción a la Ley del Medicamento quedará fácilmente demostrada.

Para los pacientes, el sistema, con indudables ventajas económicas y de racionalidad, tiene también sus riesgos, pues van a tener una sola historia clínica durante toda su vida, y, naturalmente, una sola historia farmacológica. Así, los *hackers*, *crackers* y otros desahortados pueden tener acceso a la historia clínica.

El *mundo feliz* de Huxley es un peligro que no queda demasiado lejos, pero al que se espera que los humanos en general y los farmacéuticos en particular den una respuesta al menos similar a la que los «no cerdos» dieron en *Rebelión en la granja*, de Orwell. La capacidad de análisis, de pensamiento y la posibilidad de decir no son fundamentales para los farmacéuticos en su defensa de la libertad propia y la de sus pacientes, más amenazada hoy que nunca por los modernos medios tecnológicos. □

Bibliografía

1. Proyecto PISTA II. Participación y observaciones del COF de Madrid. Informativo Farmacéutico 2001;enero-marzo:16-7.
2. Iniciativas sobre el rol del farmacéutico coincidentes con las del Consejo de Europa puestas en marcha por el COF Madrid. Código de Buenas Prácticas del COF de Madrid. Informativo Farmacéutico 2001;abril:5.
3. El proyecto PISTA II evitará fraudes a la sanidad pública, según el director general de Farmacia. El Global 2001;16-22 de abril:20.
4. Consultado en: www.diariomedico.com/edicion/noticia/0,2458,93804,00.html.