INFORMÁTICA

La receta electrónica (II). Proyectos de las comunidades autónomas

ANTONIO CORDOBÉS
Farmacéutico.

En un artículo anterior (OFFARM 2002;21[8]:142-50), el autor abordó, con una perspectiva general, el tema de la receta electrónica. En este segundo trabajo se analizan los proyectos que se están desarrollando en las distintas comunidades autónomas para poner en marcha la receta electrónica. Al igual que ha sucedido con las leyes autonómicas de ordenación farmacéutica, estos diferentes proyectos amenazan con implantar modelos absolutamente distintos e incompatibles.

El proyecto PISTA II ya fue concluido este año por el Ministerio de Ciencia y Tecnología, que presentó la aplicación correspondiente a las comunidades autónomas que, en principio, estaban interesadas en él, es decir, Canarias, Cataluña, Madrid y País Vasco. El problema fundamental reside en que la aplicación está diseñada para un determinado tipo de servidor —el Web Logic—, que es el que se usa en el País Vasco, pero no en las otras comunidades autónomas, que utilizan el Oracle IAS. Por otra parte, aun cuando se resuelva el tema a través de la correspondiente «pasarela», es necesario tener en cuenta las elevadas inversiones que son necesarias tanto en el campo de la prescripción como en el de la dispensación: conexiones seguras a Internet, equipos informáticos (mejor duplicados), firma electrónica, universalización de la tarjeta sanitaria, protección de datos, etc.,

aspectos que están retrasando notablemente los proyectos.

En la prensa[1] se ha publicado que a principios de junio de 1992 aún no había llegado al Ministerio de Ciencia y Tecnología ninguna petición de las comunidades autónomas comprometidas para instalar la aplicación del proyecto PISTA II. Además de este proyecto, existen otros distintos en otras comunidades autónomas, como el proyecto Gaia en la Comunidad Valenciana, el del SERGAS en Galicia, el Receta XXI en Andalucía, el de la Comunidad Navarra, etc.

En el campo de las recetas privadas existe un proyecto promovido en Cataluña por los colegios de médicos y farmacéuticos, por lo que es posible que Cataluña disponga de dos proyectos distintos de receta electrónica: uno para la sanidad privada y otro para la pública.

Es evidente que la situación está pidiendo a gritos una homogeneización y coordinación para que los españoles puedan ser atendidos de la misma forma en toda España. Realmente sería pintoresco que el Gobierno español haya promovido, en la última cumbre de la Unión Europea en Barcelona, la tarjeta sanitaria europea y esta compatibilidad no pueda existir en España. Las transferencias sanitarias realizadas recientemente, sin haber procedido simultáneamente a la aprobación de una ley de coordinación sanitaria, van a complicar notablemente el asunto. Es de temer que esta ley no se aprobará nunca, o se aprobará una norma que permitirá a las comunidades autónomas hacer lo que estimen más conveniente, como ha sucedido con la normativa de ordenación farmacéutica.

En todo caso, sí hay que decir que la prioridad de las comunidades autónomas no es la implantación de la receta electrónica, sino el control económico del gasto sanitario, así como saber, en tiempo real, lo que consume cada paciente y lo que prescribe cada médico. Todo ello puede saberse con la implantación de la tarjeta sanitaria, que en algunas comunidades autónomas está ya casi del todo implantada, y la ampliación en un dígito del código nacional para aumentar las referencias posibles desde 99.999 a 999.999, con la consiguiente modificación del cupón precinto, sustituyéndolo por una etiqueta autoadhesiva con una representación gráfica en formato PDF que puede suministrar al sistema sanitario una gran cantidad de datos, como ventas de cada producto por laboratorios, caducidades y lotes dispensados, con el consiguiente control sobre el farmacéutico y las condiciones de prescripción y dispensación. En concreto, esto facilitará el conocimiento estadístico de los medicamentos genéricos dispensados, sus marcas y precios, lo que permitirá apretar cada día más las tuercas sobre los precios de referencia.

> Es muy probable que las fuertes inversiones en informática y comunicaciones que están realizando todos los agentes sanitarios originen como secuela la implantación de la receta electrónica, ya que ésta permitirá ahorros sustanciales

De todas formas, es muy probable que las fuertes inversiones en informática y comunicaciones que están realizando todos los agentes sanitarios originen como secuela la implantación de la receta electrónica, ya que ésta permitirá ahorros sustanciales, marginando de la dispensación a través de las farmacias a las residencias de personas mayores, que cada día aumentarán en número. Este camino ya se está andando en Navarra y Galicia.

A continuación repasamos brevemente las características y el estado de los proyectos de receta electrónica en diversas comunidades autónomas.

Comunidad Valenciana

Según los responsables sanitarios de la Dirección General para la Prestación Farmacéutica de la Consejería de Sanidad de la Comunidad Valenciana[2], este plan es más amplio que el proyecto PISTA II, pues contempla la gestión global de la prestación sanitaria; dentro de él, la receta electrónica es un residuo. La iniciativa viene a englobar en un solo proyecto lo que en el proyecto PISTA suponen los planes piloto: «de aplicaciones de Intranet para un área de trabajo colaborativo en entornos clínicos», «red nacional de información en salud pública» y «receta electrónica y gestión farmacéutica».

Como paso previo, un decreto de agosto de 1999 estableció la creación del Sistema de Información Poblacional (SIP) de la Conselleria de Sanidad valenciana, que es un registro administrativo que reúne los datos de identificación, localización, acreditación de prestaciones sanitarias y relación de todos los ciudadanos valencianos con los servicios de salud. Igualmente, se ha creado, como en otras comunidades autónomas, la denominada tarjeta sanitaria individual (TSI), que ha sustituido a la clásica cartilla de la Seguridad Social y que será el elemento clave en la relación del paciente valenciano —y por ausencia, del no valenciano— con la sanidad pública autonómica.

El proyecto Gaia está más adelantado que el PISTA II, puesto que en abril de 2001 finalizó la primera fase consistente en la interconexión de todos los sistemas SIP, ABUCASYS (programas de prescripción de los Centros de Salud) e INTAI (Programas de Visado de Inspección Sanitaria). Se realizaron pruebas a finales de 2001, procediéndose igualmente a la actualización en el ámbito de la farmacia: talonarios de recetas y procesamiento informático de las recetas oficiales de la Conselleria.

Finalizada esta fase, las conexiones y relaciones con los órganos gestores y facultativos médicos se están ya realizando por medios electrónicos a través de la red de comunicaciones de la Comunidad Valenciana, denominada Arterias,

Tabla 1. Ventajas del Proyecto Gaia, según sus promotores

Centros prescriptores
– Ayudas al facultativo en el momento de realizar la prescripción
– Detección de interacciones medicamentosas y alergias
– Duplicaciones terapéuticas e infra-sobre dosificaciones
– Maestro de medicamentos actualizado
– Historial farmacológico
– Información objetiva y comparada a base de criterios coste/efectividad que permita decisiones clínicas racionales
– Mejora de la calidad asistencial a través de la gestión integrada de los diferentes servicios prestados
– Gestión más cómoda en la prescripción de las recetas en la medida en que se avance hacia un modelo de prescripción asistida
– Eliminación de tiempos de repetición de las recetas médicas fundamentalmente en tratamientos crónicos y medicamentos con visado previo a su dispensación
– Disminución en las consultas de la carga burocrática

Centros dispensadores
– Participación en planes de atención farmacéutica promovidos desde la Administración sanitaria, según la LORTAD
– Información sobre recetas robadas (se hace casi imposible cuando sean electrónicas)
– Validación de la dispensación frente a prescripción
– Reducción del coste de mecanización de las recetas
– Acceso a las bases de datos farmacológicos del paciente (no a las historias clínicas)

Administración sanitaria
– Conocimiento en tiempo real de las prescripciones y las dispensaciones realizadas, lo que permitirá la captura de la información, con digitación del sello médico, evitando el baile de números (los médicos verán en Internet el cuadro de mandos)
– Instrumentalizar políticas de mejora en la calidad de la prescripción que permitan actuar de forma más rápida y eficiente, consiguiendo a su vez una reducción de costes
– Fomentar un uso adecuado de los recursos asistenciales potenciando un consumo racional del medicamento
– Gestión de los recursos públicos con un máximo de eficiencia, sin pérdida de calidad para el ciudadano

Paciente
– Mejora de la calidad de los servicios prestados, tanto en el momento de la prescripción como en el de la dispensación

lo cual permitirá un mayor conocimiento de la terapéutica aplicada en esta comunidad y potenciar los programas de uso racional del medicamento (PARME).

En agosto de 2001, durante la segunda fase del proyecto Gaia, se comenzaron las pruebas de receta electrónica en dos áreas de salud, y en una tercera fase, a finales del 2001, se hicieron pruebas piloto de dispensación electrónica con oficinas de farmacia y la cobertura para todos los centros sanitarios de la Comunidad Valenciana, aunque el proyecto sigue sin implantarse en lo referente a las oficinas de farmacia.

Se pretende sustituir el modelo de funcionamiento actual de prescripción-dispensación-facturación por un modelo semiautomático de transición, para llegar finalmente al modelo definitivo de prescripción-dispensación–facturación electrónica.

En el futuro inmediato la prescripción será realizada en los centros a través de sus propios aplicativos (SIAP-WIN en el caso de los centros de salud) y se comunicará de una forma automática *on line* al sistema de información central. Al mismo tiempo, el nuevo sistema debe constituir la base de un proceso de dispensación electrónica a través del cual el farmacéutico, sin que el sistema efectúe una predeterminación de la oficina de farmacia, proceda a dispensar la receta a partir del registro electrónico correspondiente a la prescripción previa. Este proceso, según sus creadores, supone indudables ventajas al farmacéutico, pues le facilita la participación en planes de atención farmacéutica promovidos desde la Administración sanitaria y puede eliminar el coste de mecanización y prefacturar directamente a la Conselleria de Sanidad. Esta ventaja es dudosa, pues muchos farmacéuticos opinan que lo que se pretende es dejar al COF de Valencia sin base económica, debilitando así la defensa que éste hace de los intereses generales de los farmacéuticos valencianos. Por otra parte, la facturación directa podría amparar convenios individuales con oficinas de farmacia concretas, en perjuicio de la colectividad.

El sistema debe dar una respuesta a las dos situaciones que —al menos en un primer momento— se podrán plantear: *a)* dispensación de una receta tradicional escrita a mano; *b)* dispensación de una receta impresa en un centro ya informatizado y enviada al sistema de información central.

José Luis Gomis, director general para Prestación Farmacéutica de la Conselleria de Sanidad de la Generalitat Valenciana, en declaraciones[3] realizadas a Joan R. Lladós, afirmó que el proyecto Gaia es un sistema organizativo de transacciones de servicios, es decir, un gestor de la prestación farmacéutica que pretende, a través de la utilización de la TSI de la Comunidad Valenciana, alcanzar el escenario posible de la receta electrónica que sustituya al soporte papel. Y ello tras las fases de la prescripción electrónica asistida (historial farmacológico, guía farmacoterapéutica, etc.) y la dispensación asistida (atención farmacéutica), con todas las limitaciones que imponga la confidencialidad de datos.

El diseño del gestor se configurará bajo tres módulos funcionales:

– Módulo de gestión del sistema de información central.

– Interfaces de conexión con los sistemas informáticos locales de los centros prescriptores y oficinas de farmacia, así como con otros sistemas de información de la Consellería de Sanidad.
– Módulos de habilitación para aquellos centros prescriptores y dispensadores que carezcan de sistema informático local.

La evaluación permanente de la prescripción y de sus consecuencias, almacenadas en la base datos, permitirá tomar las medidas correctoras que se consideren precisas.

Los estudios que se realicen (informes, sumarios, perfiles individuales y comparativos, revisiones de productos y patologías específicas, etc.), en línea con el PARME, servirán para la mejora de la gestión sanitaria valenciana.

Según sus promotores, las ventajas que se estima para los agentes sanitarios son diversas (tabla 1).

Los farmacéuticos valencianos no parecen compartir el entusiasmo de la Administración autonómica por la receta electrónica. En el número del 12 de marzo de 2002 de *Cuadernos de Farmacia*, órgano oficial del COF de Valencia, se recogía un artículo de M. Carmen Carbonell, miembro del gabinete de prensa del colegio, en el que se citaba una serie de inconvenientes para el farmacéutico con la implantación de la receta electrónica: coste adicional del equipamiento, problemas con la firma electrónica, dificultad para que los médicos detecten la necesidad de cambios en el tratamiento de enfermos crónicos al no tener que visitarlos, problemas para incorporar las prescripciones privadas a la base de datos pública, posible colapso o «caída» de la red informática, dificultad de incorporar datos referentes a las vacunas individuales antialérgicas y bacterianas, visado de ciertas recetas, etc.

Cataluña

Aunque actualmente parece que es un proyecto con poca viabilidad, la receta electrónica catalana presenta varios aspectos originales. El primero es que ha sido promovida, desde el COF de Barcelona, por Jordi Vintró[4], ejemplar farmacéutico miembro de este colegio. El segundo aspecto es que pretende aplicarse a las recetas privadas y no a las de los servicios de salud públicos. El tercero es que ya se han realizado pruebas con ella. Aunque existen conversaciones con el Servicio Catalán de Salud (SCS) para extenderla a la sanidad pública, no parece que vaya a tener éxito, puesto que la Administración sanitaria catalana es una de las comprometidas con el PISTA II.

Merece señalarse la particularidad de que, en Cataluña, la TSI la presenta el paciente al farmacéutico de oficina, que es quien la registra, y no al médico

Las pruebas iniciales se hicieron con recetas ficticias, participando en ellas 3 médicos y 2 farmacéuticos, uno de ellos el propio Jordi Vintró, con farmacia en la ciudad de Manresa. Las pruebas fueron positivas. Posteriormente se hizo una prueba a mayor escala, también con recetas ficticias, tras la firma para ello de un convenio en el mes de febrero de 1991 entre los colegios de médicos y farmacéuticos de Barcelona. En este Plan piloto participaron un centenar de médicos privados y 25 oficinas de farmacia de Barcelona.

En julio de 2001 se hicieron pruebas de transmisión, pero no a través del ordenador central, que ya se había adquirido pero aún no estaba operativo (entró en funcionamiento a finales del pasado año). Este ordenador está situado en el COF de Barcelona, lo que no deja de ser una originalidad. Paralelamente, también se desarrolló el *software* necesario para médicos y farmacéuticos.

La iniciativa se retrasó respecto a las fechas previstas por problemas de seguridad con la «firma electrónica» que deben usar médicos y farmacéuticos. Éste es un tema muy delicado, ya que hay muy pocas entidades que dispongan de la tecnología necesaria y segura (Banco de España, Moneda y Timbre, Cámaras de Comercio), que además es muy cara. Por ello se ha procedido a formar una empresa, denominada Firmaprofesional, cuyos accionistas son los colegios de médicos y farmacéuticos de Barcelona y los de arquitectos e ingenieros industriales de Cataluña, además del Consejo Superior de Cámaras de Comercio, este último a través de la sociedad Camerfirma para su desarrollo y explotación. El protocolo de firma electrónica utilizado se denomina PKI (*Public Key Infrastructure*).

Los farmacéuticos que dispongan de la acreditación digital y de la firma electrónica podrán también conectarse con la Agencia de Inspección Tributaria, la Seguridad Social, etc., para, por ejemplo, poder presentar vía Internet sus declaraciones fiscales.

En noviembre de 2001, el COF de Barcelona convocó Inforfarma 2001, en la que participó la Sociedad Española de Informática de la Salud (SEIS). En este foro se habló de la receta electrónica, la TSI, la signatura o firma electrónica y los portales de salud.

Para la aplicación del sistema es indispensable el uso de la TSI, que, en Cataluña, desde el 1 de octubre de 2001, es el documento de identificación obligatorio. En la TSI consta el CIP (código de identificación personal). Merece señalarse la particularidad de que, en Cataluña, la TSI la presenta el paciente al farmacéutico de oficina, que es quien la registra, y no al médico. Otra condición necesaria para el funcionamiento del sistema es que todas las farmacias estén completamente informatizadas y conectadas al ordenador central. En febrero de 2001, cuando se firmó el acuerdo entre los colegios de médicos y farmacéuticos, había aún un 25% de las oficinas de farmacia no informatizadas, pero en este momento lo están el 100%, ya

que una farmacia no informatizada es una farmacia que no podrá dispensar en el futuro. Se calcula que las farmacias catalanas han tenido que invertir más de 24 millones de euros en este proceso, con su corolario obligado de protección de datos.

Operatividad de la receta electrónica catalana

– El médico, en su visita al paciente, puede: extender una receta normal y entregársela al paciente, o prescribir la receta a través de un terminal conectado mediante un servidor con el ordenador central del COF de Barcelona.

– Posteriormente, el paciente va a su farmacia con su identificación (desde octubre de 2001 con su TSI) y pide al farmacéutico «lo suyo». En ese momento, el farmacéutico se conecta con el ordenador central del colegio, se «baja» la receta y la dispensa.

Si avanzaran las conversaciones con el SCS para aplicar el sistema a las recetas oficiales, entonces el farmacéutico imprimiría la receta para adherirle el cupón-precinto de forma que se haga imposible el fraude a la Seguridad Social, si bien en el futuro se espera suprimir ese cupón-precinto y sustituirlo por un comprobante electrónico de la dispensación. El mayor problema para este acuerdo es que el sistema diseñado sólo tiene capacidad para 90 millones de recetas, lo que es poco para el tratamiento del conjunto de recetas públicas y privadas, pues según el *conseller* de Sanidad de Cataluña, Eduard Rius, la comunidad autónoma emite unos 100 millones de recetas públicas anuales. De todas formas, los responsables del SCS ya han manifestado públicamente que la fecha tope para implantar la receta electrónica pública es 2004. Aún existe la duda de si la Administración sanitaria catalana se sumará al proyecto presentado por los colegios de médicos y farmacéuticos o desarrollará uno propio derivado del PISTA II. Por otra parte, parece que la Administración ha perdido mucho interés en el asunto de la receta electrónica, por lo que, de desarrollarlo, parece que se inclinaría por su propio proyecto derivado del PISTA II.

El sistema facilitará la prescripción a enfermos crónicos sin necesidad de que éstos se desplacen a los centros de salud; impedirá los fraudes ocasionados por el uso de tarjetas sanitarias de pensionistas por quienes no lo son; evitará errores de lectura de las recetas escritas a mano; elaborará la historia farmacoterapéutica del paciente, controlando mejor el riesgo de interacciones medicamentosas; permitirá detectar posibles problemas terapéuticos y, en definitiva, ahorrar costes sanitarios y progresar hacia el uso racional del medicamento. Si se implanta también para las recetas públicas, ello permitiría grandes ahorros en el proceso de valoración y pago de las recetas de cada farmacia. En principio, se ha descartado la formación de una única historia clínica del paciente.

En todo caso, aunque no tenga éxito este intento de receta electrónica, la creación de Firmaprofesional realizada al calor de la iniciativa ya está sirviendo para que los farmacéuticos catalanes envíen telemáticamente sus datos de facturación, sus ficheros y comprueben los TSI de los clientes de forma segura y encriptada.

Galicia

Al contrario que en otras comunidades autónomas, el proyecto ha encontrado en Galicia la oposición rotunda de los colegios de médicos, que entendían que la Administración pretendía limitar y controlar sus prescripciones, ya que inicialmente el médico debía remitir, vía electrónica, sus prescripciones al ordenador central del SERGAS (Servicio Galego de Saúde), y si este organismo considerara que la prescripción no era correcta desde el punto de vista del diagnóstico, la receta no sería validada y la central propondría otro. Antes de la dispensación el farmacéutico debería ponerse en contacto electrónico con el SERGAS para recibir la autorización de dispensación. Además, se creaban en los centros de atención primaria «comisiones de farmacia», para las que la Dirección General de la División de Farmacia y Productos Sanitarios del SERGAS deseaba contar entre 110 y 120 farmacéuticos, que elaborarían «protocolos de utilización de medicamentos», lo que también contaba con la oposición de los médicos, que han manifestado que no aceptarán «la supervisión ni la intromisión de los farmacéuticos», y que «sería preferible contratar más médicos y menos farmacéuticos».

La Dirección General de la División de Farmacia y Productos Sanitarios del SERGAS justifica el proyecto con que hasta ahora el este organismo controla quién prescribe y lo que prescribe, pero no para qué lo prescribe, lo que impide un funcionamiento eficiente de los recursos del sistema. Este proyecto es mucho más radical que el TAIR (terminal autónomo de recetas) que el INSALUD viene implantando en sus consultas de atención primaria, teniendo dos diferencias fundamentales con el TAIR: incorpora el diagnóstico en su base de datos y valida la dispensación.

Finalmente, parece que se ha renunciado a registrar la historia clínica de los pacientes y, por tanto, a la validación de la idoneidad de la prescripción. Únicamente se registrará la historia farmacoterapéutica, y a ella no tendrán acceso los farmacéuticos con oficina de farmacia. Éstos tampoco conocerán el motivo de la prescripción médica. Los farmacéuticos recibirán únicamente la

confirmación de que la receta ha sido prescrita en el sistema.

En cuanto a los protocolos de utilización de medicamentos, serán elaborados, en las comisiones de farmacia, por equipos multidisciplinarios, con participación de los médicos y los diplomados de enfermería, y serán de utilización voluntaria por parte de los primeros.

Otro de los objetivos del proyecto es que todos los medicamentos que se utilicen en las consultas o en las urgencias extrahospitalarias sean adquiridos directamente por el SERGAS, sin que los pacientes tengan que ir a por ellos a las oficinas de farmacia, lo que supondrá un ahorro adicional para la Administración. Todas las residencias de ancianos, públicas y privadas, con más de 100 plazas deberán contar con un farmacéutico, de forma que los medicamentos que se prescriban a los residentes en ellos sean dispensados por aquél y dentro de los adquiridos por concurso por el SERGAS, lo que supondrá un duro golpe para muchas oficinas de farmacia. La razón de fondo de esta medida es que, actualmente, el paso obligado para recibir los medicamentos prescritos del colectivo de jubilados por las oficinas de farmacia supone una fragmentación del poder de compra de la sistema gallego de salud, además de un margen adicional para la distribución y las oficinas de farmacia, y, por tanto, un encarecimiento de los medicamentos financiados por la sanidad pública.

El SERGAS ha aprobado recientemente el decreto de apertura de servicios de farmacia en los centros de atención primaria, para así implantar la receta electrónica el próximo año. De todas formas, el SERGAS ha perdido mucho de su deseo inicial para instaurar la receta electrónica. En mi opinión, la razón es la gran oposición presentada por los colegios de médicos gallegos.

Por otra parte, la mayor parte de los objetivos del SERGAS se colma con la implantación de la tarjeta sanitaria individual y las medidas de coordinación y control de los establecimientos sanitarios, iniciativas en las que han hecho un gran esfuerzo, como puede verse en el sitio web del SERGAS (www.sergas.es).

La Dirección General de la División de Farmacia y Productos Sanitarios del SERGAS ha dejado bien claro que no se negociará con los farmacéuticos, aunque ha tenido que plegarse a muchas de las exigencias de los médicos.

El SERGAS ha aprobado recientemente el decreto de apertura de servicios de farmacia en los centros de atención primaria, para así implantar la receta electrónica el próximo año

Madrid

También la Comunidad Autónoma de Madrid, aunque con algún retraso, se ha apuntado al desarrollo y aplicación de la receta electrónica. La Ley de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid (LOSCAM), que entró en vigor el 1 de enero de 2002, y las transferencias sanitarias han impulsado el proceso. La receta electrónica madrileña se basa en el proyecto PISTA II.

Actualmente se están realizando pruebas en el Área I de Salud, en el Polígono de Santa Eugenia de la ciudad de Madrid, a través del Centro de Salud (cerro Almodóvar) y de 12 oficinas de farmacia de la zona que voluntariamente han querido participar, y a cuyos farmacéuticos titulares y adjuntos ha dado el COF de Madrid la oportuna formación. El ensayo piloto es gratis para las farmacias participantes. El programa de *software* se denomina Nativo; por una parte, puede funcionar en tiempo real, y por otra en diferido, o *batch*, para el envío de recetas al colegio.

El proceso operativo[5] de la receta electrónica madrileña es similar al de las demás comunidades autónomas. El paciente presenta su tarjeta al médico en el ambulatorio, donde éste, previa consulta de su historial clínico y farmacológico grabados en la Base de Datos del Sistema Regional de Salud (SRS), si es que el paciente lo autoriza para ello, y vistas las posibles interacciones o contraindicaciones, realiza la oportuna prescripción, que queda registrada en el ordenador central, el cual inmediatamente emite la receta en papel, recogiendo todos los datos que figuran en la tarjeta TAIR del paciente y los de la prescripción.

En el futuro, la receta prescrita impresa por el médico podría desaparecer, «bajándola» el farmacéutico de la base de datos. Posteriormente, el interesado presenta su receta en la oficina de farmacia para su dispensación. El farmacéutico, previa autorización del paciente, puede conectarse con la base de datos del SRS para comprobar el historial farmacoterapeútico de aquél y comprobar si la medicación prescrita es compatible con la procedente de las recetas privadas y las EFP del mismo sujeto. Para ello, puede comprobar la base de datos farmacológica del colegio. Si el farmacéutico, tras las consultas pertinentes, detecta alguna posible incidencia, la graba en la base de datos del SRC para su transmisión al médico prescriptor. Al dispensarse la receta, sus datos quedan grabados en el ordenador de la oficina de farmacia, grabándose también la anotación de «dispensado» en la base de datos del SRS.

Con cada dispensación realizada el farmacéutico envía un mensaje XML al SRS, que contiene los siguientes datos:

– Número de prescripción.
– Fecha de dispensación.
– PVP.
– Medicamento sustituido en su caso.
– Cantidad sustituida en su caso.

Al final del día, o en varias ocasiones, según el volumen de sus dispensaciones —normalmente, dos—, el farmacéutico envía al colegio las recetas en lotes de 50, en proceso *batch*, habiendo grabado previamente su firma digital. Al colegio se envían los siguientes datos:

– Número de colegiado del médico prescriptor.
– Número de CIAS del médico prescriptor.
– Número de la tarjeta sanitaria del paciente.
– Número de la farmacia dispensadora.
– Número de la provincia.
– Número de la receta.
– Número de la prescripción.
– Número de envases dispensados.
– Número de cuerpo de TLD.
– Código nacional del medicamento.
– Importe de la dispensación.
– Fecha de la dispensación.
– Código de régimen de la receta.
– Certificado digital.
– Firma electrónica.

A continuación, el colegio procesa los datos, incluyendo el importe y el margen de la dispensación, y remite mensajes XML al SRS, cada 3 horas, con todas las recetas que le hayan llegado. Al farmacéutico le envía los resúmenes de facturación y los graba en la base de datos farmacológica del colegio. Una vez al mes, el colegio envía mensajes al SRS con todas las recetas manuales dispensadas que le han llegado de las farmacias, con los datos que le son aplicables del listado anterior, agregando el «número del localizador».

El farmacéutico tiene siempre la posibilidad de conectarse a la base de datos del Servicio Regional de Salud para comprobar la validez de la receta.

La facturación de las recetas electrónicas se hará semanalmente, y las no electrónicas, mensualmente, siempre a través del colegio.

Para el equipamiento se estima que el gasto mínimo por farmacia será de 1.200 euros, si bien habrá que calcular aparte los gastos derivados de la instalación de la línea ADSL, la conexión a Internet y, sobre todo, los que vengan exigidos por la seguridad de datos y por el personal necesario. Dado el número de farmacias existentes en la Comunidad Autónoma de Madrid y la experiencia de Barcelona, es de suponer que el gasto será sensiblemente más elevado.

Para la generalización del sistema en la comunidad habrá que esperar a la informatización e interconexión de todos sus centros sanitarios, junto con la puesta en marcha de las agencias sanitarias previstas (30-40), que se ocuparán de las citas médicas y que permitirán la constitución de la base central de historias clínicas y farmacológicas y, finalmente, la libre elección de médico.

El Servicio Navarro de Salud está iniciando también un proyecto de receta electrónica, en el que ha comenzado por establecer la exigencia legal del uso de la TSI

Andalucía

El proyecto de receta electrónica andaluza se denomina Receta XXI. Este proyecto, como el valenciano y el gallego, sigue senderos propios y no está adherido al PISTA II, pues según los responsables de la sanidad andaluza éste «no le aporta nada», ya que consideran de que el tema de la prescripción asistida lo tienen ya abordado por su propio sistema, hasta el punto de que el 60% de las prescripciones se hace ya por ordenador. Aspiran a tener plenamente establecida la receta electrónica en la atención primaria para finales de 2003, y en el campo de las especialidades para 2004. En este sistema los médicos abren un «crédito» al paciente para un determinado tratamiento y plazo. Los farmacéuticos, de acuerdo con la pauta de dispensación establecida por el médico en la base de datos, van dispensando los medicamentos y dándolos de baja del crédito establecido. Los citados «créditos» pueden contener varios medicamentos y varias unidades, lo que en conjunto constituye un tratamiento.

A los inmigrantes, legales e ilegales, sin tarjeta sanitaria individual se les seguirá prescribiendo en recetas normales de papel.

De todas formas, la Administración sanitaria andaluza está más centrada en la informatización de la gestión de los hospitales y centros de atención primaria que en la propia receta electrónica. La distribución de TSI, sin las cuales no puede funcionar el sistema, y la informatización de las oficinas de farmacia andaluzas es menor que en otros lugares. Se pretende retribuir a los médicos de acuerdo con el número de tarjetas que tengan asignadas. Esto también puede aplicarse a otras comunidades autónomas.

Navarra

El Servicio Navarro de Salud está iniciando también un proyecto de receta electrónica, en el que ha comenzado por establecer la exigencia legal del uso de la TSI, que debe ser presentada en cada dispensación al farmacéutico para que éste compruebe que tiene derecho a la prestación. La Consejería de Salud del Gobierno Foral de Navarra espera sustituir completamente la receta en papel por la electrónica. □

Bibliografía

1. Retrasos en el proyecto PISTA de receta electrónica. El Global 2002; 27 de mayo: p. 27.
2. Trillo JL, et al. Gestión farmacéutica en la red. Revista Valenciana de Medicina de Familia 2001;9:39 y siguientes.
3. Lladós JR. «Hemos vivido y estamos viviendo unos momentos clave para el futuro de esta histórica, brillante y hermosa profesión». El Farmacéutico 2001;266:68.
4. Vintró J. Receta electrónica catalana. El Farmanauta 2001;7 e información personal al autor.
5. Receta electrónica: Proyecto piloto en Madrid. Informativo Farmacéutico 2001;octubre-diciembre:29-30.
6. Navarra implantará la receta electrónica. El Farmacéutico 2002;283:34.