

NOTA DE PRENSA
Madrid, 13 de mayo de 2015

La receta electrónica es, hoy por hoy, una herramienta heterogénea enfocada a la gestión administrativa que no responde a las necesidades asistenciales farmacéuticas

- Esta es una de las conclusiones del documento ‘Análisis de la dispensación a través de receta médica electrónica en las farmacias comunitarias españolas. Propuestas de mejora’, que ha realizado la Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria (SEFAC), con la colaboración de ESTEVE.
- El documento ha estudiado la situación de la receta electrónica en las distintas comunidades autónomas desde el punto de vista de la Administración, los Colegios de Farmacéuticos, las farmacias comunitarias y la atención farmacéutica.
- El documento también ha testado la opinión de los farmacéuticos comunitarios sobre la utilidad de la receta electrónica, sus ventajas e inconvenientes.
- El documento finaliza con una propuesta de mejoras que contiene recomendaciones en distintos apartados que van desde el acceso a la información hasta la convergencia de los distintos modelos existentes en la actualidad.
- Este análisis se ha presentado hoy en el marco de una jornada de SEFAC en su delegación de Madrid, que ha sido inaugurada por el director general de Ordenación e Inspección de la Consejería de Sanidad de Madrid, Mariano Rigabert.

La receta electrónica (RE) es una herramienta tecnológica con un gran potencial pero que, once años después de comenzar su andadura, tiene muy desarrollada su vertiente administrativa pero muy poco la vertiente sanitaria y asistencial. Esta es una de las principales conclusiones del documento **Análisis de la dispensación a través de receta médica electrónica (RE) en las farmacias comunitarias españolas**, realizado por la Comisión de Receta Electrónica de la Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria (SEFAC) con la colaboración de ESTEVE, y que se ha presentado en el marco de la jornada de SEFAC 2015 en su delegación de Madrid y que ha inaugurado el director general de Ordenación e Inspección de la Consejería de Sanidad de Madrid, Mariano Rigabert.

Este estudio ha analizado la situación de los distintos modelos autonómicos de receta electrónica (RE), así como la opinión de más de 400 farmacéuticos comunitarios de toda España sobre la utilidad de esta herramienta. A este respecto, **más del 85 por ciento de los profesionales consultados confirma que la RE tiene implantada la parte administrativa (facturación y control del gasto en medicamentos, etc.) pero muy poco su vertiente sanitaria y asistencial** (atención farmacéutica) hasta el punto de que apenas un 1,2 por ciento está en desacuerdo con esta afirmación. Del mismo modo, el documento indica que la crisis económica también ha influido en la aplicación de la receta electrónica, pues en los últimos años las medidas han sido más restrictivas lo que ha provocado que el principal objetivo de esta herramienta haya sido el control y la reducción del gasto sanitario.

Los motivos por los que en la actualidad la receta electrónica no responde a las necesidades sanitarias y asistenciales de los farmacéuticos comunitarios son varios. Entre otras cuestiones, **los distintos modelos de RE existentes en España no son ni homogéneos ni interoperables (lo que dificulta la movilidad de los pacientes en periodos vacacionales, etc.) y tampoco permiten al farmacéutico acceder a la información clínica necesaria para realizar una adecuada dispensación, ni siquiera aunque se cuente con la autorización del paciente.**

Además, los diferentes sistemas de RE no permiten registrar en la historia clínica aquella información farmacoterapéutica que, conocida también por otros profesionales sanitarios, pueda ser de utilidad para mejorar el tratamiento y evitar problemas relacionados con los medicamentos y resultados negativos asociados a la medicación. En este sentido, **el 80 por ciento de los farmacéuticos consultados en el estudio señala que la dispensación de medicamentos mejoraría mucho si se pudiera acceder, consultar e introducir información en la historia clínica.**

Del mismo modo, y aunque el farmacéutico puede acceder a la información sobre los tratamientos activos de los pacientes, **ningún sistema de RE proporciona la historia farmacoterapéutica completa con los tratamientos activos y los anteriormente prescritos**, y los prescritos en otros ámbitos asistenciales. La RE tampoco aporta información adicional (alertas o avisos en pacientes de riesgo) que el farmacéutico puede necesitar para realizar correctamente la dispensación.

En la parte positiva, **la RE sí ha contribuido a mejorar las dispensaciones desde el punto de vista de que evita errores, al acabar con los problemas de legibilidad de las recetas y permitir la comprobación de que el medicamento dispensado es el prescrito.** Así lo creen también el 86,5 por ciento de los farmacéuticos.

COMUNICACIÓN MEJORABLE

Otro elemento importante al que en la actualidad no dan respuesta los distintos modelos de RE es la comunicación entre profesionales sanitarios. **Si bien más del 90 por ciento de los farmacéuticos considera que la comunicación directa con el médico y el resto de profesionales sanitarios mejoraría mucho la dispensación de los medicamentos, tan solo la mitad de los sistemas de RE prevé esta posibilidad** y exclusivamente con los médicos de atención primaria y tampoco de forma instantánea, sino cuando el paciente regresa a la consulta y el médico comprueba la información recogida en la tarjeta sanitaria (lo que en la práctica deja obsoleta esa comunicación). Únicamente en los casos en los que los farmacéuticos bloquean alguna dispensación al detectar un problema se establece una comunicación automática, aunque no en todas las CCAA.

Los sistemas de RE tampoco recogen la posibilidad de conectar a los farmacéuticos comunitarios con otros profesionales farmacéuticos que trabajan en el ámbito de la atención primaria o de los hospitales ni con el personal de enfermería. Esto dificulta la integración de los farmacéuticos comunitarios en el Sistema Nacional de Salud y en equipos multidisciplinares que aborden de manera integral la atención de los pacientes, lo cual es muy relevante cuando el paciente cambia de ámbito asistencial y es necesario emitir mensajes uniformes e inequívocos para garantizar la adherencia a los tratamientos.

RETRASO EN LOS PLAZOS

Por otra parte, y aunque **desde el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad se fijó 2015 como el año en el que debería implantarse la receta electrónica interoperable, no parece que se pueda cumplir ese plazo** a tenor del análisis realizado. En la actualidad, si bien existe ya un primer pilotaje de receta interoperable (entre Extremadura y Canarias) y prácticamente todas las CCAA han implantado la RE en atención primaria, aún existen diferencias, pues en algunas como en Castilla y León aún no se ha pilotado esta herramienta. Además, en atención especializada el grado de implantación es menor.

Otro ejemplo de la falta de homogeneidad entre algunos modelos de RE es que si bien en la totalidad se exige al paciente el uso de la tarjeta sanitaria para retirar la medicación, hay algunas CCAA que piden que se acompañe de documentación adicional (hoja de medicación activa con código de barras, plan de dispensación...) que en la práctica **impide la dispensación de los tratamientos a los pacientes en comunidades autónomas distintas a las de su lugar de residencia.**

El documento también llama la atención sobre la falta de coordinación y de convergencia entre los distintos modelos existentes en la actualidad teniendo en cuenta **la elevada inversión que se ha realizado en sanidad digital en el SNS en la última década.**

Por último, pone de manifiesto el enorme esfuerzo realizado por los colegios de farmacéuticos en la implementación de los diferentes sistemas de RE y cómo no, por los profesionales de las farmacias comunitarias, que han sido los verdaderos artífices de su implantación real entre la población, no solo realizando un cambio importante en su forma de trabajo y el uso de las nuevas tecnologías, lo que ha requerido de formación adicional, sino también suponiéndoles un elevado coste económico en tiempos de crisis, sin olvidar su papel como único referente informativo frente a los pacientes y usuarios durante su implantación.

PROPUESTAS DE MEJORA

De cara a mejorar la vertiente sanitaria de la receta electrónica y contribuir a paliar algunas de las deficiencias detectadas en RE, SEFAC propone una serie de mejoras que quieren dar respuesta a la pregunta: ***¿Qué deben aportar los sistemas de receta médica electrónica (RE) al farmacéutico comunitario para que estos puedan realizar correctamente el servicio de Dispensación?***

Estas mejoras se enmarcan en distintos ámbitos como la mejora del acceso a la información, la comunicación, la interoperabilidad, etc. **(ACCESIBLES EN LAS SIGUIENTES PÁGINAS).**



Sobre SEFAC

Constituida en marzo de 2001, la Sociedad Española de Farmacia Comunitaria (SEFAC) es una asociación científica y profesional de ámbito nacional con más de 3.000 asociados y diez delegaciones que tiene como objetivo prioritario profundizar en la cartera de servicios asistenciales de la farmacia comunitaria y convertirse en un interlocutor científico de referencia del farmacéutico comunitario con las distintas administraciones y con el resto de las profesiones sanitarias. Más información en www.sefac.org.

Para más información, contactar con Mario Vaillo en mvaillo@sefac.org o en los teléfonos 691 763 892 y 91 522 13 13

PROPUESTA DE SEFAC PARA LA MEJORA DEL SERVICIO DE DISPENSACIÓN A TRAVÉS DE RECETA MÉDICA ELECTRÓNICA

De cara a mejorar la vertiente sanitaria de la receta electrónica, la Sociedad Española de Farmacia Comunitaria (SEFAC) propone una serie de mejoras que quieren dar respuesta a la pregunta: ***¿Qué deben aportar los sistemas de receta médica electrónica (RE) al farmacéutico comunitario para que estos puedan realizar correctamente el servicio de Dispensación?***

Esta propuesta se basa en los siguientes puntos:

1. INFORMACIÓN:

Es necesario que el sistema de RE **permita al farmacéutico comunitario el acceso a la información clínica y farmacológica necesaria del paciente** para poder realizar la dispensación correctamente. En particular, será necesario conocer si el paciente es alérgico a alguna sustancia, si está en algún estado fisiológico relevante para la utilización de medicamentos (embarazo, lactancia, etc.) y también es necesario conocer los problemas de salud para los que se están indicando los medicamentos que toma y los medicamentos que ya ha tomado para saber si es la primera vez que se le prescriben. Del mismo modo, también es importante saber los valores analíticos indicadores del control de dichos problemas de salud y de los resultados clínicos de los medicamentos que utiliza el paciente. El conocimiento de esta información es básico para poder evitar problemas relacionados con los medicamentos y resultados negativos asociados a la medicación.

2. COMUNICACIÓN:

La RE debería **permitir una comunicación electrónica bidireccional y fluida** entre el farmacéutico y el resto de los profesionales sanitarios que atienden al paciente. Esta comunicación interprofesional ayudaría a todos los profesionales sanitarios a tomar decisiones basadas en una información más completa y compartida por todos los agentes implicados.

3. INTEGRACIÓN:

La participación y colaboración con el resto de profesionales sanitarios a través del sistema de RE en la atención al paciente **permitirían una integración real y efectiva del farmacéutico comunitario en la atención primaria y especializada en el Sistema Nacional de Salud (SNS)**. De esta forma existiría una verdadera continuidad asistencial para el paciente y una participación efectiva del

farmacéutico en el desarrollo de programas asistenciales relacionados con el uso racional de medicamentos, la educación sanitaria, la mejora de la adherencia al tratamiento, campañas sanitarias y farmacovigilancia.

4. ADAPTACIÓN:

Sería muy importante que el sistema de RE pudiera adaptarse -como herramienta tecnológica que es- **a la metodología de trabajo del farmacéutico comunitario**, de tal manera que éste pudiera aplicar sus procedimientos normalizados de trabajo relacionados con la dispensación sin renunciar a su finalidad.

5. REGISTRO:

Es conveniente que los profesionales sanitarios tengan acceso a la información clínica necesaria del paciente derivada de la dispensación de los medicamentos y productos sanitarios. El sistema de RE debería **permitir el registro de todas las dispensaciones que se le realizan al paciente, no sólo de aquellos medicamentos prescritos dentro del SNS**, ya que se pierde una información muy valiosa de aquellas prescripciones realizadas por médicos privados y todos aquellos medicamentos que el paciente toma y que no necesitan receta médica. De igual modo, deberían registrarse todas las demás actuaciones y decisiones tomadas por el farmacéutico en el desempeño de la dispensación como, por ejemplo, el bloqueo de la dispensación. Un sistema adecuado de registro facilitaría, sin tener que salir del aplicativo, la posibilidad de grabar información, elaborar informes, consultar guías sanitarias y otras fuentes de información, así como imprimir recomendaciones al paciente, medidas higiénicas, etc.

6. INTEROPERABILIDAD:

La interrelación entre las tarjetas sanitarias individuales, las prescripciones y las dispensaciones de los diferentes sistemas de RE de nuestro país, y de los Estados miembros de la Unión Europea, así como la comunicación entre las aplicaciones de gestión de la farmacia comunitaria y dichos sistemas, permitiría la **eliminación de una de las barreras asistenciales a la prestación farmacéutica que tiene el paciente actualmente**. Esto también facilitaría una comunicación eficaz entre los profesionales de los distintos centros sanitarios de nuestro país, así como entre los diferentes aplicativos y los datos que estos gestionan, con lo que se optimizaría tiempo a la hora de acceder, elaborar, modificar, recuperar, imprimir, consultar o eliminar información clínica necesaria para el paciente y otros profesionales sanitarios. Esta interoperabilidad debería tener en cuenta también otros países, especialmente de la Unión Europea, dada la gran cantidad de turistas que recibe nuestro país y los problemas que surgen con la prestación farmacéutica.

7. PERSONALIZACIÓN:

Los sistemas de RE deberían **ajustarse a la realidad del proceso de uso de los medicamentos de los pacientes con el fin de aumentar su adherencia al tratamiento**. Deberían ser más flexibles en los plazos para retirar la medicación, en caso de viajes o vacaciones, o prever los diferentes sabores en productos dietoterápicos o las tallas en productos sanitarios, para evitar que el paciente tenga que volver al médico por este tipo de detalles.

8. SOLICITUD DE OTROS SERVICIOS PROFESIONALES FARMACÉUTICOS (SPF):

La posibilidad de que los sistemas de RE permitan la **prescripción o derivación hacia la realización de otros SPF a los pacientes que se beneficien de éstos es una utilidad sólo permitida en el caso de la prescripción de fórmulas magistrales y preparados oficinales**. SPF como la elaboración de sistemas personalizados de reacondicionamiento, revisión de la farmacoterapia, seguimiento farmacoterapéutico, tratamientos directamente observados, revisión del uso de los medicamentos, etc. pueden ser necesarios en determinados pacientes.

9. AUTONOMÍA PROFESIONAL:

Los sistemas de RE **no permiten al farmacéutico comunitario la suficiente autonomía profesional a la hora de realizar el servicio de dispensación**. El farmacéutico, en beneficio del paciente, debería poder subsanar algunos de los errores detectados, sustituir no sólo en condiciones de urgencia y/o falta de suministro, sino también en casos de intolerancia a algún excipiente y poder cambiar la forma farmacéutica de un principio activo para facilitar la toma por parte del paciente, etc.

10. CONVERGENCIA:

Todos los desarrollos y cambios que se den en el futuro en los distintos modelos de RE deberían **buscar la convergencia hacia unas características, criterios y requerimientos básicos comunes**. El objetivo es que aunque existan diferencias entre los modelos existentes en la actualidad, éstas sean mínimas y todos los modelos preserven una base general común que asegure un grado de uniformidad suficiente para garantizar una prestación farmacéutica homogénea y equitativa en todo el territorio, lo cual también favorecería la labor profesional de los farmacéuticos comunitarios en beneficio del paciente.

