

PLATAFORMA 10m.

**UNA NUEVA RECETA
PARA EL
SISTEMA NACIONAL DE SALUD.**

**LA RECETA MULTIPRESCRIPCIÓN
(manual, informática o electrónica).**

Desarrollo de una alternativa al modelo de receta actual en el conjunto del Sistema Nacional de Salud: Una exigencia profesional, una mejora para el paciente, un reto indemorable para el conjunto de la sociedad

Noviembre 2005

Coordinador:

Dr. Rafael De Pablo González.

Redactor:

Dr. Fernando A. Alonso López.

AVALES:

(ORGANIZACIONES, GRUPOS, PROFESIONALES, PERSONALIDADES...)

Por orden alfabético.

AEPAP

(Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria)

Equipo CESCA

FADSP

(Federación de Asociaciones para Defensa de la Sanidad Pública)

Instituto @pCOM

(Instituto para el Conocimiento, Organización y Mejora de la Atención Primaria)

OMC

(Organización Médica Colegial)

SEMERGEN

(Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista)

semFYC

(Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria)

SEMG

(Sociedad Española de Medicina General)

SEPEAP

(Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y de Atención Primaria)

USCAL

(Unión Sindical de Castilla y León)

**La nueva receta
Plataforma 10 minutos**

ÍNDICE:

PREÁMBULO. EXPLICACIÓN DEL DOCUMENTO.....	5
LAS IDEAS CLAVE	6
LECTURA RÁPIDA.....	7
PRESENTACIÓN.....	8
POSIBILIDADES DE FORMATO.....	9
REDISEÑO DE LA RECETA EN FORMATO PAPEL.....	10
LÍMITES ACTUALES PARA EL DISEÑO DE LA RECETA ELECTRÓNICA.....	11
ELECCIÓN DE UN FORMATO PARA LA RECETA ELECTRÓNICA.....	13
ANEXO 1.- LAS CLAVES DE LA REFORMA.....	14
El médico	14
El farmacéutico	14
El paciente.....	14
Inspección de Farmacia.....	14
ANEXO 2: CIRCUITOS DE INFORMACIÓN	15
Explicación de las Fases:	15
El médico en el Centro Sanitario: (Fig.1).....	15
El paciente en el centro sanitario: (Fig.1).....	16
La Farmacia con el paciente en presencia física: (Fig.1).....	16
En el Servicio de Inspección de Farmacia (SIF) del Departamento de Sanidad: (Fig.1).....	16
El paciente en cualquier otro Centro Sanitario: (Fig.1).....	17
El paciente en su domicilio: (Fig.2).....	17
La Farmacia web con paciente en su domicilio: (Fig.2).....	17
ANEXO 3: VENTAJAS DE LA TARJETA-CHIP : LA T-CHIP.....	20
Para el paciente	20
Para el médico.....	20
Para el / los Servicios de Salud	20
Para el Sistema Nacional de Salud.....	21
Para el Farmacéutico	21
Para los Colegios Profesionales	21
Para los laboratorios farmacéuticos.....	22
ANEXO 4: LA NUEVA RECETA MULTIPRESCRIPCIÓN EN PAPEL.....	23
Explicación del formato de receta multiprescripción informática impresa.....	25
Explicación del formato de receta multiprescripción manual.....	27
ANEXO 5: LAS 40 PREGUNTAS MÁS FRECUENTES	29
1. ¿Qué es prescripción?	29
2. ¿Qué es la recetación?.....	29
3. ¿Qué es la facturación?	29
4. ¿Qué es la receta-albarán?.....	29
5. ¿A qué se llama especialidad farmacéutica (EF)?.....	29
6. ¿El CodNac por tanto es el medio de relacionarnos informáticamente o electrónicamente?	29
7. ¿Porqué en ocasiones la información que se entrega a los médicos sobre su prescripción parece tener poco que ver con la realidad?	29
8. ¿Qué es un principio activo (PA)?.....	29
9. ¿Cómo se hace la prescripción por principio activo (PPA)?.....	30
10. ¿Qué efecto puede tener la Prescripción por Principio Activo (PPA) respecto al gasto?.....	30
11. ¿A cuántos pacientes afecta la prescripción?.....	30
12. ¿Cuántas horas semanales de dedicación administrativa supone la receta?	30
13. ¿Cuánto supondría la desburocratización a mano?.....	30
14. Algunos datos sobre “recetación”.....	30
15. ¿Debe recetarse por envases o por duración?.....	30
16. ¿Cuanto ocuparían todas las recetas prescritas apiladas?	31
17. ¿Tienen impacto ecológico tantos millones de recetas?	31

La nueva receta Plataforma 10 minutos

18.	¿Qué significa que la receta sea un documento público?	31
19.	¿Qué es la receta informatizada?	31
20.	¿Qué es la receta electrónica?	31
21.	¿Qué es una tarjeta chip (T-CHIP)?.....	31
22.	¿Qué diferencia presenta una Tarjeta Chip de una Tarjeta de banda magnética?.....	31
23.	¿Qué es la firma electrónica?.....	31
24.	¿Qué es un repositorio previo o repositorio predispensación?	32
25.	¿Cuál es el volumen transaccional de un repositorio previo?.....	32
26.	¿Qué es un repositorio post-facturación?.....	32
27.	¿Cuál es la diferencia entre ambos?.....	33
28.	¿Qué supone el uso de una T-CHIP como vehículo de información?	33
29.	¿Porqué el repositorio previo merma libertades actuales del paciente con la Receta en papel?	33
30.	¿Podemos mejorar nuestros conocimientos sobre adherencia terapéutica con la receta electrónica?	33
31.	¿Por qué la receta del repositorio previo impide la detección de los problemas de cumplimentación, frente a la completa capacidad de la T-Chip, al respecto?.....	34
32.	¿Qué impide o limita la existencia actual de la receta electrónica efectiva?	34
33.	¿La receta tendría que seguir siendo de colores?.....	34
34.	¿Porqué no habría que informar prospectivamente sobre el tipo de prestación?.....	34
35.	¿La TIS es la garante de la asistencia e informa del aseguramiento?	35
36.	¿De qué tipo de prestación la TIS informa con solvencia sobre cobertura de prestación?	35
37.	Excepciones en la información de la cobertura de aseguramiento en la prescripción.	35
38.	¿Cuál es la buena TIS?	35
39.	¿Porqué No autorizar la sustitución de medicamentos, de Especialidades Farmacéuticas?	35
40.	¿Qué impide que tengamos YA la receta multiprescripción?.....	36

**La nueva receta
Plataforma 10 minutos**

PREÁMBULO. EXPLICACIÓN DEL DOCUMENTO.

Los profesionales que integramos la **Plataforma 10m** y todas las sociedades que firmaron el **Compromiso de Buitrago** convinieron en la necesidad de abordar la reforma del **modelo de receta nacional** de manera urgente y concentrando todas las energías posibles en la resolución de este problema de extraordinaria magnitud.

¡Debemos sustituir el actual modelo de **receta-albarán** por un modelo similar al Europeo de Prescripción sobre **receta multiprescripción!**, y debemos aprovechar el desarrollo de nuestra Atención Primaria para liderar un desarrollo tecnológico armónico con las posibilidades de nuestro Sistema de Salud y acorde a las necesidades y derechos de nuestros pacientes.

Confiamos que hayamos sido capaces de encauzar todas las dimensiones del problema en un solo documento y, lo importante, poder transmitir la propuesta en su fondo y forma.

Ponemos a vuestra disposición una sección de [lectura rápida](#) ;el [documento](#) propiamente dicho; un anexo de [claves de la reforma](#); los [circuitos de información](#), para amantes de la organización, informática y gestión; las ventajas del soporte de la prescripción electrónica en [Tarjeta Chip](#), como alternativa a la creación de los macrorepositorios de información confidencial de los pacientes; unas propuestas **ejemplo** de [nuevo formato de papel](#) , como muestras de factibilidad y una sección de [preguntas](#), que tratarán de aclararos la mayor parte de las dudas al respecto.

Lo que se plantea es una exigencia de sentido común sobre un modelo perverso, la actual receta, que favorecerá a todos, a pacientes, profesionales, servicios de salud, Sistema Nacional de Salud, Ministerio, INSS, inspecciones, farmacias, farmacéuticos y colegios profesionales.

Este modelo de receta busca, por encima de todo, una mejora en el concepto de atención integral al paciente.

La receta actual es un lastre.

¡El modelo de Receta debe cambiar!

Y todo depende de ti.

¡Ánimo y adelantel!.

**Rafael de Pablo
Coordinador de la Plataforma 10m**

10 de Noviembre 2005

LAS IDEAS CLAVE

El modelo presentado, pese a su concreción y aún siendo un eslabón clave de la prescripción, trasciende el propio instrumento de soporte de la misma, dirigiéndose hacia la mejora integral de la prescripción terapéutica del paciente, que, además debe complementarse con un sistema adecuado de información profesional del medicamento y de la prescripción.

RECETA
MULTIPRESCRIPCIÓN
MANUAL, INFORMÁTICA O
ELECTRÓNICA

NO A LA BASE ÚNICA (por
CCAA o Estado) DE DATOS
CLÍNICOS COMÚN
(REPOSITORIO
PREDISPENSACIÓN).

TARJETA CHIP COMO
VEHÍCULO DE LA
PRESCRIPCIÓN

CÓDIGO NACIONAL DEL
MEDICAMENTO ÚNIVOCO E
INMUTABLE

CONTROL COMPLETO DEL
PACIENTE SOBRE SU
INFORMACIÓN CLINICO-
TERAPÉUTICA

TRAZABILIDAD DEL
MEDICAMENTO POR
ETIQUETADO CODNAC+NºDE
SERIE+LOTE

¿Qué impide el que desde ya se disponga de la nueva receta? (¿?)

La nueva receta Plataforma 10 minutos

LECTURA RÁPIDA

El problema más severo, fundamentalmente, entre otros, con el que se enfrenta la Atención Primaria es secundario al **modelo de burocratización superflua** obligado por el modelo de receta del Sistema Nacional de Salud español (SNS).

El modelo de receta vigente es responsable de la **pérdida del 30% de capacidad** del sistema sanitario en su primer escalón. Tal administración obligatoria de la receta es equiparable a la **actividad de 10.000 médicos al año** a tiempo completo.

El conflicto proviene de **unir en un único acto**, tres acciones que, si bien relacionadas, son absolutamente diferentes:
Prescribir, Recetar, Facturar.

La **receta** ha dejado de ser el soporte de la **prescripción** para serlo de la **facturación**.

La **receta de prescripción** se ha convertido en la **receta-albarán de facturación**.

Ninguna empresa para solicitar en un pedido 100 envases se ve **obligada a hacer 100 albaranes. Los médicos españoles sí.** La razón (¿?) facilitar la facturación desvirtuando el objetivo de la receta (¿?).

La **prescripción es una y el albarán debe ser uno**, sea manual, informático o electrónico.

Cada empresa es responsable de su facturación. La sanitaria por los servicios prestados, únicamente. La farmacia por las ventas realizadas.

El futuro no está en el papel, pese a la necesidad de su implementación inmediata, sino en la **receta electrónica** que lo sustituirá, habida cuenta la tecnificación presente y futura de la de historia clínica en soportes informáticos.

Pero la **receta electrónica** tiene un **futuro amenazante** y difícilmente factible con las soluciones actuales de **MegaBases de datos de información clínica de pacientes o repositorios predispensación centralizados** (acúmulos de cientos de millones de recetas), por CCAA, **incomunicables** entre ellos, o nacional, de gran vulnerabilidad a la codicia, la corrupción y a los contratiempos técnicos.

La **receta electrónica** sobre el sencillo soporte de una **Tarjeta Chip (T-CHIP)** elimina la necesidad de las inmanejables y peligrosas **megabases clínicas**, compatibiliza el uso de cualquier software clínico preexistente, mejora el conocimiento sobre adherencia terapéutica, mantiene los derechos actuales del paciente de libertad de compra en cualquier farmacia, no solo en su CCAA, le **devuelve su derecho** a la **intimidad** y favorece la creación de un **repositorio post-venta o post-facturación**, sito en **Inspección de Farmacia** de la CCAA manejado exclusivamente por **Inspectores** de Farmacia mientras la información no haya sido anonimizada, con beneficios, también, para el Servicio de Salud, el SNS, la Farmacia y el profesional.

La **T-CHIP** con **firma electrónica** abre enormes posibilidades para todos, pacientes, profesionales, Servicios de Salud, SNS, Farmacias, Farmacéuticos, Colegios profesionales, etc. **La T-CHIP abre las puertas al futuro.** El **repositorio predispensación** **la cierra**

El **Ministerio de Sanidad** no puede seguir manteniendo el caos para la organización que supone la actual política de gestión del Código Nacional del Medicamento, con modificaciones continuas por cambio de precio, o la reutilización de antiguos. **El Ministerio debe proveer**, para que sea posible la receta electrónica, **de una tabla de Código Unívoco de Medicamento**, que incluya los medicamentos por principio activo, hoy inventados por cada una de las CCAA.

El **etiquetado de los medicamentos** debe llevar en el código de barras, además del CodNAc, el **nº de serie y lote** del medicamento, lo que aseguraría la **trazabilidad** del medicamento, clave para las alertas medicamentosas, entre otras

PRESENTACIÓN.

No pocos de los problemas con los que actualmente se enfrentan en su práctica los médicos que desempeñan su función en los Centros del Sistema Nacional de Salud, y por extensión afectan a los pacientes que a ellos acuden, derivan de la identificación en un único acto de tres hechos que, si bien están relacionados, son en sí mismos absolutamente diferentes.

Ante la detección de un determinado problema clínico, en un elevado porcentaje de ocasiones, un médico determina la necesidad de **prescribir** un tratamiento (farmacológico, ortopédico, dietético, etc...). La separación de funciones existente en gran parte de los países de nuestro entorno, aunque no así en otros, obliga en la mayoría de las ocasiones a que, para la dispensación del tratamiento prescrito, el médico deba **recetar** el mismo, o sea, plasmar su indicación en un documento llamado receta que otro/otros profesionales, en nuestro país fundamentalmente ligados a la profesión farmacéutica, se encargarán de interpretar poniendo el producto prescrito a disposición del paciente. Finalmente, la particular estructura de nuestro Sistema de Salud, ha motivado que el formato de esa receta se adapte a una serie de peculiaridades, distintas en función de los derechos adquiridos de los pacientes, del régimen que les aporta cobertura sanitaria, de la composición de los productos e incluso de la publicidad dada a su nombre comercial, de modo que se facilite al dispensador, en su caso, **facturar** el importe asumible por el sistema, y a éste la función inspectora de lo facturado.

Desde el punto de vista clínico, sensu estricto, la función profesional del médico en este proceso, podría haber finalizado en el momento de la *prescripción*, y el hecho que no sea así ha contribuido de tal manera a pervertir ésta que, prácticamente en todos los foros donde el problema es abordado, se identifica como el mayor motivo de desazón y conflicto en la prestación de sus servicios dentro del ámbito sanitario público, especialmente en la Atención Primaria.

Para hacernos una idea mas precisa de los costes de esta errónea identificación, en España se realizan, grosso modo, unos 750 millones de recetas para el Sistema Nacional de Salud, de las que alrededor de 500 millones son recetas repetidas. La realización de éstas supone unos **100 millones de consultas administrativas**, de los 300 millones de consultas anuales de Atención Primaria. En resumen, más o menos la actividad de 10.000 médicos/año, de los 30.000 médicos de Atención Primaria existentes, se dedica exclusivamente a funciones ajenas a su esquema profesional y ligadas a controles burocráticos que les son ajenos.

Un Sistema Sanitario que aspire a ser eficiente no puede continuar permitiéndose este desatino.

***Procede por tanto manifestar la
necesidad ineludible de separar
conceptual y funcionalmente las
acciones de
Prescribir, Recetar y Facturar.***

POSIBILIDADES DE FORMATO.

Ante este panorama antes descrito, las distintas Administraciones, desde finales de los años 80 del siglo pasado, comenzaron tímidamente a poner a disposición de los médicos, cuya función clínica prácticamente había sido devorada por el trabajo burocrático, algunos formatos de receta para tratamientos de larga duración, que pretendían minimizar el impacto de los actos repetidos en su consulta, aunque su diseño ya obsoleto de partida, y sin contar con la opinión del usuario a quien iba destinado, la farragosidad de su cumplimentación y las limitaciones injustificadas de su uso, hicieron de éstas un elemento mas bien extraño en las consultas.

Durante los años 90, los propios profesionales intentaron poner remedio a la situación, partiendo de ellos diferentes iniciativas en el diseño de programas informáticos de repetición de recetas que, no sin trabas, finalmente incorporados en algunos desarrollos informáticos de historia clínica, paliaron en parte el problema en un reducido número de casos.

En los años transcurridos desde el comienzo del siglo, al hilo de la creciente e imparable informatización de los circuitos organizativos y registros clínicos, fundamentalmente en los centros de salud, se han multiplicado las llamadas experiencias de *receta electrónica*.

Prácticamente, cada Comunidad Autónoma que se precie ha puesto en marcha alguna de estas experiencias, bien para mostrar su interés ante la opinión pública o bien dirigida a unos pocos profesionales, que no pacientes,

pues en estos, sujetos pasivos de la supuesta mejora, no solo queda absolutamente restringida su movilidad a la hora de obtener los productos prescritos en los ámbitos de aplicación de la medida (locales, comarcales, ¿autonómicos?), sino que se pasan por alto normas de privacidad exigibles, al incluir en **innecesarios** repositorios predispensación datos poco relevantes para su fin y potencialmente comprometedores de la privacidad, sin haber meditado suficientemente sobre las consecuencias de una fuga de la información almacenada, o sin haber diseñado alternativas, que existen, que eviten ese almacenamiento impertinente, indiscriminado e intemporal de informatización.

Las opciones de formato pasarán, de cualquier modo por la multi-prescripción, a mano, informatizada o electrónica, superando, en cualquier caso las mono prescripciones al uso.

A pesar de las pegas que se encuentren, en la situación actual donde existen CCAA con más del 90% de la prescripción de Atención Primaria informatizada, es obvio que la prescripción electrónica, evidentemente la multiprescripción, como superación de la actual “recetación” informatizada, no tiene vuelta atrás.

Concluimos la necesidad de asumir que el documento que plasme la prescripción, que debe constituir la receta del futuro, ha de estar fundamentalmente vehiculado en formato electrónico, reservándose el papel para uso contingente.

REDISEÑO DE LA RECETA EN FORMATO PAPEL.

El hecho de considerar de una parte que el actual formato de la receta en papel es obsoleto, ineficiente y pernicioso y de otra que, a futuros, dicho formato debería constituir un simple recurso ante contingencias, provoca que si bien es evidente la necesidad de una reforma que adapte el mismo a las verdaderas necesidades de la atención sanitaria, no lo es menos que, cuando esta se realice, el cambio que ha de ser radical y definitivo, debe estar supeditado a dicho formato informático, siendo preferible, hasta el momento de abordar el mismo, evitar modificaciones provisionales y parcheos.

Del desarrollo de la primera propuesta incluida en el documento se debe inferir que, a través de la introducción de un cambio en el modelo prescripción/receta/facturación en el sentido de adjudicar cada acto al responsable del mismo, es exigible la existencia de un **formato único de receta en papel**, tanto en diseño como en color, con independencia del garante de la facturación, con independencia del tipo de productos prescritos (fármacos vs otros productos), con independencia de su tipo de financiación, con relativa independencia del número de ellos (condicionada a la capacidad física), con relativa independencia de la duración de cada uno de los tratamientos (condicionada a un consenso profesional y organizacional basado en la eficiencia) y, dado que la diferenciación a efectos de facturación es factible, podría contemplarse incluso la independencia

de su lugar de emisión (público o privado).

El análisis de las medidas antifalsificación y de los mecanismos que permitan identificar prescriptor, lugar de emisión, servicio de salud, financiación, etc., escapa del propósito de este documento, pero baste decir que la experiencia con códigos de barras y encriptación de nivel alto, permiten sin lugar a dudas asumir el diseño de tales situaciones con máxima garantía.

Somos conscientes sin embargo, que una propuesta de este calado, que no hay que olvidar se acerca e inspira en formatos de receta existentes en muchos países europeos, exige no solo flexibilidad por parte de las Administraciones Públicas sino que exigirá disciplina por parte de los ciudadanos, que habrán de responsabilizarse, en mayor medida que la actual, de la conservación, custodia y gestión de sus documentos de uso en prescripción repetida.

Concluimos la necesidad de diseñar un nuevo y único formato de receta en soporte papel, independiente de la cobertura sanitaria del paciente al que se dirija, del lugar de trabajo en el que sea cumplimentada por el prescriptor, del tipo producto prescrito y del garante de la facturación.

LÍMITES ACTUALES PARA EL DISEÑO DE LA RECETA ELECTRÓNICA.

Tanto las inversiones ya producidas como las manifestaciones y declaraciones de intenciones de todas las administraciones responsables de la Sanidad Pública, permiten afirmar que los registros clínicos y procesos derivados se encontrarán, en breve, en soporte electrónico disponibles para toda la población, existiendo CC.AA. donde esta cobertura se acerca ya al 100% de los usuarios censados.

Esta evidencia, que nos ha permitido afirmar con anterioridad en este documento que el soporte informático ha de ser en un inmediato futuro el vehículo que dé soporte a la prescripción, se ve limitada por la muchas veces egoísta, parcial y poco meditada visión de las diferentes administraciones, estatal y autonómicas, que no han sido capaces de resolver problemas que deberían de abordarse con generosidad y eficiencia, para asegurar la libre, generalizada y correcta circulación de las recetas en cualesquiera que sea su formato.

Sin embargo es preciso manifestar de nuevo que, a partir de la primera conclusión de este documento, en la que se exige la separación de la prescripción, receta y facturación, estos problemas, que brevemente enumeramos a continuación, **limitan el deseable perfeccionamiento del sistema, pero no impiden la puesta en marcha del proceso de receta electrónica**, ni desde el punto de vista del prescriptor ni desde el punto de vista del ciudadano que, no olvidemos, es el objeto final de la prestación sanitaria.

El primer problema cuyo abordaje sería necesario, no solo ya por su trascendencia en la correcta identificación de un fármaco en una receta sino, además, por la que tiene desde el punto

de vista científico y de oferta de calidad de un buen servicio sanitario, es el diseño de un **nomenclátor de productos prescribibles** que supere el desastre que, desde el punto de vista intelectual, informático y clínico, supone el actualmente en uso por parte del Ministerio de Sanidad. Es preciso abordar, con urgencia, la tabla de principios activos y la numeración identificativa única, invariable y unívoca de un producto a lo largo de toda su existencia en alta. No abordar este problema, sin embargo, no impide la puesta en marcha del proceso de receta informática.

El camino de la identificación del paciente, a efectos de su atención en la Sanidad Pública, ha sido recorrido por las diversas Comunidades Autónomas, en aras de sus competencias, sin un criterio unificador ni amplitud de miras, más con celoso espíritu de propiedad que con afán de servicio al ciudadano. Cambiar esta tendencia sería deseable pero, incluso a pesar de ello, la correcta, y única, identificación de un paciente ya es factible con el NASS (Nº de Seguridad Social), quedando solo para los universalizados el problema de estar circunscritos a su Autonomía, salvo se comunicara a una base común y única administrativa, a semejanza de lo que actualmente sucede en la identificación de ciudadanos a nivel municipal. No abordar este problema, sin embargo, no impide la puesta en marcha del proceso de receta informática.

Un problema añadido, relacionado con la identificación, lo constituye el régimen de cobertura de Seguridad Social a efectos de financiación de los productos sanitarios prescritos. En puridad de criterios, la financiación de un producto prescrito a un paciente depende

La nueva receta Plataforma 10 minutos

de la cobertura que ese paciente posee **en el momento** de la transcripción a una receta **de un envase concreto**. Este problema, que hace unos años en general solo se producía en cambios prácticamente definitivos de tipo activo/pensionista, tiende a agravarse en la actualidad por el acceso intermitente al mercado laboral y la dependencia familiar, cuestión que genera idas y vueltas en la cobertura otorgable a muchos pacientes. No abordar este problema, sin embargo, tampoco impide la puesta en marcha del proceso de receta electrónica.

El último elemento de necesaria definición lo constituye el profesional prescriptor, de quien se precisaría identificar su cualificación y potestad para realizar un acto como el que está realizando, y su lugar de desempeño. Sería deseable por tanto facilitar a éste una correcta identificación, y proveer a la sociedad de mecanismos que certifiquen que dicho profesional posee esa capacidad asociada al lugar en el que la ejerce. No abordar este problema, sin embargo, tampoco impide la puesta en marcha del proceso de receta electrónica.

ELECCIÓN DE UN FORMATO PARA LA RECETA ELECTRÓNICA.

La mayor parte de los procedimientos de receta electrónica que han sido pilotados, abocan al ciudadano a un modelo que provoca dos nefastas consecuencias: **la limitación de su libertad de elección y el menoscabo de su derecho a la intimidad.**

En efecto, dichas experiencias se han puesto en marcha con la creación de repositorios predispensación en las que se almacena **toda** la información identificativa de paciente, de fármaco, de cobertura y de prescriptor, generando una base consultable a la que, en el momento en que la experiencia se generalice debería, si respetamos el derecho a la libertad del paciente, poder accederse desde cualquier punto de dispensación del país, y en la que podrían visualizarse el total de los tratamientos disponibles para la retirada por parte del paciente, condicionando por tanto su derecho a mantener su patología en el nivel de confidencialidad que la ley y él mismo determinen (debido a la sencillez de asociar indicación y diagnóstico de muchos, y ciertamente significativos, tratamientos). Ítem más, un repositorio de estas características se convierte en una presa fácil para el mercadeo y el tráfico de información.

Concluimos que la receta electrónica no puede depender de un modelo basado en la creación de repositorios previos a la dispensación.

Proponemos, en cambio, el mantenimiento de la **libertad del paciente** a la hora de elegir el punto de dispensación, la inexistencia de repositorios previos que pongan en riesgo su privacidad, la posibilidad de niveles de confidencialidad **escalables** en función de sus deseos (sin necesidad de cesión a priorística de datos) y la creación de un **repositorio posventa o post-facturación**, limitado a lo consumido, separado de las bases del servicio sanitario y de cualesquiera otras, temporalmente definido y localizado en los servicios de **Inspección de Farmacia** dependientes de las Consejerías de Sanidad de las Comunidades Autónomas, con el fin de mantener las capacidades inspectoras en aquellos casos donde esta función, garante de derechos, así lo requiera.

El estado actual de la tecnología, la previsión razonable de su desarrollo, y las ya expresadas garantías para el paciente y la propia sociedad, nos permiten posicionarnos en la elección de **tarjeta electrónica con chip** como vehículo de la prescripción informatizada.

Concluimos que el formato adecuado para el desarrollo de la receta electrónica es la Tarjeta-Chip, siendo el repositorio posventa, no consultable salvo a efectos de Inspección -hasta que la información individual y terapéutica se hayan dissociado-, el garante de la misma ante la Administración.

ANEXO 1.- LAS CLAVES DE LA REFORMA

1ª.-Cada uno se ocupa de lo que es su responsabilidad

El médico

El médico se encarga de la **prescripción**, y de hacer la **primera orden en un soporte receta multiprescripción**, sea manualmente o informáticamente (en papel), o electrónicamente en **T-CHIP**.

El farmacéutico

Se ocupa del proceso de dispensación.

Se ocupa de su facturación a la Inspección de Farmacia de la Consejería de Salud correspondiente.

El paciente.

Se responsabiliza del cuidado de su tarjeta chip, y/o de su documento de receta.

Se responsabiliza del grado o nivel de confidencialidad que **desea** dar a su información.

Inspección de Farmacia

Se responsabiliza del **repositorio post-facturación**

Del pago no demorado a los proveedores (farmacias, Colegios)

De generar la retroinformación a los servicios de salud.

De la inspección necesaria.

De la anonimización de los registros previa a su uso como sistema de información

De la facturación a otras CCAA (llegado el caso) o Estados de la Unión Europea

2º.-Cada empresa es responsable de su facturación

Probablemente sería lógico, vista la variabilidad y modificaciones de aseguramiento de los ciudadanos, que la facturación de la actividad (atención en el Servicio de salud) o venta en la farmacia, se ajustara al grado de prestación (activo/pensionista/ninguna) instantánea del paciente, no confiándose en que 6 meses atrás se informara, dado el dinamismo del mercado laboral.

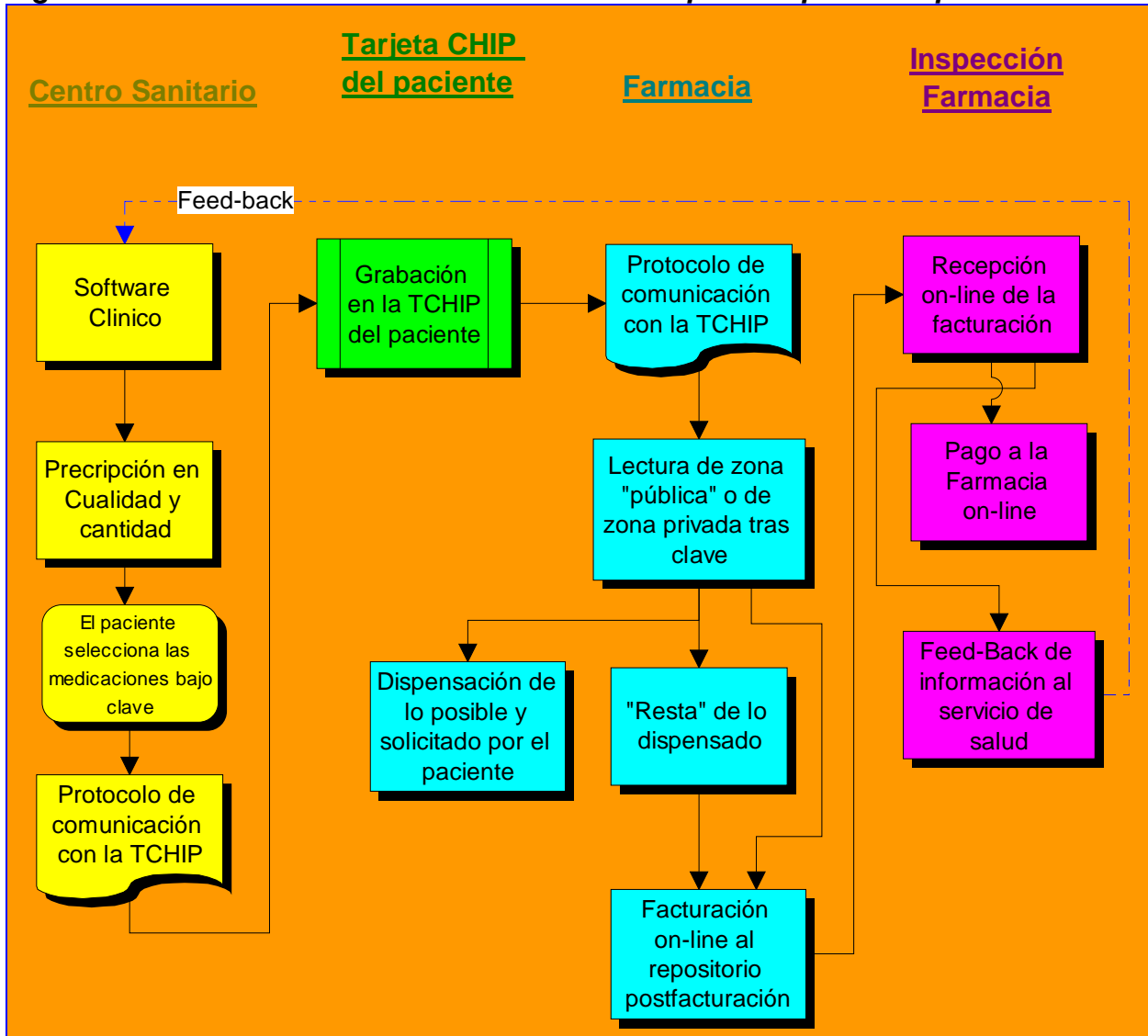
La información actualizada de aseguramiento por la Seguridad Social radica en el INSS, no en la TIS, que sí que es válida para los Universalizados de cada CCAA.

La comprobación por parte de Farmacia, de la solvencia SS, en cada prescripción forzaría a la mejora del sistema de registro de Beneficiarios y no solo de titulares del INSS, siendo sin embargo ésta una medida accesoria cuya no realización es (por motivos técnicos o tecnológicos) perfectamente asumible por el sistema y, por tanto su diseño obligatorio o contingente habrá de ser promovido o exigido por el propio INSS.

ANEXO 2: CIRCUITOS DE INFORMACIÓN

CIRCUITOS DE LA INFORMACIÓN

Fig.1.-Circuitos de información de la receta T-chip con repositorio postfacturación



Explicación de las Fases:

El médico en el Centro Sanitario: (Fig. 1)

- No se precisa la existencia de un único software de gestión clínica, ni complicadas modificaciones en los ya existentes.
- Cualquier software capaz de gestionar la prescripción aguda y de repetición puede generar un fichero estandarizado de comunicación con la tarjeta, con la información clave del prescriptor, las especialidades farmacéuticas prescritas, en calidad y cantidad, la relación de ellas que se desean bajo clave o claves (retrovirales, por ej.), que no serán visibles al personal de una u otra farmacia, salvo lo autorice el paciente.
- El fichero estandarizado precisa de poca información:
 - Dar de alta una T-Chip a un paciente y que él cree una o varias claves (si lo desea), por tanto la información administrativa del paciente
 - La autoría del prescriptor

La nueva receta Plataforma 10 minutos

- La prescripción en calidad (códigos nacionales de las especialidades farmacéuticas prescritas), y cantidad (duración y “adelanto” o nº de envases que se pueden dispensar a la vez)
- Cualquier software capaz de gestionar una historia clínica puede generar un fichero estandarizado de Alergias.
 - Códigos de medicación a la que se es alérgico
- En el Servicio de salud, el profesional precisa de un simple lector homologado, y el software de gestión clínica empleado una actualización de los *pluggins* necesarios para lectura y grabación de la T-CHIP.
- Este software le permitirá al profesional:
 - Grabar la información de la medicación cualitativa y cuantitativa, como si de una tarjeta monedero estuviéramos hablando.
 - Leer el estado del “contador-monedero” de las medicaciones restantes tras las dispensaciones realizadas y con ello **obtener datos sobre cumplimentación** terapéutica (ya que los envases previstos no retirados corresponderían a errores de adherencia terapéutica).
 - Actualizar la tarjeta en calidad (borrando , modificando, añadiendo) y cantidad
 - Actualizar la información de alergias
- El profesional, **en el domicilio del paciente**, con un dispositivo tipo PDA, simplemente (sin necesidad de ningún tipo de conexión), puede leer, modificar o recargar con nuevas inclusiones y darle la medicación que sea precisa, volcando después, si procede, esta información en su historia electrónica.

El paciente en el centro sanitario: (Fig.1)

- Si se desea, el paciente en una Terminal, además de otros usos que puedan pensarse –citas, informes...- en sala de espera , sin necesidad de entrar en consulta, podrá:
 - Podrá actualizar la medicación, si el médico ha aumentado la fecha de próxima revisión
 - Podrá informar de no usos y de sus razones
 - Podrá consultar el “saldo” de medicación en calidad y cantidad
 - Podrá movilizar unos medicamentos a la zona “restringida” (no visible salvo por introducción de la clave propia) o sacarla de ella.

La Farmacia con el paciente en presencia física: (Fig.1)

- El paciente acude a cualquier farmacia, sea de su CCAA o no, y solicita la medicación deseada.
- La farmacia que usa su propio software actualizado para uso de T-CHIP puede leer lo dispensable de la “zona pública” de la tarjeta o de la “zona restringida”, en función de la clave aportada por el paciente, la medicación prescrita en calidad y cantidad, además de las alergias.
- El farmacéutico dispensa SOLO lo permitido en tiempo y forma (lo indicado por las fechas)
- La farmacia ejecuta el software y “resta” lo dispensado.
- La farmacia graba en la tarjeta el cambio de especialidad farmacéutica, si lo hiciere, y el motivo, de una relación codificada, de tal manera que el profesional se da por enterado
- La farmacia consulta la información de prestación, bien en la tarjeta, si el INSS acepta esta situación de forma generalizada o contingentemente, o bien en una Terminal conectable al INSS para certificar el grado de solvencia del paciente (activo, pensionista, no SS, extranjero, E-111...) dada la variabilidad de la misma, en el mercado laboral actual y que pudiera haber cambiado desde la indicación médica.
- La farmacia no precisa el cortado del cupón precinto puesto que la caja del medicamento estará grabado en el código de barras, además del Código Nacional, el nº de serie y lote, que los hacen singulares e irrepetibles, razón por la que no es preciso su corte, favoreciendo la trazabilidad.
- Esa facturación la remite (de inmediato o por lotes en momentos determinados) al **repositorio postventa-postfacturación** de Inspección de Farmacia, deseablemente de manera electrónica, lo que, dadas las garantías de autenticación de la T-CHIP, permiten el **pago inmediato** o semidiferido al cobrador que se estime oportuno (farmacia o Colegios).

En el Servicio de Inspección de Farmacia (SIF) del Departamento de Sanidad: (Fig.1)

- Independientemente de la movilidad de los pacientes y de la CCAA de origen de la prescripción, las farmacias que dispensan y facturan para cualquier paciente de cualquier CCAA, son pagadas por el Departamento de Sanidad de la CCAA en la que se encuentran.

La nueva receta Plataforma 10 minutos

- El SIF recibirá on-line la facturación, creando un **repositorio-postfacturación** en su unidad, de manera autónoma, lo que permitirá:
 - Eliminar el paso de la grabación actual externa de los millones de recetas,
 - Disponer de la información de facturación actualizada al instante con fiabilidad 100%
 - Pagar al instante y por tanto capacidad de evaluación de las tendencias de gasto al minuto
 - Disponer de la información mecanizada de la prescripción dispensada de manera instantánea con fiabilidad 100%
 - Posibilidad de explotación de los perfiles de prescripción y de los orígenes de la inducción a la prescripción por registrar la información del prescriptor, también la del médico hospitalario
 - Remisión de información al Servicio de Salud, para retroinformación a los profesionales.
 - El SIF podrá controlar con precisión los acuerdos con farmacia sobre EFG, sustituciones...
 - El SIF podrá disponer de información de facturación dependiente de la prescripción de otras CCAA, por lo que podrá solicitar las compensaciones a otras CCAA, si así se decidiese vía Consejo Interterritorial
 - El SIF podrá disponer de la información de facturación a extranjeros con E-111, si se obliga a los mismos a disponer de T-CHIP, lo que permitiría controlar / regular el cada vez más potente turismo sanitario (para "sacarse las recetas pensionistas") de media Europa y solicitar las compensaciones oportunas.
- **Solo el SIF dispondrá del Repositorio de Prescripción con toda la información confidencial del paciente** (donde permanecen unidos sus datos administrativos y su medicación).
 - Esta información estará sita en un servidor independiente del Servicio de Salud y de otros departamentos de la consejería de salud.
 - Su acceso solo será posible por inspectores o personal de inspección de farmacia.
 - Esta información le permitirá realizar las tareas de inspección pertinentes
 - **Debe destruirse, siguiendo el concepto de Temporalidad, en defensa de la privacidad, la información de identificación del paciente** (no así la de facturación, origen de la misma, de la prescripción, etc. que puede ser indefinido su almacenaje) **en un tiempo prudencial** (días, semanas) con certificación de la misma, para tranquilidad de la ciudadanía y evitación de tentaciones de codicia.

El paciente en cualquier otro Centro Sanitario: (Fig.1)

- El estándar de comunicación le permite a cualquier profesional autorizado, por el sistema y el paciente, que maneje **cualquier programa informático** instalado por su servicio de salud, leer la información y grabarla en su historia y las modificaciones o nuevas inclusiones de prescripción en la T-CHIP.

El paciente en su domicilio: (Fig.2)

- **En relación con su Servicio de salud:**
 - Si el programa informático de gestión clínica del Servicio de Salud correspondiente lo permite, y el Servicio lo estima conveniente, el paciente podría, por medio de un lector de tarjetas:
 - Realizar las mismas acciones que en la Terminal de sala de espera
 - Actualizar la medicación, si el médico ha aumentado la fecha de próxima revisión
 - Informar de no usos y de sus razones
 - Consultar el "saldo" de medicación en calidad y cantidad
 - Movilizar unos medicamentos a la zona "restringida" o sacarla de ella.
- **En relación con Webs de Oficinas de Farmacia:**
 - Podrá acceder a las páginas de su oficina de farmacia con garantía de autenticidad y confidencialidad para solicitar la medicación para que esta, por ejemplo, pueda ser acercada a su domicilio si lo precisa.
 - Podrá comprar cualquier otro tipo de productos de parafarmacia, que no precisan receta, sin necesidad de haber sido prescritos.
 - Podrá programar los lotes futuros de medicación en cantidad y lugar.

La Farmacia web con paciente en su domicilio: (Fig.2)

- Podrá ofrecer servicios a domicilio evitando incomodidad innecesaria a pacientes con problemas de movilidad o acceso (hoy día no parece muy lógico que dispositivos socio-sanitarios completos tengan que desplazarse a domicilios de ancianos o discapacitados y que éstos, posteriormente

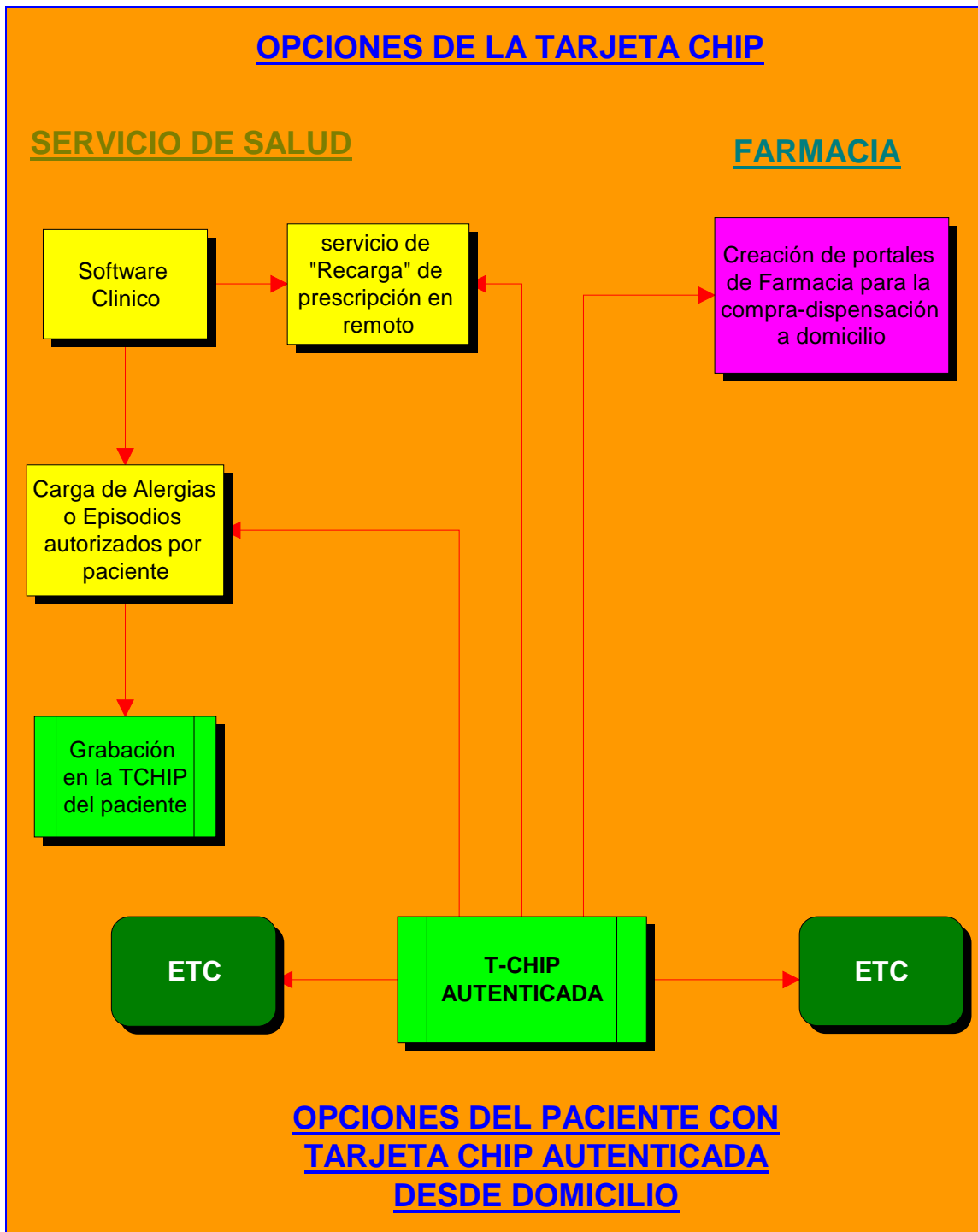
**La nueva receta
Plataforma 10 minutos**

tengan que acercarse físicamente hasta una farmacia y cargar, por ejemplo, con enormes cajas de alimentación enteral o pañales por ejemplo). No hay que confundir este tipo de opciones con la existencia de farmacias virtuales.

La autenticación del paciente con una T-CHIP es la Clave de todo

La nueva receta
Plataforma 10 minutos

Fig.2.-Opciones de la T-CHIP.



ANEXO 3: VENTAJAS DE LA TARJETA-CHIP : LA T-CHIP

En la **Fig.2** y en las explicaciones del [Anexo 2](#) se adelantan. Aquí se ofrece un resumen de las mismas:

**La T-CHIP genera ventajas para todos los agentes,
en una relación ganador-ganador
¿Por qué no llevarlo a cabo?**

Para el paciente

Posibilidad de **transporte de la información más relevante de la Historia clínica, entre la que se encuentra la información de prescripción, sin los problemas de confidencialidad** de los grandes repositorios previos.

Posibilidad de movilidad y libertad para compra de su medicación donde quisiera.

Posibilidad de acceso a las nuevas tecnologías desde su domicilio, con accesos y comunicación con su médico y enfermera, especialista, para ajustar la medicación o para cualquiera de las necesidades futuras, permisible con una tarjeta autenticada.

Posibilidad de facilitar la dispensación de medicación sin salir de casa en relación con la farmacia.

Relación segura telemática con la [firma electrónica](#).

Para el médico

Posibilidad de grabar **información clínica y de prescripción**.

Posibilidad de leer información clínica o de prescripción relevante.

Posibilidad de leerlo con lectores móviles, PDA...

Mejora para la **atención domiciliaria**, por el acceso a información clínica y de prescripción relevante.

Mejora para los servicios de urgencia y emergencia en el mismo sentido.

Feed-back desde la T-Chip de lo prescrito por otros proveedores, de lo dispensado en la farmacia, o de dispensación de medicamentos publicitarios, siempre con la autorización del paciente, cosas todas ellas imposibles con el repositorio previo o de predisposición.

Mejora en el conocimiento de la **adherencia terapéutica**, a través de la **detección de problemas de cumplimentación** en la toma de medicación por su no recogida en tiempo y forma (dado que los envases están calculados para una duración determinada su no recogida indica mala cumplimentación).

Esta utilidad es imposible a través de un repositorio previo, pues este tendría que o bien obligar al profesional a conectarse on-line al mismo durante todos los actos clínicos, o bien atacar, directamente, las bases de datos de los cientos de softwares de Historia Clínica, a través de los cuales haya sido emitida una prescripción, identificando el lugar y al prescriptor, y además debería actualizarse con todas y cada una de las nuevas versiones de cada uno de esos potenciales cientos de softwares de cientos de proveedores sanitarios (Servicios de Salud, Mutuas, EBAS, Consorcios, Fundaciones, Cooperativas, Aseguradoras, Entidades colaboradoras SS, ...)

Etc.

Para el / los Servicios de Salud

Valor político por la **defensa de la libertad** y autonomía del paciente, que moviliza y permite o restringe el acceso de su información sita en la T-CHIP según su soberano criterio.

Valor económico al disponer de la movilidad de la información de los pacientes sin necesidad de modelos caducos, onerosos y discutibles, como la centralización de la información, en este caso, si el modelo ha de funcionar, con carácter nacional.

Mantenimiento de la **independencia en la elección de programas informáticos de historia clínica electrónica por parte de cada Servicio de Salud**, sin perder la potencia de la comunicación por utilización de estándares de comunicación de historia clínica de la que el propio paciente puede ser portador.

Reducción de las amenazas de los codiciosos sobre la información confidencial, al no tener la necesidad de crear repositorios previos.

Apertura informática a la atención de pacientes de diferentes CCAA o de otros proveedores de la misma CCAA, sin necesidad de que el Servicio de Salud cambie sus aplicativos o ceda sus competencias.

Retroinformación inmediata, vía los servicios de Inspección, de la facturación real, con información instantánea de tendencias y realidades.

La nueva receta Plataforma 10 minutos

Posibilidad de facturación a terceros, a otras CCAA y otros Estados de la Unión.
Regulación del “Turismo Sanitario” o del “Turismo con necesidades sanitarias”, cada vez más potente, del europeo que se acerca al oasis de la Seguridad Social Española que “todo lo da gratis” por las dificultades actuales de facturación de la prescripción.
La utilización de Códigos del Medicamento con el nº de serie y lote, como cualquier otro producto del mercado, permite el análisis de **trazabilidad** clave para las alarmas medicamentosas y para la persecución del fraude
Etc.

Para el Sistema Nacional de Salud

Estandarización de la información, forzada por la misma T.-CHIP que homogeneiza y racionaliza el actual caos de relación de beneficiarios-titulares INSS, de los Códigos Nacionales de medicamentos, de relación de principios activos,...

Regulación de la facturación inter-CCAA para el Consejo Interterritorial

Regulación de la facturación vía E-111 con todos los potenciales pacientes Europeos, con la sola obligación de que si desearan atención, sería previa solicitud y entrega inmediata, totalmente factible, de T-CHIP.

Conocimiento preciso de los niveles de gasto farmacéutico en calidad y cantidad.

Conocimiento preciso de la farmacia inducida por seguimiento de las tendencias de la prescripción en especializada, evidentemente por recordar la obligación de realizar la primera receta con identificación del prescriptor.

Ahorro económico por la evitación de la inversión en grabación anual, manual o semiautomática, de los millones de recetas.

Posibilidades de control de plantas medicinales o medicaciones de uso con receta (independientemente del financiador), menos inocuas de lo que se afirma, favoreciendo el control de prescriptores.

La utilización de Códigos del Medicamento con el nº de serie y lote, como cualquier otro producto del mercado, permite el análisis de **trazabilidad** clave para las alarmas medicamentosas y para la persecución del fraude, el análisis de desabastecimientos por ventas fraudulentas a otros países de la Unión....

Posibilidad de análisis y conocimiento de servicios sanitarios utilizados por el paciente.

Información sobre adherencia de prescriptores a laboratorios específicos.

Información sobre adherencia de dispensadores a laboratorios específicos

Etc.

Para el Farmacéutico

Por la eliminación de errores en la interpretación de la letra de una receta escrita.

Por evitar la necesidad de conexión on-line minimizando la dependencia tecnológica (solo es preciso el lector, su clave de autorización para la lectura y luz eléctrica)

Por la facturación inmediata, bien on-line o semidiferida (en lotes nocturnos por ejemplo), con reducción de gastos administrativos en la ordenación, almacenado, procesado y enviado para grabación y facturación.

Mejoras de almacenaje por la posibilidad de eliminación de precio del envase, de forma que ante cambios no habría de retirar el stock (gracias a la trazabilidad unívoca de la etiqueta del fármaco).

Acceso a la información de alergias y contribución al cuidado del paciente.

Impulso para la entrada en el mundo de las nuevas tecnologías, con facilidad de servicio a domicilio, legalmente accesible con una T-CHIP autenticada que identifique inequívocamente al cliente como destinatario del producto solicitado.

Incremento de las posibilidades de negocio en cualquier otra oferta de productos sin receta.

Etc.

Para los Colegios Profesionales

Lucha contra el intrusismo profesional, tanto en el desempeño, para los Colegios de Médicos, como para la venta de productos farmacéuticos o para-farmacéuticos, para los Colegios de Farmacéuticos.

La certificación de un profesional farmacéutico por una parte. La certificación por tanto de la capacidad de servir o vender ciertos productos.

La nueva receta Plataforma 10 minutos

Igualmente la certidumbre que el prescriptor es un médico, mediante la certificación de los colegios profesionales o del Ministerio, quien concede los títulos oficiales.

Etc.

Para los laboratorios farmacéuticos.

La utilización de Códigos del Medicamento con el nº de serie y lote, como cualquier otro producto del mercado, permite el análisis de **trazabilidad** clave para las alarmas medicamentosas y para la persecución del fraude.

ANEXO 4: LA NUEVA RECETA MULTIPRESCRIPCIÓN EN PAPEL

Reseñar, en primer lugar, que lo que se defiende es el avance tecnológico a partir de la **T-CHIP** y que la receta de **multiprescripción**, en papel, debe ser contemplada como contingente, y cuando no se prevea la informatización en meses o el uso de la **T-CHIP**.

Aunque la urgencia de la desburocratización debe animar a poner en marcha ya cualquier solución de receta multiprescripción.

La CCAA de Andalucía ya ha presentado un modelo de Receta informática Médica DIN-A4 de prescripción simultánea, o multiprescripción, para varias *Especialidades Farmacéuticas* (medicamentos), por tanto la idea perseguida por tantos médicos queda demostrado que es factible.

Sin querer entrar en las especificaciones de diseño de la misma, aunque se muestra un **EJEMPLO** de lo que podría ser, sería recomendable que tuviera las siguientes características:

- Además de la identificación del Servicio de Salud,
- Datos administrativos del médico prescriptor
- Teléfono del Centro donde fue emitida
- Datos administrativos del paciente,
- Receta DIN-A4 de papel blanco oficial y antifalsificación,
- la información de cada medicamento,
- la posología,
- el nº máximo de envases hasta la fecha de validez o fecha de revisión,
- la fecha de revisión o fecha de vigencia de la prescripción,
- la prohibición expresa de entrega conjunta. Deben entregarse los envases secuencialmente.
- la autorización de sustitución y
- el uso de códigos de barras para el caso de uso de programas informáticos de gestión clínica, en el que se expresen las fechas incluidas en el código de barras del medicamento, de tal forma que se comportara para el resto de efectos, ya comentados (el pago no diferido, la facturación post-venta, etc.) como la **T-CHIP**.

Fig.4.







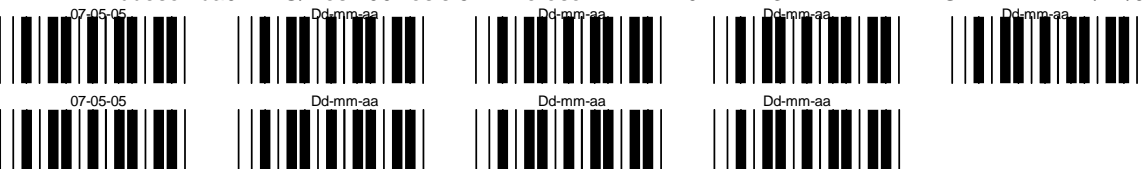

En la **Fig.5** se muestra otro ejemplo para el caso manual puro.

En la **Fig.6** se muestra un ejemplo copiado de la receta andaluza, del envés.

Las recetas en papel deberían imprimirse original y copia, con el mismo nº de documento, para que quedara la copia en manos del paciente y el original en la farmacia dispensadora del último envase prescrito.

**La nueva receta
Plataforma 10 minutos**

Fig.3.- La receta multiprescripción en Papel, impresa por ordenador.Ejemplo.

Servicio de Salud xxxxxx								
Centro de Salud de xxxxxxxxxxxxxx Dr.: Pablo Pérez Pérez N°C: 12312312 Sr/a.D./Dª. Ascensión López de Onraita González NASS: 20/12122121/11 Activo TIS: 4545454545454545454 F.Nac: 23/12/45				Firma  Dr. Pablo Pérez Pérez Fecha : 07/05/05				
Nº	Cod.Nac	Especialidad Farmacéutica	Posología	Nº Máx. Envases	Entrega Conjunta	Autorizada sustitución	Conting. I.T.	Fecha de Revisión
1	1212121	Paracetamol 1g 30 comp. Efervescentes	1-0-1	4				12/12/05
								
2	1254521	Digoxina 0,25mg 50 comp.	1x1x5	4	NO			12/12/05
								
3	1212121	Fluoxetina 20 mg 14 cap dur gela EFG	1-0-0	6	NO	NO		12/12/05
								
4	1212121	Ibuprofeno 400 mg 30 comp.	1-0-1	4			IT	12/12/05
								
5	1212121	Salbutamol 100mcg/dos 200 dosis susp para inh.	2/4h	9		NO		12/12/05
								
6	1212121	Budesonida 0.2 MG/Dos 100 Dosis 5ML Aerosol	2-0-2	3		NO		12/12/05
								
Información al Farmacéutico (si procede) <div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div>				Información para el paciente <div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div>				
Nº Rec: 1212267112268								

La nueva receta Plataforma 10 minutos

Explicación del formato de receta multiprescripción informática impresa.

Se precisa que los programas informáticos actuales de gestión clínica, capaces de gestionar la receta aguda y la de repetición, creen una salida de impresión en papel blanco, DIN-A4, con las especificaciones superiores.

En nº de impresos, o recetas multiprescripción que se precisen dependerán del nº de medicamentos y del intervalo de revisión, ya que existen medicamentos sometidos a especial control cuya necesidad de mantenimiento en receta o intervalo diferente habría de ser valorada. Si se precisasen más hojas se crearán automáticamente con el resto de medicamentos.

La **Fecha de Revisión** habla de la fecha hasta la que es válida la prescripción, medicamento por medicamento.

Cada medicamento viene numerado a la derecha y será el nº de referencia para las notas de la Farmacia de la **Fig.5**.

Se crearán dos copias por cada hoja, una para el paciente y otra que se quedará la farmacia. Ambas se firmarán, por el médico.

Los datos de identificación del centro y paciente vendrán en un código de barras del modelo que se acuerde.

Para cada medicamento se grabará en Código de barras el Código del Medicamento y la fecha de dispensación especificada para cada código, tantos como lo que muestre el Nº máximo de unidades que se prevea dispensar, lo que limitará la práctica de dar todos los medicamentos a la vez, de alto riesgo en muchos de ellos.

Se añade un campo de prohibición expresa de entrega simultánea, por medicamento, variable por paciente y condición. En cualquier caso para evitarle visitas al paciente sobre medicamentos menos riesgosos en su almacenamiento, bastaría con que el programa tuviera la opción de indicar "con control de fechas" o no. Con control el código de barras tendría la fecha, sin él, no.

Los campos de interés serían el Código Nacional del Medicamento, la descripción del mismo, la posología, el cálculo de nº máximo de envases en la vigencia de la receta, la autorización o no a la sustitución del medicamento, la contingencia IT y la fecha de revisión o fecha límite de la vigencia de la receta. Aunque debe explorarse la solución de solo información de la duración, sin especificar nº de envases.

Completarían la receta la sección de firma, información al farmacéutico e información al usuario.

El papel será blanco pues la información del tipo de prestación, (activo, pensionista, o con cobertura por IT (la actual receta azul)), vendrá informado explícitamente, en la cabecera (activo o pensionista) y en cada medicamento la cobertura por contingencia IT (la actual receta azul, de 100% de subvención para la prescripción de medicación, para el problema de la baja laboral, en pacientes activos).

El documento receta tendrá el nº de referencia en la esquina inferior derecha y se emitirán oficialmente tacos de DIN-A4, con original y copia (sin calco con la misma numeración, una para el paciente y otra para la farmacia).

Igualmente se podrán incluir en la receta medicamentos no incluidos en la subvención de la Seguridad Social pero que precisen de aquella (Viagra, Nobritol,...) . Ver ejemplo en el medicamento nº 9 de la **Fig.4**.

**La nueva receta
Plataforma 10 minutos**

Fig.4.-La receta manual de multiprescripción. Ejemplo

Servicio de Salud xxxxxx

Centro de Salud de xxxxxxxxxxxxxx
Dr.: Pablo Pérez Pérez
N°C: 12312312

Sr/a.D./Dª. Ascensión López de Onraita González
NASS: 20/12122121/11 Activo
TIS: 4545454545454545454545454
F.Nac: 23/12/45



Firma

Dr. Pablo Pérez Pérez
Fecha : 07/05/05

Nº	Cod.Nac	Especialidad Farmacéutica	Posología	Nº Máx. Envases	Entrega Conjunta	Autorizada sustitución	Conting. I.T.	Fecha de Revisión
1	-----	Paracetamol 1g 30 comp. Efervescentes	1-0-1	4				12/12/05
2	-----	Digoxina 0,25mg 50 comp.	1x1x5	4	NO			12/12/05
3	-----	Fluoxetina 20 mg 14 cap dur gela EFG	1-0-0	6	NO	NO		12/12/05
4	-----	Ibuprofeno 400 mg 30 comp.	1-0-1	4			IT	12/12/05
5	-----	Salbutamol 100mcg/dos 200 dosis susp para inh.	2/4h	9		NO		12/12/05
6	-----	Budesonida0.2 MG/Dos 100Dosis 5ML Aerosol	2-0-2	3		NO		12/12/05
7	-----	Teofilina 175mg 40 comp	1-0-1	9		NO		12/12/05
8	-----	Enalapril 2,5 mg 60 comp.	1-0-0	4				12/12/05
9	-----	Nobritol 25/10 60 caps	1-0-1	2	NO			10/07/05
10								

Información al Farmacéutico (si procede)

Información para el paciente

Nº Rec: 1212267112268



La nueva receta Plataforma 10 minutos

Explicación del formato de receta multiprescripción manual..

Explicación en esencia común a la de la **Fig3**. con la salvedad de permitir la realización a mano.

Las diferencias se producen en que no es preceptivo, como en la receta actual, el Cod Nac, que se mantiene por si se utilizan programas informáticos menos potentes que para el caso de la **Fig.3** y que permiten imprimir los nombre de los medicamentos y sus Cod Nac.

Igual que en el caso anterior, puede prescribirse varios medicamentos, sean de cobertura de SS o no (medicamento nº 9 en el ejemplo de la **Fig.4**).

Mismos campos:

- Cod Nac, no preceptivo
- Descripción de la Especialidad Farmacéutica
- Posología
- N° Máximo de envases para el periodo indicado y limitado por la fecha de Revisión
- Prohibición de entrega conjunta. Indicación expresa de que no se entreguen los medicamentos más que de acuerdo con la fecha secuencial de consumo.
- Autorización o no de sustitución del medicamento por otro similar. (Ver [¿Por qué No autorizar cambios?](#))
- Contingencia IT: para informar a la farmacia de que tal medicamento, en caso de paciente Activo, tiene subvención 100% (la receta azul actual).
- Fecha de Revisión: o fecha límite de vigencia de la prescripción del medicamento. Puede ser variable según medicamento, aunque organizacionalmente es preferible que sea común a todos.

Completarían la receta la sección de firma, advertencias al farmacéutico e información al usuario.

El documento receta tendrá el nº de referencia en la esquina inferior derecha y se emitirán oficialmente tacos de DIN-A4, con original y copia (con calco), con la misma numeración, una para el paciente y otra para la farmacia.

Obligatoriamente la receta manual multiprescripción, debe ser con calco, como los actuales talonarios, original para el paciente y copia para la farmacia. Será de tamaño DIN-A4 y solo de un color, el blanco.

**La nueva receta
Plataforma 10 minutos**

Fig.5.-Envés posible. (Copiado de la receta Andaluza. Ref.: ver Nota al pie¹).Ejemplo.

Hoja de control de dispensación N°.....de la receta N°

FARMACIA(Datos de identificación, fecha de dispensación y firma)	FARMACIA(Datos de identificación, fecha de dispensación y firma)	FARMACIA(Datos de identificación, fecha de dispensación y firma)	FARMACIA(Datos de identificación, fecha de dispensación y firma)																																								
N° Envases dispensados x producto	N° Envases dispensados x producto	N° Envases dispensados x producto	N° Envases dispensados x producto																																								
<table border="1" style="width:100%; text-align:center; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<table border="1" style="width:100%; text-align:center; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<table border="1" style="width:100%; text-align:center; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<table border="1" style="width:100%; text-align:center; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																																		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																																		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																																		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																																		
Se ha sustituido el producto N°..... Por este otro	Se ha sustituido el producto N°..... Por este otro	Se ha sustituido el producto N°..... Por este otro	Se ha sustituido el producto N°..... Por este otro																																								
FARMACIA(Datos de identificación, fecha de dispensación y firma)	FARMACIA(Datos de identificación, fecha de dispensación y firma)	FARMACIA(Datos de identificación, fecha de dispensación y firma)	FARMACIA(Datos de identificación, fecha de dispensación y firma)																																								
N° Envases dispensados x producto	N° Envases dispensados x producto	N° Envases dispensados x producto	N° Envases dispensados x producto																																								
<table border="1" style="width:100%; text-align:center; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<table border="1" style="width:100%; text-align:center; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<table border="1" style="width:100%; text-align:center; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<table border="1" style="width:100%; text-align:center; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																																		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																																		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																																		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																																		
Se ha sustituido el producto N°..... Por este otro	Se ha sustituido el producto N°..... Por este otro	Se ha sustituido el producto N°..... Por este otro	Se ha sustituido el producto N°..... Por este otro																																								
FARMACIA(Datos de identificación, fecha de dispensación y firma)	FARMACIA(Datos de identificación, fecha de dispensación y firma)	FARMACIA(Datos de identificación, fecha de dispensación y firma)	FARMACIA(Datos de identificación, fecha de dispensación y firma)																																								
N° Envases dispensados x producto	N° Envases dispensados x producto	N° Envases dispensados x producto	N° Envases dispensados x producto																																								
<table border="1" style="width:100%; text-align:center; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<table border="1" style="width:100%; text-align:center; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<table border="1" style="width:100%; text-align:center; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<table border="1" style="width:100%; text-align:center; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																																		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																																		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																																		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																																		
Se ha sustituido el producto N°..... Por este otro	Se ha sustituido el producto N°..... Por este otro	Se ha sustituido el producto N°..... Por este otro	Se ha sustituido el producto N°..... Por este otro																																								
FARMACIA(Datos de identificación, fecha de dispensación y firma)	FARMACIA(Datos de identificación, fecha de dispensación y firma)	FARMACIA(Datos de identificación, fecha de dispensación y firma)	DILIGENCIA DE APERTURA DE NUEVA HOJA DE CONTROL POR LA FARMACIA (Datos de identificación, Fecha y firma)																																								
N° Envases dispensados x producto	N° Envases dispensados x producto	N° Envases dispensados x producto																																									
<table border="1" style="width:100%; text-align:center; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<table border="1" style="width:100%; text-align:center; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<table border="1" style="width:100%; text-align:center; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	EN LA NUEVA HOJA DE CONTROL SE HA CONSIGNADO LA NUMERACIÓN DE ESTA RECETA Y COMO NÚMERO DE HOJA EL CORRELATIVO AL QUE FIGURA EN ESTA										
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																																		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																																		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																																		
Se ha sustituido el producto N°..... Por este otro	Se ha sustituido el producto N°..... Por este otro	Se ha sustituido el producto N°..... Por este otro																																									

LUGAR DE INFORMACIÓN AL FARMACÉUTICO ACERCA DE LAS NORMAS DE SUSTITUCIÓN DE FÁRMACOS

¹ Suárez-Varela J, Beltrán C, Molina T, Navarro P. Receta Electrónica: de la utopía a la realidad. Aten Primaria 2005;35(9):451-9.

ANEXO 5: LAS 40 PREGUNTAS MÁS FRECUENTES

1. ¿Qué es prescripción?

El acto de prescribir, de indicar un tratamiento, que puede o no precisar de ser transcrito en un soporte, llamado receta. La prescripción farmacológica precisa definir una dosis, un intervalo de toma y una duración de tratamiento, no implica por tanto realizar una ni diez veces un albarán.

2. ¿Qué es la recetación?

El acto de hacer recetas. No es un término incluido todavía en el Diccionario de la Real Academia de la Lengua, a pesar de que desde el derecho consuetudinario quedaría avalada su inclusión, desde la creación de la Seguridad Social, por los más de 750 millones de recetaciones anuales, que consisten en la transcripción de una prescripción a un documento para su retirada.

3. ¿Qué es la facturación?

Entre otras cosas el acto de hacer una factura. Cuando la receta ha dejado de ser mero soporte de la prescripción y se ha convertido en una actividad contable nace la **receta-factura** o **receta-albarán**.

4. ¿Qué es la receta-albarán?

El actual modelo de receta español.

5. ¿A qué se llama especialidad farmacéutica (EF)?

A un medicamento con una presentación específica. Una amoxicilina es un principio activo. Una presentación de 500mg en 12 cápsulas es una *especialidad farmacéutica (EF)*. Otra presentación de lo mismo, pero de 1000mg y 12 cápsulas es otra *EF*. Cada *EF* tiene adjudicado un **Código Nacional (CodNac) del Medicamento**.

6. ¿El CodNac por tanto es el medio de relacionarnos informáticamente o electrónicamente?

En su origen el CodNac se crea como la matrícula de una *EF*, como si de un coche se tratara, pero se olvida pronto y deja de ser el identificativo unívoco de una *EF*, porque con cada cambio de precio se le cambia el CodNac, lo que afecta extraordinariamente la puesta en marcha correcta de la prescripción electrónica, máxime cuando se comete el garrafal error organizacional de reutilizar CodNac de medicamentos dados de baja, lo que desde el punto de vista de la información impide una correcta interpretación retrospectiva. La operativa de muchos softwares con generación de lotes de impresión de recetas, de uso en nuestros Centros de Salud, llevan al caos a estos por la multitud de pacientes afectados con los cambios de medicamentos, que son devueltos de la farmacia porque la receta, que se venía imprimiendo automáticamente, ha dejado de hacerse o de servirse porque siendo el mismo medicamento, por el cambio de precio, simplemente, se le ha cambiado el CodNac y todo ha dejado de funcionar.

7. ¿Porqué en ocasiones la información que se entrega a los médicos sobre su prescripción parece tener poco que ver con la realidad?

Por la dependencia de grabadores externos que, durante años, han tenido que pelear con recetas escritas en letra manual, sellos identificativos mal colocados, inexistencia de "Códigos de cupo" en muchas CC.AA. que identifiquen claramente dónde fue emitida y evite los problemas con los médicos sustitutos.

8. ¿Qué es un principio activo (PA)?

Teóricamente la sustancia singular de un medicamento, por ej. la *amoxicilina*. El problema es que el principio activo *amoxicilina* de Cantabria, no es la *amoxicilina* de Sevilla, de Lérida, de..... Cada CCAA decide y crea su propia clasificación de PA. Además unas hablan de principios activos y otros de sustancias. Unos consideran las asociaciones, ej *magnesio trisilicato + aluminio hidróxido* como PA, otros no. No existe una clasificación única de PA en el Sistema Nacional de Salud.

La nueva receta Plataforma 10 minutos

Se entiende por tanto el porqué de lo volátil de las experiencias de receta electrónica en España y la incapacidad de entendernos.

9. ¿Cómo se hace la prescripción por principio activo (PPA)?.

Como no existe un [CodNac](#) para cada PA, cada CCAA ha decidido “inventar” una, compatible solo consigo misma, y ni siquiera con el resto de proveedores de la Seguridad Social (Mutuas, Consorcios, etc) de su propia CCAA. Ello hace que, para la relación informática, la farmacia debiera tener la relación de todas las clasificaciones inventadas por cada proveedor sanitario español. Más de 100.

Como las clasificaciones de PA no pueden tener precio asociado, pues no son [EF](#), la imputación de los gastos continúa siendo imposible.

10. ¿Qué efecto puede tener la Prescripción por Principio Activo (PPA) respecto al gasto?.

Intuimos, en base a diferentes análisis publicados, que el gasto farmacéutico se contendrá, convergerá “en medias” respecto al resto de los Europeos y OCDE, fundamentalmente por aumento del gasto no farmacéutico, lo que hará que los porcentajes de gasto de farmacia se “moderen”.

La PPA es sensata y aparentemente contribuiría a la reducción del gasto si el acuerdo con las farmacias fuera cerrado en precios y alternativas.

De no ser así la PPA puede llevar a todo lo contrario, al incremento de gasto, pues si tal acuerdo es lábil, quedará al libre albedrío de la farmacia el producto a entregar ante una prescripción por PA, pudiendo darse el producto más caro, y consiguiendo, justamente, lo contrario de lo pretendido.

La PPA puede llevar a incrementar el gasto en vez de bajarlo, si se pierde el control del precio del medicamento, pues de no ser cerrado el acuerdo, se cede la responsabilidad del mismo a la farmacia, la menos interesada en él.

11. ¿A cuántos pacientes afecta la prescripción?.

Pues al 80% de la población atendida, y dado que se atiende aproximadamente al 70% de la población existente, afecta más ó menos, anualmente, al 55% de toda la población.

12. ¿Cuántas horas semanales de dedicación administrativa supone la receta?

Sin desburocratización informatizada (en el modelo actual) alrededor del 30% del tiempo de actividad de consulta del médico y la enfermera, unas 75 horas a la semana por cada 10.000 habitantes (5,5 cupos de 1.800 personas. Por tanto 11 profesionales médicos y enfermeros, que si dedican 20 horas a la semana a la consulta, su 30% suponen 75 horas /10.000 hab / semana.), o lo que es lo mismo el trabajo de 10.000 médicos-año para toda España.

13. ¿Cuánto supondría la desburocratización a mano?

Aún en la consideración de que todo lo superfluo debe eliminarse y la “recetación” es mucho de ello, una auxiliar de clínica con una dedicación de 4 horas /día puede controlar, “a mano” las tarjetas de medicación de todos los pacientes de un centro de 10.000 habitantes. 20 horas a la semana de Auxiliar, a cambio de la ganancia de 70 horas de médicos y enfermeras / semana.

La informática capaz de gestionar la receta de repetición en el modelo actual pasa a menos de 4 horas a la semana. El ahorro es de 90 horas / semana / centro de 10.000 hab.

14. Algunos datos sobre “recetación”.

Un cupo estándar realiza 14.000 recetas/año por cada 1.000 habitantes, lo que ascenderá a 30.000 recetas o más en cupos “normales” y 3 de cada 4 serán recetas de repetición.

El nº real de prescripciones se reduciría a menos del 40% con una **receta de multiprescripción**.

15. ¿Debe recetarse por envases o por duración?.

Es una duda genérica que habría que tomar en consideración a la hora del diseño de la receta de multiprescripción.

Puede, en principio, considerarse sensato el indicar la duración evitando el cálculo de envases, pero la realidad de la contabilidad por envases, tal vez lo desaconseje. Sin embargo, para la prescripción medicaciones de problemas agudos (primordialmente Antibióticos) pudiera pensarse en la posibilidad de indicar la posología y duración. ¿No sería más razonable poder indicar amoxicilina 500, 3 al día, 7,10,12, 21 días y el farmacéutico entregar, desde un envase clínico, precisamente esa cantidad?. Esta duda, que en ocasiones ha asaltado a los profesionales, en la actualidad parece inviable por dos

La nueva receta Plataforma 10 minutos

razones. Primera, por el fracaso de las experiencias de unidosis en Atención Primaria, evidenciado tras el intenso intento que se realizó, a pesar de contar con todos los apoyos, en Galicia; y en segundo lugar, por la rotura de la cadena de calidad y de las medidas y exigencias de esterilidad y estabilidad de producto que hoy día son aplicadas en el envasado industrial, que podrían verse alteradas en este tipo de dispensación masiva.

16. ¿Cuanto ocuparían todas las recetas prescritas apiladas?

Los 750 millones de receta anuales, es decir los 7,5 Millones de talonarios de recetas anuales, apilados crearían una muralla de 15 cm. de grosor, el tamaño de un talonario, por 2 metros de altura y 1000 kilómetros de longitud.

17. ¿Tienen impacto ecológico tantos millones de recetas?

Además del consumo de árboles, el reciclado de los calcos de la receta manual al uso, la de talonario, es muy costosa, con gran impacto ambiental, si se arroja al medio o si se quema. Una paradoja. Las recetas son vehículos de salud y de muerte.

18. ¿Qué significa que la receta sea un documento público?

Que se sujeta a la legislación penal y no civil, por lo que su alteración o falsificación de la misma suponen cárcel, con fianza o sin ella.

19. ¿Qué es la receta informatizada?

La que soporta su gestión administrativa en sistemas informáticos que traspasan los datos a papel impreso.

20. ¿Qué es la receta electrónica?

La que no precisa de papel y se basa en la traslación de información por vías electrónicas, sea por comunicaciones electrónicas o por usar un soporte interpuesto físico, pero electrónico, una [Tarjeta Chip](#), un disco duro, un CD, o cualquier otro sistema de almacenamiento autónomo.

21. ¿Qué es una tarjeta chip (T-CHIP)?

Una tarjeta de plástico, tipo VISA, con un Chip integrado, que es, en síntesis, un ordenador, con disco duro, memoria RAM y demás.
Su capacidad es variable y por tanto su potencia de almacenamiento.

22. ¿Qué diferencia presenta una Tarjeta Chip de una Tarjeta de banda magnética?

La tarjeta habitual, solo con banda magnética, además de muchísima menos capacidad, no permite la encriptación compleja de la información, ni usos de programas internos, que son necesarios para asegurar la firma electrónica.

23. ¿Qué es la firma electrónica?

Una prerrogativa concedida por un órgano certificador externo que asegura que el usuario de la tarjeta **es quien es**, asegurado por la introducción de claves singulares y personales de encriptación-desencriptación.

Estas claves pueden ser simétricas, las más al uso, las habituales en las transacciones de bancos, Internet, etc. Son menos seguras que las asimétricas.

La explicación es simple. Las simétricas usan la misma clave para la encriptación y la desencriptación, y lo habitual es que la propia clave viaje con el fichero encriptado, o que tal clave se sitúe en una zona, generalmente, el directorio C:\windows\system del ordenador, lo que hace vulnerable al usuario si su ordenador es atacado. El anecdotario de VISA, bancos, ..., vulnerados es conocido.

Las asimétricas usan dos claves, la pública y la privada y ésta no está sita ni en la transacción, ni en el ordenador, sino en un medio externo, la [T-CHIP](#) que no está físicamente en la red, sino en el bolsillo del propietario. La segunda clave, está encriptada con algoritmos matemáticos muy complejos y dado que la [T-CHIP](#) es un ordenador, bajo software, hasta ahora, la ha hecho invulnerable, no así las otras.

Por tanto lo recomendable, para el uso de [T-CHIP](#) sería, además, emplear las claves asimétricas.

La información sobre la salud de las personas se considera hoy en día la información más comprometedor y peligrosa, fuera de las manos del propietario o sus médicos-enfermeras. Los juristas

La nueva receta Plataforma 10 minutos

la consideran la información más sensible, muy por encima, en sociedades democráticas, al conocimiento público de los hábitos sexuales, o religiosos de las personas.

24. ¿Qué es un repositorio previo o repositorio predisposición?

El acúmulo de toda la información de prescripción en la que necesariamente **se unen datos clínicos junto a identificativos de paciente** en una megabase para su consulta o para gestionar desde ella transacciones informáticas.

Esta es la solución planteada en algunos Servicios de Salud, para solventar el asunto de la receta electrónica.

El funcionamiento teórico es simple. **Todas** las prescripciones a pacientes de todos los profesionales médicos, pasan a un macro-repositorio, donde se acumulan (incluso durante meses) hasta su retirada o caducidad de fecha. Los auxiliares o propietarios de las farmacias se servirían de él para dispensar los medicamentos prescritos, teniendo todos ellos visibles, independientemente de la voluntad del paciente.

Constituye pues un acopio de información muy codiciable por el contenido clínico que puede reportar. De forma que, a mayor tamaño, contenido y temporalidad, el peligro de su codicia aumenta exponencialmente.

A pesar de todos los niveles de seguridad, su gran problema es que el control queda muy lejos del profesional y del paciente. Su control queda en manos no profesionales (informáticos, técnicos, administrativos, políticos...), no afectados por el severo control de leyes de buena-praxis, ni por la pérdida de prestigio profesional, ni por el temor del error médico, ni por la pérdida de confianza del paciente, con quien carecen de contacto.

Por otra parte ¿se ha calculado el volumen de información que debería moverse en una CCAA con repositorio previo único y centralizado?. Ver [siguiente](#).

25. ¿Cuál es el volumen transaccional de un repositorio previo?

Una CCAA de 2 Millones de habitantes genera aproximadamente 37.000.000 de recetas anuales.

Una de 5 Millones 93.000.000 de recetas anuales.

Una de 6 Millones 110.000.000 de recetas anuales.

Una de 8 Millones 150.000.000 de recetas anuales.

En el supuesto de que se trabajen 220 días y en la consideración de que la mayor parte de la actividad asistencial (contando el tiempo de atención y llegada a Farmacia tras su apertura) se concentra en 6 horas diarias, esto supondrá, respectivamente **28.000, 70.000, 83.000, 113.000 recetas entrantes /hora**, y de **56.000, 140.000, 186.000 y 226.000 recetas entrantes y salientes / hora** (también hay que "sacarlas" del repositorio) con una presión simultánea, en **usuarios profesionales /hora de 1.000, 2.500, 3.000 y 4.000**, respectivamente, en el conocimiento de que el 75% de todos los episodios atendidos se acompañan de prescripción, y se atienden 3 por visita, a la que hay que sumar, además la presión simultánea de los empleados de las farmacias, lo que elevará el nº de usuario simultáneos sobre el servidor de la megabase repositorio predisposición a **1.200, 3.000, 3.600, 4.800 usuarios/ hora**.

No parece razonable, pero lo mas importante: **No es necesario**.

26. ¿Qué es un repositorio post-facturación?

El médico realiza la prescripción desde su ordenador y graba la información en la **T-CHIP** del paciente, quien la transporta y custodia pudiendo comprar la medicación prescrita o parte de ella donde quisiera, permitiendo el acceso a las zonas restringidas de su tarjeta a voluntad (en una u otra farmacia, a uno u otro proveedor).

La **T-CHIP** por la encriptación asimétrica mantendrá en el paciente el control de su información no precisando el amenazante repositorio predisposición.

La Farmacia solo tiene acceso, como en el momento actual a los medicamentos que el paciente quiera entregar y por la **facturación** es posible el envío de tal información al servicio de Inspección de Farmacia de la Consejería de Salud correspondiente, grabando, **postventa** la facturación (una a una o por lotes, al final del día p. ej.).

La base de datos creada es un acopio de información sensible, pero exclusivamente en manos de la inspección de farmacia, competente en la materia y exclusivamente contiene la información de prescriptor, paciente y prescripción **desde** el momento de su retirada (y no durante meses) y **hasta** cumplimentar las labores inspectoras, siendo posteriormente anonimizada para su uso como sistema de información.

La eliminación de los datos de identificación del paciente se deberá hacer, de acuerdo a las directrices europeas de Temporalidad en la gestión de bases de datos clínicas. El sentido común y la normativa

La nueva receta Plataforma 10 minutos

legal establecerán el periodo de mantenimiento de los datos de identificación. En países escandinavos es de días.

Evidentemente el resto de la información de prescripción y facturación puede mantenerse a voluntad.

27. ¿Cuál es la diferencia entre ambos?

La existencia -repositorio previo- de una peligrosa base centralizada de información sensible, accesible a decenas de miles de usuarios, frente a su ausencia, T-CHIP

La ausencia -repositorio previo- de la libertad actual de la receta de papel, de compra de las recetas, todas o parte, en la farmacia que se desee, sin conocimiento externo de esta operación, respetado por la solución en base a T-CHIP.

La circunscripción -repositorio previo- a las farmacias de la CCAA (hasta que “se pacte” un modelo único en el Consejo Interterritorial y el modelo pueda ser implantado), frente a la libertad de movimiento dentro del territorio nacional, por ser planteado como un estándar independiente del programa informático elegido y del proveedor, con la T-CHIP.

La T-CHIP permite la encriptación con claves asimétricas, el repositorio previo no.

La T-CHIP mantiene en el paciente el control de la información, el repositorio previo no.

El repositorio previo está en muchas manos no profesionales. El post-facturación en manos de Inspectores de Farmacia sujetos a estándares de mayor restricción normativa y certidumbre.

Con las soluciones de repositorios previos, se imposibilita el avance de las nuevas tecnologías de la comunicación pues, en vez de estandarizar, cada proveedor crea sus especificaciones. La T-CHIP estandariza sin obligar a los proveedores a cambiar sus softwares.

La T-CHIP con identificación, con firma electrónica del paciente, permite avances cualitativos asociados a su propia existencia, a nivel nacional, imposibles con las soluciones informáticas locales.

Además, en un repositorio predispensación se hace precisa la interacción on-line con decenas de miles usuarios / hora o día (más), lo que la convierte en el eslabón más débil de la organización sanitaria, haciéndola totalmente vulnerable desde el primer día, **y provocando una innecesaria dependencia tecnológica**, mientras que en el repositorio post-facturación no existe la interacción de usuarios, es una base de datos con mucha menor exigencia informática, a cambio de producir el mismo grado de información, por tanto factible y por tanto positiva para el sistema sanitario.

28. ¿Qué supone el uso de una T-CHIP como vehículo de información?

Uno de los mayores saltos en desarrollo en la relación de pacientes y sistemas de salud, dado que la clave es la **confianza**. Los sistemas actuales en base a soluciones centralizadas, que alejan el control de la intimidad de los pacientes y de los médicos, coartan la iniciativa y detienen el futuro.

Deberíamos reflexionar sobre un fenómeno que se comienza a producir en países mas avanzados que nosotros en este campo, donde expresamente, en sus páginas web de centros de Atención Primaria se ofrece, como valor añadido la desconexión de cualquier sistema de centralización de información e incluso la no incorporación de ningún dato de pacientes a registros electrónicos.

La firma electrónica es la clave del avance. La posesión personal y cesión voluntaria de la información la clave del poder devuelto al ciudadano

29. ¿Porqué el repositorio previo merma libertades actuales del paciente con la Receta en papel?

Hoy el paciente con 10 recetas en papel, puede elegir cual compra en la farmacia del barrio y cual no y puede ir a la costa de vacaciones y obtener las recetas deseadas, sin que sin su expreso consentimiento en cualquiera de los lugares conozcan la medicación (y por ende en muchos casos los procesos) por los que dicho paciente está siendo tratado.

Las soluciones de receta electrónica en base a repositorio previo, coartan esa libertad de decisión “anónima”, pues en todo momento y desde cualquier parte se visualiza el total de la medicación pendiente de entrega..

30. ¿Podemos mejorar nuestros conocimientos sobre adherencia terapéutica con la receta electrónica?

La adherencia al tratamiento es un grave problema que condiciona en no pocas ocasiones el éxito terapéutico. La introducción de la receta electrónica en formato T-CHIP permite el conocimiento, por parte de los profesionales sanitarios autorizados, de aquellas recetas no retiradas en tiempo y forma y, por tanto, ofrece un indicativo sobre lo ajustado de la toma a las indicaciones del prescriptor. El repositorio previo, desde un punto de vista práctico, no permite esta solución pues o bien debería ser abierto desde todas las consultas simultáneas que se produzcan en el sistema Nacional de Salud, o

La nueva receta Plataforma 10 minutos

bien debería informar específicamente por cada paciente y retraso a cada uno de los softwares instalados por cada uno de los proveedores existentes (Servicios de Salud, Mutuas, Entidades Colaboradoras, EBAs, Fundaciones, Consorcios..) y conocer cada una de las versiones instaladas de dichos softwares, en cada momento, para poder devolver la información al punto que la generó advirtiendo de tal efecto. Cualquiera que conozca este tipo de circuitos informáticos convendrá que el mantenimiento de esta utilidad es, en la práctica, inviable.

31. ¿Por qué la receta del repositorio previo impide la detección de los problemas de cumplimentación, frente a la completa capacidad de la T-Chip, al respecto?

La prescripción soportada por la **T-Chip** permite la **detección de problemas de adherencia terapéutica por mala cumplimentación** en la toma de medicación (dado que los envases están calculados para una duración determinada, su no recogida en el tiempo fijado indica mala cumplimentación), por estar sita la información de fechas, de manera accesible, en la propia tarjeta. Esta utilidad es imposible a través de un repositorio previo, pues este tendría que o bien obligar en cada acto clínico a visualizar al prescriptor directamente el repositorio centralizado, o bien a este repositorio, informar cada vez que una receta no sea recogida directamente a las bases de datos de pacientes de los cientos de softwares de Historia Clínica, a través de los cuales haya sido emitida una prescripción, identificando el lugar y al prescriptor, y además debería actualizarse con todas y cada una de las nuevas versiones de cada uno de esos potenciales cientos de softwares de cientos de proveedores sanitarios (Servicios de Salud, Mutuas, EBAS, Consorcios, Fundaciones, Cooperativas, Aseguradoras, Entidades colaboradoras SS, ...)

32. ¿Qué impide o limita la existencia actual de la receta electrónica efectiva?

La ausencia de un [CodNac](#) único e inmutable con la vida del medicamento o [Especialidad Farmacéutica](#) hoy modificado con cada cambio de precio, y reutilizando antiguos códigos.

La ausencia de una tabla única de [Principios activos](#) a nivel nacional, con casi una tabla por CCAA.

Las iniciativas de receta electrónica sobre el concepto de [repositorio predispensación](#).

La [TIS no Chip](#).

La ausencia de [firma electrónica](#) para el paciente.

La incertidumbre de la [certificación electrónica del facultativo](#).

33. ¿La receta tendría que seguir siendo de colores?

No hay ninguna justificación, puesto que las leyes obligan al ciudadano a identificarse siempre y mostrar su Cartilla de la SS o TIS, donde consta la cualidad de prestación "activo-pensionista".

Máxime en la sociedad de la información, el acceso al estado de solvencia (Activo/pensionista/ninguno), no debiera ser más complicado que el actual pago con tarjeta en cualquier establecimiento.

En esencia, un paciente acudiría al servicio sanitario o a la farmacia, usaría un servicio o compraría un producto, y al pasar su tarjeta por el Terminal, y según la solvencia (activo/pensionista/ninguna) se le facturaría la atención o la compra.

La receta debe ser blanca y [cada empresa debe ser responsable de la facturación](#) en cada momento. La variabilidad actual del mercado de trabajo hace que el estado de prestación varíe con relativa frecuencia (contratado activo / paro / entrada de nuevo en la cartilla del padre / contrataciones en la agricultura que adquieren el nº de la SS del contratador en ciertos casos....).

El servicio sanitario es responsable de la facturación o no de los servicios prestados, pero no lo es ni de hacer las [facturas \(recetas-albarán\)](#), ni de responsabilizarse de la contabilidad comercial de otra empresa, como la farmacia, quién, también tendrá que valorar el grado de solvencia (activo/pensionista /nada) del paciente, en cada momento, si así se determina.

La [facturación de la acción comercial](#) de farmacia es clave para ordenar el caos actual.

La [facturación post-venta](#) y el control de la misma desde [inspección de farmacia](#) animará a su control por la constatación y no pago de errores.

34. ¿Porqué no habría que informar prospectivamente sobre el tipo de prestación?

Por la razón [anterior](#), por la alta variabilidad de una parte de la población activa laboral y por que al realizar prescripciones de alta antelación no se sabe, en esa población, cual será su estado laboral. Esta

La nueva receta Plataforma 10 minutos

opción podría contemplarse como contingente, si así se acuerda con el INSS, o pendiente de ulteriores acuerdos o desarrollos.

35. ¿La TIS es la garante de la asistencia e informa del aseguramiento?

No. Toda persona tiene derecho a la asistencia, por lo que con o sin TIS es obligatorio atender a toda persona que entre en un centro sanitario solicitando asistencia.

Otra cosa será el nivel de gratuidad.

Esta depende del tercero garante.

Si la persona no tiene, la normativa obliga a la facturación. Si tiene y no es la Seguridad Social o empresas colaboradoras, se factura a la mutua, aseguradora....

El nivel de Cobertura de la Seguridad Social, depende, en cada momento del nivel de relación laboral con la misma (activo/pensionista/paro/entrada de nuevo como beneficiario de un titular...)

Cuando esta relación dinámica se troquela, se graba en una TIS de plástico, deja de ser información. Es recuerdo.

La información de aseguramiento de la Seguridad Social está en la base del INSS, la relación de titulares y beneficiarios.

En la era de las comunicaciones su consulta, si así se desea. no debiera ser ningún problema para ninguna empresa sanitaria o farmacia, y la única razón de su grabado la evitación de contingencias y la disminución puntual de la dependencia tecnológica.

36. ¿De qué tipo de prestación la TIS informa con solvencia sobre cobertura de prestación?

Realmente de la de los Universalizados, o población transeúnte, emigrante, de beneficencia que cada CCAA decide, con coberturas singulares realizar coberturas temporales o permanentes sobre el grado de gratuidad de las prestaciones sanitarias, quedando circunscritas tales prestaciones a la propia CCAA, no siendo válidas para otras, salvo convenios intercomunidades.

37. Excepciones en la información de la cobertura de aseguramiento en la prescripción.

Los universalizados, ya comentados en el punto anterior.

Prescripción de productos no cubiertos por la Sistema Nacional de Salud, pero si en un Servicio de Salud.

La cobertura por contingencia de IT en pacientes activos (receta azul) que permite la subvención del 100% de los medicamentos prescritos para un episodio de enfermedad sujeto a una baja laboral.

38. ¿Cuál es la buena TIS?

La Tarjeta de Cliente, (tipo Corte Inglés, Travel, etc), que consiste en la relación de clientes que han tenido relación con el Servicio de Salud correspondiente, siendo otras informaciones, como el aseguramiento, informaciones dinámicas, para los que la TIS debe servir de puente de conexión electrónica, factible cuando sea T-CHIP.

39. ¿Porqué No autorizar la sustitución de medicamentos, de Especialidades Farmacéuticas?

En la Atención Primaria la disposición al cambio de Especialidad Farmacéutica es elevada, no existiendo demasiados inconvenientes al mismo, lo que es evidente cuando se prescribe en EFG o por Principio Activo, pero la opción debe existir por dos motivos. Uno del paciente: pese a muchos intentos de convicción los pacientes confían más en unos que en otros productos y responsabilizar al médico de este cambio genera no pocas veces graves e innecesarias tensiones en la relación médico-paciente. Y otro, tal vez el más importante, el deseo de evitar confusión a personas mayores, secundaria a modificar los formatos de los medicamentos (nombres en el envase, color, forma, sabor...), que en polimedicaos añosos llega a ser un tremendo problema.

Abordar la sustitución en las condiciones actuales debería implicar cuando menos el diseño de una ley de etiquetado para que todos los productos iguales tuvieran, obligatoriamente, sino el mismo formato, si una presentación de sus envases donde la sustancia activa tuviese un tipo de letra específico o una similar presentación de la caja, que distinguiera el nombre comercial y la singularidad o diseños del laboratorio p. ej. en las caras laterales .

**La nueva receta
Plataforma 10 minutos**

40. ¿Qué impide que tengamos YA la receta multiprescripción?

NADA importante.

[\(Volver\)](#)

PLATAFORMA 10m

10 de Noviembre 2005