

ORIGINAL BREVE

Recibido: 26 de abril de 2019
Aceptado: 12 de julio de 2019
Publicado: 25 de septiembre de 2019

RECETA ELECTRÓNICA: LIMITACIONES Y POSIBLES MEJORAS PARA ASEGURAR UNA MAYOR ADHERENCIA A LOS TRATAMIENTOS

Irene García Alfaro (1,2) y José Daniel Carballeira Rodríguez (1,2)

(1) Programa de Doctorado en Farmacia. Universidad de Granada. Granada. España.

(2) Farmacia de José Daniel Carballeira Rodríguez. Santander. España.

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de interés.

RESUMEN

Fundamentos: La receta electrónica ha supuesto una evolución en la calidad de la asistencia sanitaria, pero presenta una serie de deficiencias que comprometen la adherencia a los tratamientos. El objetivo de este trabajo fue recopilar y agrupar estas limitaciones y proponer cambios que podrían resolverlas.

Sujeto y métodos: Durante los años 2017 y 2018, a través de las actividades de dispensación y seguimiento farmacoterapéutico, se recogieron en una farmacia de Santander las incidencias relacionadas con la dispensación de recetas electrónicas y se identificaron sus causas. Se realizó una encuesta que se envió a los Centros de Información de los Medicamentos del resto de comunidades autónomas para conocer si se compartían los mismos problemas y se trataron los datos resultantes mediante distribución de frecuencias.

Resultados: Se detectaron 1.500 incidencias relacionadas con el modo de acceso al tratamiento y su periodo de activación, con la disponibilidad de la medicación cuando el paciente lo solicitaba y aquellas en las que era indispensable la valoración del problema por parte del médico. Los datos de la encuesta mostraron que en el 100% de las comunidades autónomas el paciente debía volver al centro de salud para solucionar estas incidencias, al no existir ningún protocolo para resolverlas desde la farmacia.

Conclusiones: Estas incidencias comprometen la adherencia a los tratamientos y la salud de los pacientes. Para evitarlas, proponemos la eliminación del número de orden que es necesario para acceder al tratamiento, la instauración de un período mínimo de 30 días para su activación, la creación de protocolos para que el farmacéutico pueda solucionar problemas y realizar dispensaciones en circunstancias especiales, y por último, la optimización de la comunicación entre farmacéutico y médico.

Palabras clave: Receta electrónica, Limitaciones, Incidencias, Adherencia al tratamiento, Atención farmacéutica, Medicación, Calidad de la asistencia sanitaria, Protocolos.

ABSTRACT

Electronic prescription: limitations and possible improvements to ensure greater adherence to treatments

Background: The electronic prescription has meant an evolution in the quality of health care, but it has a series of deficiencies that compromise the adherence to treatments. The objective of this work was to collect and group these limitations and propose the changes that could solve them.

Methods: During 2017 and 2018, through dispensing and pharmacotherapeutic monitoring activities, incidents related to the electronic prescription were collected in a pharmacy in Santander and their causes were identified. A survey was conducted and sent to the Information Centers of the Medicines of the rest of the regions to know if the same problems were shared and the resulting data were treated by frequency distribution.

Results: We detected 1,500 incidents related to the way of access to the treatment and its activation period, with the availability of the medication when the patient requested it and those in which the assessment of the problem by the doctor was essential. The survey data showed that in 100% of the CCAA the patient must return to the doctor when there is an incidence, because there is no protocol to solve it from the pharmacy.

Conclusions: These incidents compromise the adherence to treatments and the health of patients. To avoid them, we propose the elimination of the password that is necessary to access the treatment, the establishment of a minimum period of 30 days for its activation, the creation of protocols so that the pharmacist can solve problems and perform dispensations in special circumstances, and finally, the optimization of the communication between pharmacist and doctor.

Key words: Electronic prescription, Limitations, Incidences, Adherence to treatment, Pharmaceutical care, Medication, Quality of healthcare, Protocols.

INTRODUCCIÓN

El último paso en la asistencia sanitaria de un paciente crónico se produce en las farmacias⁽¹⁾ y, por ello, se debe cuidar la prestación farmacéutica para que sea de calidad, así como completar el proceso de forma lo más adecuada y satisfactoria posible.

La receta electrónica es una modalidad de servicio digital de apoyo a la asistencia sanitaria. Permite al facultativo emitir y transmitir prescripciones por medios electrónicos (basados en las tecnologías de la información y comunicaciones), las cuales posteriormente pueden ser dispensadas. Con su implantación se ha conseguido mejorar la calidad de vida del paciente^(2,3), pudiendo disponer de su tratamiento crónico cuando lo necesita, sin necesidad de acudir al centro de salud a por recetas^(4,5,6). Sin embargo, a pesar de las mejoras que este sistema (regulado por el *Real Decreto 1718/2010, de 17 de diciembre*, sobre receta médica y órdenes de dispensación⁽⁷⁾) ha supuesto, hemos detectado que presenta algunos inconvenientes, que provocan claras dificultades al paciente.

El objetivo de este trabajo fue recopilar las deficiencias del actual sistema de receta electrónica, que suponen un trastorno para los pacientes y que comprometen directamente su adherencia al tratamiento debido a la dificultad y al tiempo que les supone poder resolverlas, así como exponer algunas propuestas que las solventarían de forma rápida y sencilla.

SUJETOS Y MÉTODOS

Se realizó un estudio cualitativo durante dos años (2017-2018) en los que fueron atendidos más de 50.000 pacientes con receta electrónica en una farmacia de Santander (100 pacientes con receta electrónica al día de media). A través de los servicios de dispensación

y seguimiento farmacoterapéutico, llevados a cabo siguiendo las recomendaciones de la *Guía Práctica para los Servicios de Atención Farmacéutica en la Farmacia Comunitaria*⁽⁸⁾, se registraron las incidencias relacionadas con el sistema de receta electrónica que supusieron un trastorno para el paciente, al encontrar dificultades para disponer de su medicación cuando la necesitaba.

Tras revisar todas las incidencias, por un lado se estudió la forma que tiene el paciente de poder solventarlas y lo que este proceso puede suponer para él, y por otro, se idearon una serie de optimizaciones sobre la receta electrónica, cuya puesta en marcha permitiría evitar estos problemas.

También se diseñó un cuestionario ad hoc (*anexo I*), que se envió por correo electrónico a los Centros de Información de los Medicamentos (CIM) de todas las comunidades autónomas, Ceuta y Melilla, con el fin de comparar las peculiaridades de cada sistema de receta electrónica y comprobar si se comparten las mismas deficiencias. Las preguntas fueron orientadas a conocer las condiciones de acceso a la receta electrónica, los periodos de vigencia de ésta y el modo (si lo hubiera) de resolver las principales incidencias detectadas. Respondieron a él durante los meses de diciembre de 2018 y enero de 2019. La información fue validada con la documentación que aparece en las webs de los servicios de salud de cada comunidad autónoma.

RESULTADOS

Durante el estudio, se detectó una media de 3 incidencias diarias, lo que supuso más de 1.500 incidencias en los dos años que duró el mismo.

Después de recopilar la información obtenida, se agruparon estas incidencias en tres apartados, según las características de las mismas y el tipo de intervención necesaria para resolverlas:

Incidencias relacionadas con barreras del sistema que limitan la adherencia al tratamiento. Se identificaron dos problemas de esta naturaleza, que aparecieron con una base diaria en la farmacia, y que impedían la recogida de la medicación por parte del paciente.

El primer problema consistió en la necesidad de presentar un número de orden asociado al tratamiento, además de la tarjeta sanitaria, para poder disponer de la medicación. El documento con esta clave frecuentemente era extraviado, confundido con otro anterior u olvidado, lo que limitaba el acceso a la medicación. Para solucionar el problema, el paciente debía acudir al centro de salud para que le facilitasen su número de orden.

El segundo problema se produjo a consecuencia de la existencia de un tiempo límite de 10 días para recoger por primera vez la medicación tras su prescripción en receta electrónica. El olvido o desconocimiento de la obligatoriedad de recoger un fármaco dentro de un plazo establecido, aún sin necesidad del mismo al disponer de medicación en casa, conllevaba el bloqueo de la receta y la necesidad de volver a consulta para reactivarla.

Incidencias relacionadas con la disponibilidad del tratamiento. Se detectaron, también a diario, incidencias en las que el paciente no pudo retirar la medicación en el momento en que la solicitaba, aunque no existía ningún tipo de indicio de una toma incorrecta de la medicación. Esto se debió a una circunstancia puntual, como el requerimiento de la medicación previamente a la fecha establecida debido a una salida al extranjero, o bien por la finalización de un envase antes de lo previsto en el sistema, o también por necesidad de disponer de todos los fármacos para preparar Sistemas Personalizados de Dosificación. En estos casos, únicamente era necesaria una gestión administrativa o corroboración por parte del médico para su resolución, pero incidían directamente en la adherencia al tratamiento, debido a

la dificultad que le suponía al paciente solucionar el problema inmediatamente al tener que pedir cita y regresar al médico.

Incidencias en las que resulta indispensable la evaluación por parte del médico. Con menor frecuencia, se detectaron otras situaciones que requerían indudablemente la evaluación profesional del médico, bien para corroborar que la prescripción era correcta o bien para que realizase una modificación en el tratamiento, como en el caso de la aparición de reacciones adversas, de dudas relativas a la idoneidad del tratamiento prescrito, o ante el desabastecimiento de un medicamento no sustituible. El principal problema fue que aunque el médico pudiera resolver estas incidencias sin necesidad de ver físicamente al paciente, no existía forma de que éste obtuviera su hoja de tratamiento modificada sin acudir al ambulatorio, retrasando así de forma considerable la solución al problema.

Los principales motivos por los que se presentaron cada una de las incidencias referidas se muestran en la **tabla 1**.

En todos estos casos fue necesario, como mínimo, el desplazamiento del paciente al centro de salud, bien para gestionar el problema con los administrativos o con el médico de cabecera. Esto supuso un grave trastorno para ancianos, enfermos crónicos, personas al cuidado de pacientes dependientes o niños, y también para trabajadores que debían ausentarse de sus puestos de trabajo.

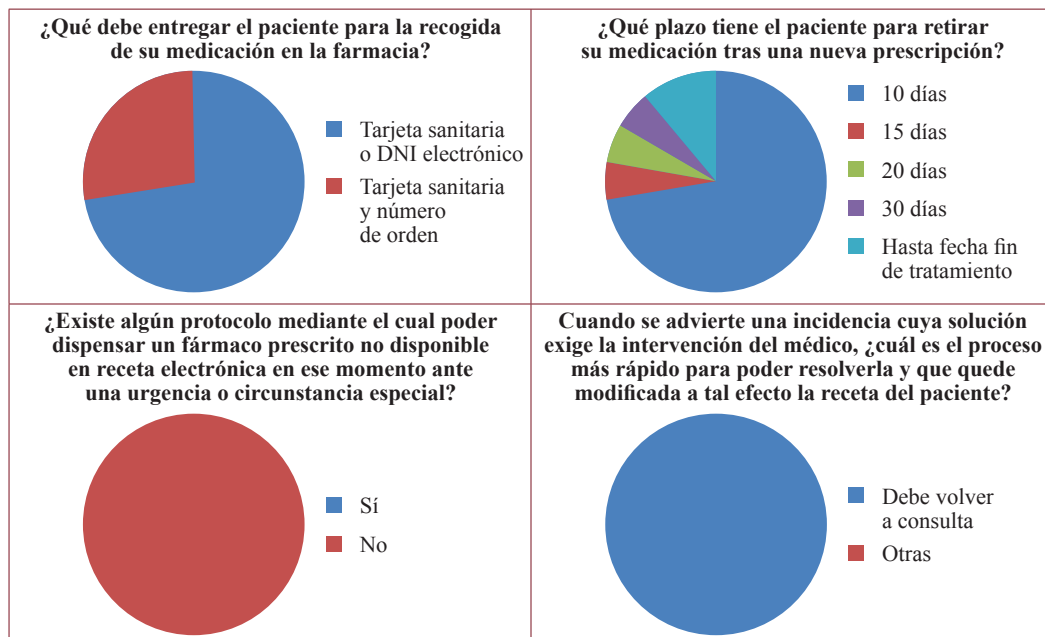
Además, si era necesaria la consulta con el médico, la modificación de la receta electrónica se demoraba hasta la fecha de la cita, periodo durante el cual el paciente continuaba sin medicación o con la inseguridad sobre la idoneidad de su tratamiento.

Al analizar la encuesta realizada por los CIM de las comunidades autónomas, obtuvimos los datos que se presentan en la **figura 1**.

Tabla 1
Situaciones que generan las diferentes incidencias detectadas.

Situaciones		Motivos
Incidencias relacionadas con barreras del sistema de receta electrónica	Número de orden	Olvido de la hoja con el número de orden.
		Pérdida de la hoja con el número de orden.
		Confusión entre la hoja válida y las anteriores.
	Plazo de 10 días	Modificación de tratamiento sin entrega de la nueva hoja.
Incidencias relacionadas con la disponibilidad del tratamiento		El paciente todavía dispone de medicación en casa.
		Finalización de tratamiento crónico.
		Pérdida de un envase o parte de la medicación.
		Diferencia de dosis entre lo prescrito en receta electrónica y lo indicado al paciente.
		Necesidad de dispensación previa por periodo vacacional.
Incidencias en las que es necesaria la evaluación del médico		Requerimiento de dispensación simultánea de la medicación para realización de Sistemas Personalizados de Dosificación (SPD).
		Aparición de reacciones adversas.
		Desabastecimiento de un fármaco no sustituible.
		Dudas en el tratamiento: duplicidades, dosis, pautas, etc.

Figura 1
Resultados de la encuesta comparativa de los diferentes modelos de receta electrónica realizada por los CIM.



Fueron cinco (Asturias, Canarias, Cantabria, Cataluña y Murcia) las comunidades autónomas donde se observó que se requería el número de orden para acceder a la receta electrónica del paciente. Aunque solo supuso el 27,7% de las comunidades, se tuvo en consideración debido a la frecuencia con la que se dieron estas incidencias concretas.

En cuanto al plazo para retirar la medicación por primera vez tras su prescripción en receta electrónica, se contabilizaron 13 comunidades autónomas donde el paciente disponía de un tiempo de 10 días para recoger el tratamiento, antes del bloqueo de dicha prescripción. En otras, este periodo se prolongaba a 15 días (Navarra), 20 días (Galicia), 30 días (Extremadura), o incluso hasta el final del tratamiento (Andalucía y País Vasco). Un periodo inferior a 30 días suponía una limitación práctica importante, que compartían el 83,3% de las comunidades.

Fue común a todas la inexistencia de protocolos para realizar una dispensación en circunstancias especiales, así como la obligatoriedad de acudir a consulta para resolver cualquier tipo de incidencia encontrada, aunque señalaron que dependiendo de la voluntad del médico, en comunidades donde no existía número de orden, por teléfono podrían atender la demanda de la farmacia para realizar algún cambio en la receta del paciente.

Con todo ello pudimos concluir que en todas las comunidades autónomas se producían problemas de la misma naturaleza, por lo que las propuestas que explicamos a continuación podrían ser útiles en todas ellas.

DISCUSIÓN

Tras el estudio y valoración de las diferentes circunstancias, viendo que los problemas encontrados en Cantabria (dificultades de acceso al

tratamiento, de disponibilidad y de resolución de incidencias) son extensibles a las demás comunidades autónomas, consideramos necesario un cambio del sistema para evitar estas situaciones, las cuales comprometen directamente la adherencia al tratamiento por parte del paciente. A continuación, analizamos estos problemas y proponemos la forma de solventarlos.

Posibilidad de deshabilitar el número de orden para acceder a la receta electrónica. Como se muestra en los datos obtenidos de las encuestas a los CIM, respecto al sistema de acceso al tratamiento más habitual, la tarjeta sanitaria (TSI) es el único documento necesario para retirar la medicación. Sin embargo, en Asturias, Canarias, Cantabria, Cataluña y Murcia, existe la necesidad de acudir a la farmacia con la tarjeta sanitaria y un número de orden ligado al tratamiento, el cual ejerce funciones de clave de seguridad^(9,10,11). Curiosamente, este requisito desaparece si el paciente acude a otra comunidad dónde, mediante la interoperabilidad de la receta electrónica en el Sistema Nacional de Salud (cuyo objetivo principal es permitir la dispensación desde cualquier farmacia, por medios electrónicos, de la medicación prescrita en otra comunidad autónoma, sin necesidad de presentar una receta en papel) puede recoger su medicación presentando simplemente la tarjeta sanitaria.

En los sistemas dependientes de una clave de seguridad, ésta cambia cada vez que se produce alguna modificación en el tratamiento. Esto provoca que, en numerosas ocasiones, el paciente acuda a la farmacia sin la clave o con una clave incorrecta, teniendo que volver a su domicilio a buscarla o acudir al centro de salud a que le impriman la hoja de tratamiento con su clave de seguridad actual.

Al comenzar a trabajar con la receta electrónica interoperable del Sistema Nacional de Salud y comparar ambos sistemas, resulta

evidente que el sistema que sólo requiere la tarjeta sanitaria resulta mucho más cómodo para el paciente y reduce el número de incidencias. De hecho, en zonas limítrofes con otras comunidades, es habitual que al paciente le resulte más adecuado acercarse directamente a otra región a retirar su tratamiento con su tarjeta en interoperabilidad que preocuparse de buscar su clave de seguridad actualizada.

En las comunidades autónomas donde sólo se necesita la tarjeta sanitaria (Andalucía, Aragón, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Comunidad Valenciana, Comunidad de Madrid, Extremadura, Galicia, Islas Baleares, La Rioja, Navarra, País Vasco, Ceuta y Melilla) existe además la posibilidad de modificar una prescripción por teléfono sin necesidad de visitar el centro de salud. Es decir, el paciente contacta con su médico y, explicándole su incidencia, éste puede actualizar su tratamiento y solucionar el problema. La nueva prescripción queda automáticamente grabada en la receta y el paciente puede acudir directamente a la farmacia a recogerla. Esta posibilidad no existe en el modelo con número de orden, ya que al modificarse el tratamiento, se genera una nueva clave de seguridad que, por política de protección de datos, no se puede transmitir al paciente por teléfono. El paciente tiene que acudir obligatoriamente al centro de salud e identificarse con su DNI para recoger su nueva clave antes de ir a la farmacia.

En estas circunstancias, quizás el modo de acceso óptimo sea un modelo mixto, donde por defecto sólo se necesite la tarjeta sanitaria, pero en el que se pueda solicitar una clave de seguridad si se desea. Esta clave podría proteger todo el tratamiento o parte de él, para asegurar así la máxima confidencialidad, y debería poder ser gestionada online por el propio paciente.

Ampliación del plazo para la recogida de la medicación. En las 15 comunidades autónomas que

tienen un plazo establecido para la primera recogida de medicación tras una nueva prescripción (Aragón, Asturias, Canarias, Cantabria, Cataluña, Castilla La Mancha, Castilla y León, Comunidad Valenciana, Comunidad de Madrid, Extremadura, Galicia, Islas Baleares, La Rioja, Murcia, Navarra, más Ceuta y Melilla)⁽¹²⁾, la receta se bloquea una vez transcurrido este plazo, y el paciente debe volver al médico para su reactivación.

Especialmente en las renovaciones de tratamiento, suele ocurrir que el paciente tiene aún medicación en su domicilio y no es consciente de esta limitación temporal, por lo que no acude a recoger su medicación. Por ello, se encuentra con la prescripción bloqueada cuando realmente le hace falta. Esta situación le obliga a acudir a consulta con su médico de cabecera únicamente para que reactive el tratamiento.

A nuestro juicio, un plazo de 30 días es un margen adecuado para que el paciente pudiera terminar el envase que esté utilizando y encuentre disponible el siguiente sin incidencias.

Dispensación en circunstancias especiales. En las incidencias relacionadas con la disponibilidad, el paciente no puede retirar la medicación en el momento en que lo solicita, aunque su demanda esté justificada. Actualmente, no existe en ninguna comunidad autónoma una forma mediante la que poder resolver estas circunstancias sin necesidad de que el paciente acuda al médico.

Proponemos, por tanto, que se establezca un protocolo de resolución de incidencias de receta electrónica. El farmacéutico, si no observa un posible mal uso del medicamento y ante circunstancias especiales, y siguiendo un protocolo de actuación registrado telemáticamente, estando identificado y bajo su responsabilidad profesional, podría dispensar un único envase adicional que permitiese al paciente continuar su tratamiento y disponer así de tiempo para

acudir a consulta o que, previa aprobación del médico, el sistema recalculase automáticamente las próximas dispensaciones.

Comunicación inmediata con el médico. La detección de ciertas incidencias en las que es indispensable la valoración del caso por parte del médico, requiere en muchas ocasiones una solución rápida. Frecuentemente, ni siquiera es necesaria la exploración física del paciente y el médico actúa de forma inmediata en el momento en que es conocedor del problema. Pero actualmente, la única forma de transmitirle la situación y de que se encuentre una solución es acudiendo a consulta, por lo que el problema se demora hasta el día de la cita (13,14).

Para evitar estas situaciones, proponemos establecer un protocolo mediante el que se optimice la comunicación entre farmacéutico y médico. Ante la aparición de un problema donde resulta necesaria la actuación del médico, se le enviaría un mensaje desde la farmacia a través de la receta electrónica. Lo ideal sería que fuera un sistema de comunicación en el que se pudiera conocer el estado del mensaje enviado, si ha sido leído y si ha habido una acción en consecuencia por parte del médico (modificación de la receta, comunicación con el paciente, etc.).

Estas optimizaciones del sistema que proponemos, mejorarían la eficiencia del sistema sanitario, ya que reducirían las consultas no programadas y contribuirían a mejorar la calidad de la asistencia sanitaria.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos al Programa de Doctorado en Farmacia Social de la Universidad de Granada, donde se está realizando la tesis doctoral *Seguimiento farmacoterapéutico y receta electrónica: desarrollo, limitaciones y desafíos profesionales*, dentro de la cual se engloba este estudio.

BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization, Global Status Report on Road Safety 2015. (Consultado 30 marzo 2019). Disponible en http://www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/2015/en/.
2. Instituto Nacional de Estadística. Informes sobre la mortalidad de los años 2012, 2013, 2014 y 2015. (Consultado 30 marzo 2019). Disponible <http://www.ine.es>.
3. Smith AP. A UK survey of driving behaviour, fatigue, risk taking and road traffic accidents. *BMJ Open* 2016; <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2016-011461>.
4. Protocolo de actuación y buenas prácticas en la atención sanitaria inicial al accidentado de tráfico. Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Urgencias y Emergencias (SEMES). Ministerio de Sanidad y Política Social. Gobierno de España. Año 2010 (Consultado 30 marzo 2019). Disponible en <http://www.msbs.gob.es/novedades/docs/bpAccidentadoTráfico.pdf>.
5. Informe de carreteras por provincias, 2015. Ministerio de Fomento. (Consultado 30 marzo 2019). Disponible en <https://www.fomento.gob.es/MFOM.CP.Web/handlers/pdfhandler.ashx?idpub=BTW031>.
6. Instituto Nacional de Estadística. Censo nacional y Comunidad Autónoma de Extremadura. Año 2015. (Consultado 30 marzo 2019). Disponible en <http://www.ine.es>.
7. Morales-Gabardino JA, Redondo-Lobato L, Buitrago-Ramirez F. Análisis de tiempos de las unidades medicalizadas de emergencia en la atención a los accidentados de tráfico en Extremadura. *Emergencias* 2018; 30:265-7.
8. Fredriksson R, Bylund PO, Oman M. Fatal Vehicle-to-Bicyclist Crashes in Sweden - an In-Depth Study of injuries and vehicle sources. *Ann Adv Automot Med* 2012; 56:25-30.
9. Yang CS, Chen SC, Yang YC, Huang LC, Guo HR, Yang HY. Epidemiology and patterns of facial fractures due to road traffic accidents in Taiwan. A 15 years retrospective study. *Traffic Inj Prev*. 2017; 18:724-9.

10. Blackwell TH, Kaufman JS. Response time effectiveness: comparison of response time and survival in an urban emergency medical services system. *Acad Emerg Med* 2002; 9:288–95.
11. Jaja BN, Eghwrudjakpor PO. Effect of demographic and injury etiologic factors on intensive care unit mortality after severe head injury in a low middle income country. *Ann Afr Med*. 2014; 13:204-9.
12. Dong C, Clarke DB, Yan X, Khattak A, Huang B. Multivariate random-parameters zero-inflated negative binomial regression model: an application to estimate crash frequencies at intersections. *Accid Anal Prev*. 2014; 70:320-9.

Anexo I**Comparación del sistema de receta electrónica de las diferentes CCAA en España.**

1. ¿Cuál es tu Comunidad Autónoma?

2. Para acceder en la farmacia a la receta electrónica del paciente, éste debe presentar:

3. ¿De qué plazo dispone el paciente para recoger su medicación desde que se le hace una nueva prescripción?

4. ¿Este plazo varía según el tipo de prescripción (renovación, tratamiento agudo, crónico, a demanda)? Si la respuesta es afirmativa, indique las variantes.

5. ¿Es necesario renovar un tratamiento crónico obligatoriamente cada cierto tiempo? En caso afirmativo, indique el plazo máximo de vigencia de la prescripción.

6. ¿Existe algún protocolo mediante el cual poder dispensar un fármaco prescrito no disponible en e-receta en ese momento ante una urgencia o circunstancia especial?

7. Cuando el nomenclátor no permite realizar una sustitución ¿el sistema permite registrar electrónicamente dicho cambio?

8. Cuando se advierte una incidencia cuya solución exige la intervención del médico ¿Cuál es el proceso más rápido para poder resolverla y que quede modificada a tal efecto la receta del paciente?