



Profesor del Departamento de Enfermería de la Facultad de Medicina de la UAB (Universidad Autónoma de Barcelona). España.

**Correspondencia:**

Manel Quintanilla Martínez

Profesor del Departamento de Enfermería de la Facultad de Medicina de la UAB (Universidad Autónoma de Barcelona). Unidad docente del Vall d'Hebrón. Barcelona. España. E-mail: manuel.quintanilla@uab.cat

**RESUMEN**

Revisamos la inminente implantación de la receta electrónica, elemento imprescindible para mejorar la calidad en la atención sanitaria, así como herramienta clave para controlar el gasto sanitario. Se hace necesario identificar el papel que deben tener los diferentes agentes de salud implicados en su desarrollo. Por ello, hemos de conocer y, posiblemente después, analizar los resultados de las experiencias piloto llevadas a cabo en las diferentes autonomías implicadas en el proyecto, para dar respuesta a los interrogantes que su aplicación tienen en los diferentes colectivos implicados: médicos, **enfermeras**, farmacéuticos, colegios profesionales y laboratorios. Una faceta muy importante es la informatización y compatibilidad con plena seguridad entre todos ellos, garantizando todo lo relativo a la confidencialidad y seguridad de las transacciones. Ello será posible si definimos el papel que han de tener los agentes de salud según los resultados obtenidos en los proyectos piloto puestos en marcha por las comunidades para implantar la **e-receta**; partiendo de ellos, el Ministerio de Sanidad y Consumo (MSC) dará los criterios de coordinación de los diferentes modelos para llegar a un modelo integrado para todo el Sistema Nacional de Salud (SNS).

**PALABRAS CLAVE**

Enfermera, *e-receta* (receta electrónica), información, comunicación, compatibilidad, seguridad.

**INTRODUCCIÓN**

El marco conceptual en el que se centrará este artículo se inicia con los proyectos y experiencias piloto puestos en marcha por las comunidades para implantar la **e-receta**, en la que el MSC nos dará los criterios de coordinación de los diferentes modelos para llegar a un modelo integrado para todo el SNS.

Estos proyectos/experiencias se han realizado previamente a la inminente implantación de la receta electrónica, que se considera, en principio, como un elemento imprescindible para mejorar la calidad en la atención sanitaria, así como una herramienta clave para controlar el gasto sanitario (1).

Revisaremos la problemática de la receta electrónica ateniéndonos a los resultados de las experiencias piloto llevadas a cabo en las diferentes autonomías implicadas en el proyecto con el fin de dar respuesta a las interrogantes que su aplicación tienen en los diferentes colectivos implicados: médicos, enfermeras, farmacéuticos, colegios profesionales y laboratorios.

La implantación de la receta farmacéutica electrónica (2) se ha demostrado como una de las vías más eficaces para aligerar la carga burocrática de los médicos de familia y disminuir el nú-

## Implicación de la enfermera en la prescripción electrónica segura

### *Involvement of the nurse in secure electronic prescribing*

**SUMMARY**

*The imminent introduction of electronic prescriptions, an essential element for improving quality in health care, as well as a key tool to control costs. It is necessary to identify the role they should have different health workers involved in its development.*

*For this, we must know and possibly later to analyze the results of the pilot carried out in the different autonomous regions involved in the project, to provide answers to the questions that have application in different organizations involved, both doctors, nurses, pharmacists, professional associations and laboratories. A very important aspect is the computerization and supports it safely between them, ensuring all matters relating to the confidentiality and security of transactions.*

*This is possible if we define the role they have to have health workers, according to the results of the pilot projects implemented by communities to implement e-prescribing, and based on the MSC give them the criteria of coordination of different models to arrive at an integrated model for the whole NHS.*

**KEY WORDS**

*Nurse, e-prescribing, information, communication, compatibility, security.*

mero de visitas de los enfermos. Las cuatro comunidades autónomas que la han introducido (Andalucía, Extremadura, Baleares y Cataluña) han experimentado descensos de la denominada frecuentación (visitas de paciente por año) de hasta un 30%, un dato que contrasta con el gradual incremento que padecen las autonomías que siguen con el sistema tradicional de receta en papel. Según datos del Ministerio de Sanidad, estas cuatro regiones dispensaron el año pasado más de 139 millones de recetas electrónicas.

La receta electrónica permite que el médico y el farmacéutico estén en contacto a través del ordenador, de manera que el paciente solo tiene que ir a la botica con su tarjeta sanitaria donde ya saben lo que necesita. Es una gran ventaja para enfermos crónicos, que se evitan ir al ambulatorio cada vez que se les agota un fármaco.

Andalucía fue la primera autonomía en implantar este servicio, con experiencias piloto ya en el año 2003. Algunos núcleos de población aislados todavía funcionan con la receta tradicional pues son zonas sin cobertura de banda ancha de Internet. En Andalucía, según el Servicio de Salud, la carga asistencial de los ambulatorios ha disminuido un 20%.

Baleares introdujo la receta electrónica en septiembre de 2006, con un plan piloto en Ibiza y Formentera, para un total de 4.294 pacientes crónicos. Durante el primer año, se observó un descenso del 12,3% en las consultas a médicos y del 34,8% en las de enfermería. Ya el segundo año estos porcentajes aumentaron hasta el 22,8% y el 35,8%, respectivamente. El Servicio Balear de Salud calcula que la utilización de la receta electrónica supone un ahorro de 458.865 euros anuales. En opinión de Josep Pomar Reynés, director general de Sanidad de Baleares, se trata de “una experiencia muy positiva. La informática se ha demostrado un instrumento desburocratizador de los actos administrativos —recetas— y da más eficiencia al sistema sanitario porque los facultativos tienen más tiempo para actos médicos y asistenciales”.

Las primeras experiencias en Extremadura presentaron claros resultados. En marzo de 2007 arrancó en las localidades de Santa Amalia (Badajoz) y Malpartida (Cáceres), pero no se completó su implantación hasta mayo de 2009. Las visitas a los ambulatorios disminuyeron cerca del 30% en las poblaciones donde funcionaba este tipo de receta, pero el gasto farmacéutico se disparó. Mientras el incremento medio español en medicamentos fue del 4,6%, en Extremadura se dobló hasta el 8,2%. Todo el sector sanitario lo achacó a la implantación de la receta electrónica.

La última comunidad en adoptar la receta electrónica ha sido Cataluña, en la que se han obtenido resultados más modestos. Sin embargo, las pruebas piloto son de 2008, y hasta este año no ha empezado a extenderse a Barcelona, el área más poblada. A pesar de ello, las primeras cifras del Departamento de Salud señalan que las visitas disminuyeron el 3% desde octubre de 2009 a febrero de 2010, respecto al mismo periodo del año anterior. Unos datos que la Generalitat no solo achaca a esta receta, sino a otras medidas. Cataluña es la única comunidad en la que también bajan las urgencias hospitalarias, el 5% en 2009.

Y teniendo en cuenta que una faceta muy importante es la informatización y compatibilidad con plena seguridad entre todos ellos, garantizando todo lo relativo a la confidencialidad y seguridad de las transacciones.

Las preguntas que nos vamos a plantear, para ser eficientes y efectivas como enfermeras/os en esta tarea difusora e informante de esta innovación, que iremos respondiendo a lo largo del artículo, son:

- ¿Qué es la receta electrónica?
- ¿Qué ventajas tendrá?
- Cómo se va a gestionar?

Los anteriores son algunos de los ítems que a lo largo de la exposición se van a ir respondiendo, con las aportaciones que vamos a ir realizando al respecto de seguridad y confidencialidad, así como referencias a cambios de tratamiento, revisiones y prescripciones a largo plazo.

## OBJETIVO

Demostrar que la enfermera/o ha de ser uno de los agentes de salud con la misión de informar y difundir dentro de las ABS (Áreas Básicas de Salud), lo que es la *e-receta* que se considera en principio, como un elemento imprescindible para mejorar la calidad en la atención sanitaria, así como una herramienta clave para controlar/contener el gasto sanitario.

## CONTENIDOS

La ministra de Sanidad y Política Social, Trinidad Jiménez, y el titular de Industria, Turismo y Comercio, Miguel Sebastián (3), firmaron el convenio marco de colaboración para el desarrollo de la II fase del

programa **Sanidad en Línea** (2009-2012), en la que se preveía lograr en el año 2010 la implantación en todas las comunidades autónomas la historia clínica digital y la receta electrónica, de las que se beneficiarán cada año cerca de 4,5 millones de personas que deben recibir asistencia médica fuera de sus propias autonomías (4).

En la actualidad, 10 comunidades tienen en marcha proyectos piloto de implantación de la historia clínica digital, se trata de Andalucía, Baleares, Cantabria, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Cataluña, Comunidad Valenciana, Extremadura, La Rioja y Murcia. Baleares y la Comunidad Valenciana son las que tienen el proyecto más avanzado, según indicaron a Europa Press fuentes de Sanidad.

Por su parte, la receta electrónica está implantada solo en Andalucía y Baleares. Es Andalucía la comunidad más avanzada en este proyecto, con el plan “Receta 21”, indicaron estas fuentes.

En la nueva fase de este programa, que da continuidad a la primera prevista para su desarrollo entre 2005 y 2010, y que estará vigente hasta el 31 de diciembre de 2012, está prevista la implantación de la historia clínica digital en todo el SNS, no solo dentro de cada comunidad, sino para compartir la información disponible del paciente entre las diferentes autonomías.

Asimismo, prevé la implantación de la receta electrónica del SNS en todas las comunidades autónomas, lo que dará a los ciudadanos la posibilidad de retirar, con su receta electrónica y su correspondiente tarjeta, los medicamentos que necesite en una farmacia situada en una comunidad autónoma distinta a aquella en la que se le haya prescrito el fármaco.

Los últimos dos años de esta etapa del plan, desde el año próximo hasta 2012, servirán para realizar acciones de difusión y capacitación dirigidas a profesionales y ciudadanos, que impulse el uso y muestre el funcionamiento de los nuevos servicios, e iniciativas de apoyo a las comunidades autónomas, para que todas puedan alcanzar similar desarrollo tecnológico de forma coordinada.

La financiación prevista para esta iniciativa se eleva a 195, 2 millones de euros, aportado por Industria (55 millones), Sanidad (46,6 millones) y las comunidades autónomas que se adhieran al programa y que invertirían unos 93,6 millones de euros.

Para Jiménez, la puesta en marcha de estos servicios mejorarán la atención sanitaria en España, aumentando para el paciente “las garantías de seguridad” y ofreciéndole “la posibilidad de conseguir sus medicinas en cualquier punto, sin necesidad de una receta en papel”, además de “evitar la duplicidad de pruebas diagnósticas” o posibles errores a la hora de recibir una asistencia.

“Me van a permitir que me sienta orgullosa del proyecto porque es pionero en el mundo y un ejemplo y referencia para importantísimos países, que ya nos están pidiendo también utilizarlo”, indicó la ministra.

En este sentido se manifestó también Sebastián, quien considera “paradigmática” en el ámbito de la Unión Europea (UE) la apuesta por la innovación tecnológica realizada por el Gobierno y “claros” los beneficios que aporta al ciudadano cuando se habla de sanidad.

“Los resultados no pueden ser más alentadores en el caso de los servicios sanitarios, gracias a la colaboración con el Ministerio de Sanidad y Política Social, la primera fase del programa ha permitido movilizar 250 millones de euros”, apuntó.

Dice que estas “frías cifras” se pueden “traducir en hechos concretos, como son que el 96% de los centros de salud disponen ya de soluciones informáticas que facilitan la gestión clínico-asistencial de los médicos de familia y pediatras, beneficiándose con ellos a más de 33,7 millones de personas”.

Y que “más de 7 millones de ciudadanos sean atendidos por profesionales de la salud que disponen del servicio de receta electrónica



105 y que 21 millones de ciudadanos puedan concertar cita con especialistas por medios telemáticos”, según añadió el ministro.

Para el desarrollo e implantación de la *e-receta*, ha sido de vital importancia que el ministerio de Sanidad haya tramitado el nuevo proyecto de real decreto de receta electrónica. Una norma que regulará la prescripción en la sanidad pública y la privada en todos los formatos. Así, tras años de preparación el paciente podrá por fin acceder a los fármacos que el médico le ha recetado en cualquier farmacia de España. Algunas comunidades como Castilla y León ya utilizan la receta electrónica. Sin embargo, el nuevo modelo es común y podrá ser utilizado en todo el territorio. El decreto de Sanidad establece por primera vez un modelo obligatorio y único de receta también para la sanidad privada. Esta deberá recoger una información mínima, dimensión común y formato. La gestión, edición y distribución de estas recetas comunes serán responsabilidad de las corporaciones de médicos y odontólogos.

El nuevo modelo prevé que la receta pueda incluir instrucciones y órdenes hospitalarias, información de todos los medicamentos recetados en la misma fecha y datos sobre el tratamiento completo para el paciente. Además, la receta incluirá información y advertencias para el farmacéutico. Todo ello gracias a la implantación de certificados digitales en la práctica totalidad de los Colegios de Farmacéuticos de España.

Hemos de tener presente que para muchos ciudadanos la cuestión de las recetas médicas es un trámite eventual por el que tienen que pasar muy de vez en cuando. En este grupo está la población que goza de buena salud.

En cambio, muchas otras personas se ven necesitadas de una amplia gama de medicinas que deben administrarse con regularidad y frecuencia. Tal es el caso de las personas con enfermedades crónicas y, sobre todo, el grupo de la tercera edad. Para todo este colectivo, que a día de hoy tiene que acudir a la farmacia con un ramillete de recetas oficiales timbradas en su centro de salud, la receta electrónica supondrá un alivio.

La tarjeta sanitaria, una tarjeta de bolsillo con un dispositivo electrónico, y la receta electrónica sustituirán a todo el papeleo de prescripciones e identificaciones vigente. “Las personas mayores que acuden con frecuencia a una farmacia, lo hacen porque sufren enfermedades crónicas que necesitan una medicación constante”, explica Pilar Varela, titular de una farmacia del distrito centro de Madrid (5), un área con más de un 20% de población mayor de 60 años. “Estas personas se sienten inseguras ante tantos papeles, ya que necesitan mensualmente bastantes medicamentos diferentes y cada uno precisa de una receta individual”, prosigue la doctora Varela. La farmacéutica añade que “en estas edades la tendencia a las confusiones y los olvidos aumentan y con ello el miedo a equivocarse, por lo que toda innovación que simplifique los trámites aportará tranquilidad a los pacientes”.

Por otro lado, el tiempo de registro y gestión de las recetas se reducirá enormemente. Actualmente, las recetas de los servicios públicos de salud contienen un código de barras para verificar su autenticidad. Pasarlas una a una por el lector es un trabajo extra, y obligatorio, que se añade a la búsqueda del medicamento y su entrega al cliente, previa muestra del carné de identidad. La consecuencia de un protocolo tan largo es la acumulación de personas en el reducido espacio de la botica, con la incomodidad que ello conlleva. El nuevo sistema, ha iniciado su andadura en Cataluña y después se implantará en Andalucía. Está avalado por el plan “Sanidad en Línea” del Ministerio de Sanidad y cuenta con un presupuesto de 141 millones de euros que podrían duplicarse en el futuro en caso de participar más comunidades. En el proyecto interviene también

el Ministerio de Industria. El objetivo es que progresivamente se vayan introduciendo los historiales médicos de los ciudadanos residentes en cada comunidad en una base de datos a la que tanto los médicos como los farmacéuticos tengan acceso; podemos decir que es un efecto más de la globalización de la sociedad y el uso de sus recursos. Otro objetivo es que se evitara o reducirá la frecuentación (tiempo invertido) tanto en el ABS como en la farmacia.

En la base, que contará con una entrada personal para cada paciente, se detallará el historial clínico del mismo, las distintas líneas de medicación que ha seguido y los medicamentos que le han sido prescritos en el momento de la consulta. Por su parte, el paciente poseerá la tarjeta sanitaria, que le identificará como usuario y permitirá tanto al farmacéutico como al médico acceder a su historial clínico y farmacológico. Por ello, cuando el médico prescribe los medicamentos a un enfermo en el centro de salud, lo hará tecleándolos en el ordenador e introduciendo la prescripción en la base de datos, tal como explica Antoni Gilabert, jefe de la división de Atención Farmacéutica y Prestaciones Complementarias del Servei Català de Salut. Seguidamente el médico pasará la tarjeta sanitaria del paciente por un lector e imprimirá una hoja de papel con el listado de medicamentos a entregar. “La hoja lleva un código de barras que se leerá en la farmacia; es el único requisito físico que hay en todo el proceso, pero es solo una hoja y no varias como antes”, tal como aclara el doctor Gilabert.

Una vez en la farmacia, se pasará la hoja por el lector de códigos y después la tarjeta sanitaria permitirá la comprobación de los datos del paciente. Sin más, este recibirá sus medicamentos y podrá marcharse, hasta el próximo mes. El que exista una hoja de papel como requisito tiene su sentido: junto a la agilización de la entrega de medicamentos, otro objetivo de la receta electrónica es evitar el fraude farmacéutico en la salud pública.

El objetivo es tener los historiales médicos de los ciudadanos en una base de datos a la que tanto los médicos como los farmacéuticos tengan acceso, lo que ya en sí es un avance exponencial, ya que ello permite una reducción de coste importantes y, por otro lado, un aumento de la efectividad y eficiencia en la gestión de la información que se maneja.

“Es habitual que venga un familiar a recoger medicamentos, que teóricamente son para una persona mayor, explicando que el enfermo no se encuentra en condiciones de salir a la calle”, admite la doctora Varela. También reconoce que es difícil distinguir entre la verdad y la falsa excusa en estos casos. “No puedes dejar a una persona mayor sin sus medicamentos”, dice.

Con el nuevo sistema se podrá ejercer un mayor control sobre las irregularidades en el consumo de medicamentos por parte de un enfermo, además de evitar el fraude mediante la falsificación de recetas, ya que el código de la tarjeta y el de la hoja impresa por el médico deberán coincidir. La hoja impresa también sirve de comprobante de entrega para que el farmacéutico pueda cobrar al servicio de salud los medicamentos.

“En el caso de pacientes crónicos o impedidos, que son los candidatos a ‘prescripciones a largo plazo’, no será necesario que efectúen tantos desplazamientos del centro de salud a la farmacia”, explica el doctor Gilabert, “ya que sus líneas de medicación podrán ser programadas con meses de antelación y tanto el médico como el farmacéutico sabrán exactamente cuál es la cuota mensual de fármacos, por lo que no habrá problema alguno en que vaya a recogerlos un familiar”.

Con este sistema también se puede destacar otra ventaja de la receta electrónica y de la digitalización y control de los historiales clínicos y farmacológicos: “Existe una seguridad en el uso de los me-



dicamentos, cosa que, aunque parezca increíble, ahora no existe”. Como ejemplos pone el control de las duplicidades y las contraindicaciones antes de iniciar una medicación. “Muchas veces, como no existen historiales salvo en casos de enfermedades serias, se recetan medicamentos parecidos a los que el paciente tomó anteriormente y que no le hicieron efecto, o bien tuvieron efectos negativos”, asegura Antoni Gilibert: “Existirá una mayor seguridad en el uso de los medicamentos”.

Por otro lado, todo esto hará que la comunicación entre médico y farmacéutico mejore sensiblemente, por lo que se podrán establecer consultas bidireccionales y detectar casos de abusos de medicamentos o adicciones. “En ocasiones, el paciente va acumulando fármacos en su armario de las medicinas y se las administra sin control médico; es decir que se automedica con todo lo que esto conlleva: uso de medicamentos caducados o deteriorados, abusos, adicciones...”, apunta Antoni Gilibert. El médico asegura que la receta electrónica prevendrá estos sucesos.

La tarjeta sanitaria, como ya sabemos, está presente en diversas comunidades desde hace años: en Cataluña, donde el 70% de los centros de salud están informatizados, existe desde 2000. En Andalucía entró en vigor en 2002. Actualmente la tienen casi seis millones de ciudadanos de dicha comunidad y permite realizar 300.000 gestiones médicas al día. En el País Vasco el modelo comenzó a implantarse en 1988. Por el momento, el Servicio Vasco de Salud está aplicando la receta electrónica, en fase experimental, en las poblaciones de Markina y Basauri. Hasta aquí hemos podido ver algunas de las ventajas que representa la implantación de la *e-receta*, es un ejemplo más de las políticas informacionales que mejoran la difusión, a través de los agentes o actores profesionales, siguiendo directrices de los actores locales en la política global, como ejemplo de una red social cohesionada (1).

Otro tema a tener en cuenta es la irrupción de la prescripción enfermera, tema candente que en estos momentos también está en vías de solución e implementación, y desde luego está íntimamente relacionado con la *e-receta*, ya que será un nuevo actor a introducir en el proceso y estructura de esta. La situación actual de la prescripción enfermera está, como podemos ver seguidamente, en un avance, ya sin retorno, pues en Andalucía hay 25.000 enfermeras de la sanidad pública andaluza que ya están prescribiendo medicamentos y productos sanitarios. Tras la publicación en el Boletín Oficial de la Junta de Andalucía (BOJA) el pasado 6 de agosto del decreto que define la actuación de este colectivo profesional en el ámbito de la prestación farmacéutica, a comienzos de septiembre se puso en marcha un plan de formación específico. Ya han llegado 67.000 talonarios a los centros. Y, como ocurre con la receta médica, la Junta fomentará con incentivos retributivos la adecuación de la receta enfermera a la pauta de indicar medicamentos por principio activo y no por marca.

De este modo, la administración sanitaria se asegura de que, cuando un profesional de la enfermería indique un medicamento, la oficina de farmacia va a servir la más barata de las versiones disponibles. Ninguno de los fármacos incluidos en el catálogo de la prescripción enfermera andaluza requiere receta médica. Sin embargo, esta nueva prerrogativa profesional no carece de sentido: refuerza el respaldo a las competencias de este colectivo y pone en sus manos la gestión de una parte del presupuesto farmacéutico, dado que, una receta del SAS es un cheque, por el precio total o parcial del medicamento, con el que el paciente va a la farmacia para canjearlo por medicinas. Según recordó ayer en comisión parlamentaria la consejera de Salud, María Jesús Montero, son 96 medicamentos con 400 presentaciones diferentes los incluidos en el catálogo de la prescripción enfermera. Además, la Enfermería indicará asimismo

los productos sanitarios que ya maneja habitualmente, como vendas o pañales de incontinencia. 106

En cuanto esté lista la aplicación informática que haga posible la incorporación de la enfermería a la receta electrónica, ese será el canal fundamental para ejercer su nuevo papel (Andalucía es la primera comunidad que se lanza a ello, sin esperar a la modificación efectiva de la norma estatal de referencia, la Ley del Medicamento) en la gestión de la prestación farmacéutica pública.

La Junta, y así lo volvió a explicar ayer la consejera, entiende las nuevas prerrogativas en un contexto “de colaboración”. “No se trata de afirmar la identidad de una profesión a costa de la de otra”, dijo Montero. De hecho, una parte del decreto que regula estas funciones es la referente a la prescripción colaborativa, el seguimiento de los tratamientos indicados por médicos con posibilidad de modificarlos en función de protocolos preestablecidos. Una realidad común en cualquier planta de hospital pero que, antes de esta norma, estaba en el limbo legal, colocando a la enfermería en una situación de un más o menos teórico riesgo jurídico.

## CONCLUSIONES

La información sobre la receta electrónica como nuevo sistema que va sustituyendo progresivamente a la receta sobre papel, es una experiencia que se inició en el 2006 con su puesta en funcionamiento, en Cataluña, utilizándose solo los centros de salud y farmacias de determinados territorios de Terres de l'Ebre y Girona. Progresivamente, se ha ido extendiendo al resto del territorio de Cataluña. Con ella, en los centros de salud van desapareciendo, como ya se ha dicho, las recetas sobre papel.



Fig. 1.



Pero nosotros/as en general y como primer contacto del usuario, como enfermeras en la transmisión de la información, hemos de hacer hincapié en que no comporta ningún cambio en las prestaciones sanitarias a las cuales habitualmente se tiene derecho, ni ninguna variación en la relación habitual con el doctor o doctora, enfermera o enfermero y el farmacéutico o farmacéutica.

Una de las preguntas que debemos hacernos y que debemos responder, entre otras, una de ellas es **¿en qué consiste la receta electrónica?** De igual manera debemos comunicar cómo utilizarla en los diferentes entornos.

#### En la consulta

Hemos de informar a los pacientes de la siguiente manera: ahora, cuando te receten un medicamento el doctor o doctora, y en un futuro próximo la enfermera o enfermero, te harán la receta a través de un programa informático y te darán la *Hoja de medicación activa* que incluye la información necesaria para poder seguir correctamente tu tratamiento (nombre del medicamento, dosis y frecuencia de administración así como el tiempo previsto del tratamiento). En el centro de salud te informarán de cuáles son las *farmacias* donde puedes recoger los medicamentos de acuerdo con la implantación territorial del nuevo sistema. Como siempre, cuando vayas a tu centro de salud, será necesario que continúes llevando tu *tarjeta sanitaria*.

#### En la farmacia

Para poder recoger los medicamentos tienes que llevar tu tarjeta sanitaria y la *Hoja de medicación activa* que te han dado en el centro de salud. El farmacéutico o farmacéutica podrá consultar, a través del programa informático, las recetas electrónicas que te han recetado en la consulta y darte los medicamentos con toda seguridad y confidencialidad.

#### ¿Hasta cuándo puedo ir a la farmacia a recoger los medicamentos que me han recetado?

Hasta la fecha de fin de vigencia de tu tratamiento. En la *Hoja de medicación activa* está indicada la vigencia de tu tratamiento (inicio y final); es decir, el periodo de tiempo por el que el doctor o doctora te ha recetado tu medicación. Pasado este plazo tienes que volver a tu centro de salud para que te hagan una nueva receta o valoren si es preciso seguir o variar el tratamiento.

#### Más comodidad en la renovación de las recetas y los tratamientos crónicos o de larga duración

Tu doctor o doctora establecerá una duración para tu tratamiento que podrá ser como máximo de seis meses. Durante este periodo de tiempo no será necesario que vayas a tu centro de salud para renovar las recetas. El doctor o doctora te hará una receta electrónica que te servirá para recoger sucesivamente en la farmacia nuevos envases de los medicamentos, a medida que acabes los anteriores, y siempre de acuerdo con la dosis y la frecuencia de administración recetadas. En la farmacia te informarán de cuándo puedes ir a recoger los nuevos envases. Si no has ido antes al doctor o doctora, pasado el periodo de duración del tratamiento, tendrás que volver al centro de salud para el control y la valoración de tu tratamiento.

**¿Es posible que no me puedan hacer una receta electrónica?** Sí, durante esta fase inicial de implantación, hay determinadas situaciones donde aún *no se podrá hacer uso de la receta electrónica* y, por tanto, en el centro de salud, tu doctor o doctora te continuará dando la receta en papel.

#### Como siempre, las recetas continúan siendo confidenciales

Nuestro sistema sanitario garantiza la confidencialidad de la información sobre el estado de salud de las personas. La receta electrónica continuará garantizando la confidencialidad de las recetas. El doctor o doctora te hará una *Hoja de medicación activa* específica para aquellos medicamentos que quieras preservar.

#### ¿Qué tienes que tener en cuenta?

La receta electrónica se utilizará para medicamentos financiados por la sanidad pública y siempre en función de la *cobertura sanitaria* reconocida a la ciudadanía. Esta cobertura tiene que asegurar la financiación pública de los medicamentos.

Existe evidencia contrastada de que el uso de la "receta electrónica", así como la implantación de la *unidosis* en los centros hospitalarios, hace que disminuyan los errores en prescripciones médicas y en la aplicación del fármaco. Transformar en más eficientes el despacho y uso de medicamentos, es uno de los principales objetivos de este instrumento. Ya desde muy antiguo las pócimas creadas con plantas medicinales y los medicamentos preparados en las antiguas boticas requerían de una receta magistral de puño y letra del experto para ser elaborados. Aunque hoy la mayoría de los fármacos se fabrican en cantidades industriales y son almacenados, la orden médica sigue cumpliendo un rol fundamental para señalar al farmacéutico cuál es el producto que debe ser entregado al paciente.

La receta contiene una serie de indicaciones escritas por el médico tratante, tales como el medicamento prescrito, la dosis, cuántas veces al día debe ser consumido y por cuánto tiempo, entre otras. Una mala interpretación de algunas de estas instrucciones podría anular la efectividad del tratamiento y, en el peor de los casos, lograr efectos no deseados. Evitar que se produzcan este tipo de errores y hacer más eficiente el despacho de medicamentos, es el objetivo de la receta electrónica. En 2002, la *American Medical Association* publicó un estudio que incluía a 36 instituciones de salud, donde se evaluó la prevalencia de errores de medicación. Los resultados revelaron que el 19% de las dosis administradas eran incorrectas. Los problemas más frecuentes fueron tiempo equivocado, omisión, dosis errónea y uso de fármacos no autorizados.

En tanto, una investigación publicada en el *Journal of the American Medical Informatics Association* (6), reveló que el índice de error por medicación disminuyó en un 81% cuando se informatizó el proceso de prescripción de fármacos en el Brigham and Women's Hospital y en el Harvard Medical School, en Boston.

Habitualmente, la información que recibe el farmacéutico viene escrita a mano por el médico, con una letra que muchas veces nadie es capaz de descifrar, lo que obviamente puede inducir a errores. La introducción de la receta electrónica permite un mejor control para que se despache lo que se "requiere"; el sistema en el que se introduce la información de cada paciente y en el que se encuentra la receta electrónica lo facilita.

Las indicaciones que el médico introduce en el sistema son visualizadas en el panel de enfermería de ese paciente. Aquí, la enfermera programa la administración señalada y realiza la solicitud con solo marcar los medicamentos que requiere.

La implicación de la enfermera/o en la implementación de la *e-receta*, es crucial por varios aspectos:

- Por ser el primer bastión del sistema sanitario, al que el usuario/paciente pregunta en búsqueda de respuestas; por tanto, podemos afirmar que en la mayoría de los casos es el primer agente de salud relacionado directamente con la comunicación.

- Porque entre sus competencias profesionales se encuentran la información y la educación sanitaria a la búsqueda de un estilo de vida saludable del informado.

Un ejemplo de guía informativa a utilizar en la implementación (7), y con la que montar la información/educación de los usuarios, acompañada de dípticos, trípticos y gráficos puede ser esta:

### ACCESO ELECTRÓNICO A LAS ÓRDENES DE PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS DESDE CUALQUIER PUNTO DE DISPENSACIÓN DEL PAÍS

#### 1. Objetivos generales

- Garantizar a los ciudadanos poder retirar los medicamentos que tienen prescritos desde cualquier farmacia del país sin necesidad de presentar una receta en papel, efecto de “La sociedad Red: una visión global” (1).
- Desligar al médico de la función económico-administrativa de la receta médica.
- Favorecer el desarrollo de los programas de Uso Racional del Medicamento.
- Avanzar en la implantación de sistemas de información (8), que permitan a las CCAA conocer las transacciones que se realizan entre ellas.

#### 2. Contenido funcional

La receta médica es el documento normalizado por el cual los facultativos médicos legalmente capacitados prescriben la medicación al paciente para su dispensación por las farmacias (9).

La receta médica electrónica es un procedimiento tecnológico que permite desarrollar las funciones profesionales sobre las que se produce la prescripción de medicamentos de manera automatizada, de manera que las órdenes de tratamiento se almacenan en un repositorio de datos al cual se accede desde el punto de dispensación para su entrega al paciente.

#### 2.1. Marco de gestión de la receta (10)

Los medicamentos constituyen una de las prestaciones del SNS. La gestión de la prestación está transferida a las Comunidades Autónomas.

El Ministerio de Sanidad y Consumo es competente en legislación sobre productos farmacéuticos, evaluación, autorización y registro de medicamentos y en la decisión sobre la financiación pública y fijación del precio de los medicamentos y productos sanitarios.

Del mismo modo la Ley de Cohesión y Calidad del SNS atribuye al MSC la competencia de garantizar la interoperabilidad y la circulación de los datos de receta electrónica a través de la intranet sanitaria, además del desarrollo del sistema de información farmacéutico en el SNS.

#### 2.2. Modelo funcional de receta electrónica en las CCAA

Si bien son diferentes las aplicaciones que soportan las experiencias existentes en receta electrónica en las CCAA (11), de nuevo todas ellas presentan características comunes en cuanto a las funcionalidades que ofrecen:

- El paciente se identifica con su tarjeta sanitaria y el médico se identifica y acredita electrónicamente.
- La prescripción se realiza contra un nomenclátor (el oficial del SNS o una adaptación del mismo).

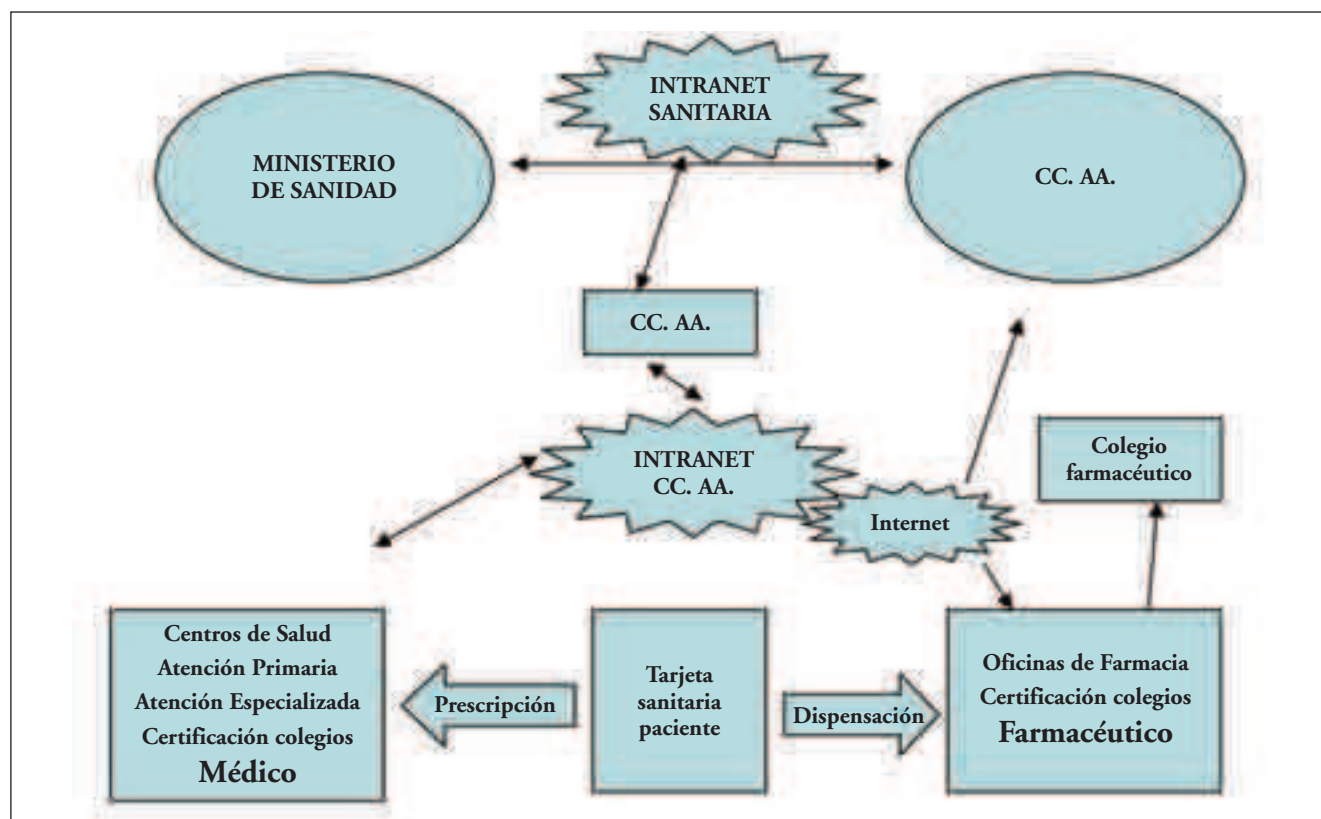


Fig. 2.



- La prescripción médica se registra automáticamente en la historia clínica electrónica del paciente.
- Las recetas se generan de forma electrónica, y se validan automáticamente con la firma electrónica del facultativo, almacenándose en una base de datos de prescripción.
- El médico imprime el volante de instrucciones del paciente en soporte papel.
- La oficina de farmacia realiza la identificación automática del paciente y sus datos a través de la tarjeta sanitaria, y accede a una o varias prescripciones pendientes de dispensar.
- Se registra automáticamente la dispensación de la oficina de farmacia a través de la firma electrónica del farmacéutico, así como las sustituciones, si fueran realizadas.

Este sistema no sería completo si se limitara al ámbito territorial de la CA de residencia habitual, ya que, un número significativo de usuarios/pacientes, residen temporalmente en más de una CA o viajan por España.

Con ello se colaborará a reducir la parte de actividad administrativa de los profesionales dirigida a la prescripción de tratamientos de continuación en usuarios desplazados, aportando eficiencia adicional a todos los Servicios de Salud (y con ellos al SNS).

En otro orden de cosas, este sistema permite una imputación de los costes a quién origina la prescripción basados en datos reales.

### 2.3. *Diseño funcional del sistema RE-SNS (Fig. 2)*

#### SNS

Para atender a las exigencias mencionadas es necesario contar con un sistema de interoperabilidad en el SNS integrado por los siguientes componentes:

1. La identificación del paciente a través de la BDTSI-SNS.
2. La identificación inequívoca del medicamento prescrito bajo marca comercial o principio activo, y productos sanitarios prescritos para su dispensación en cualquier oficina de farmacia, a través del nomenclátor oficial del SNS que posibilita la identificación inequívoca de los medicamentos.
3. Un modelo de datos básico y común para todas las recetas del SNS en relación con la identificación del paciente, medicamentos y prescriptor.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Castells, M. La sociedad Red: una visión global. Madrid: Alianza Editorial, 2006.
2. <http://www.blog-medico.com.ar/prevencion-y-promocion-de-salud/receta-electronica.htm>
3. <http://www.abc.es/20090721/sociedad-salud/receta-electronica-extendera-2010>
4. Sassen, S. Una sociología de la globalización. Buenos Aires: Katz Editres, 2007.
5. <http://www.consumer.es/web/es/tecnologia/internet/2005/11/02/146606.php>
6. <http://www.alemana.cl/reader/alemana/pub/v03/S9701Articulos>
7. [http://www.redaccionmedica.com/~redaccion/baleares\\_receta\\_electronica\\_abril2008.doc](http://www.redaccionmedica.com/~redaccion/baleares_receta_electronica_abril2008.doc)
8. <http://firmaprofesional.blogspot.com/2010/01/mas-cerca-de-la-receta-electronica-en.html>
9. [http://www10.gencat.net/catsalut/esp/recepta\\_electronica.htm](http://www10.gencat.net/catsalut/esp/recepta_electronica.htm)
10. [http://www.faecap.com/Documentos.nueva/Documentos\\_de\\_los\\_proyectos/PRESCRIPCION-ENFERMERA-GT-CSaludJuntadeAndalucia\\_y\\_ServicioAndaluzdeSalud.pdf](http://www.faecap.com/Documentos.nueva/Documentos_de_los_proyectos/PRESCRIPCION-ENFERMERA-GT-CSaludJuntadeAndalucia_y_ServicioAndaluzdeSalud.pdf)
11. <http://www.index-f.com/blog/tag/prescripcion-enfermera/>